

Lucrare executată în clinica de pediatrie a I.M.F. din Tirgu-Mureș
Conducător: Conf. Dr. Puskás Gheorghe.

DESPRE CAZURILE NOASTRE DE ACRODINIE

Dr. Szentkirályi St. Indig B.

Pînă în prezent nu avem cunoștință să fi apărut vreodată comunicare referitoare la cazuri de acrodinie în literatura noastră medicală. Lucrarea de față este actuală prin faptul că în anul 1952 am avut ocazia să observăm șase cazuri de acrodinie, iar în anul 1953 încă unul. Pînă la această dată n-am observat nici un caz în clinica noastră.

Unii autori scot în evidență ca o curiozitate faptul, că în Europa apuseană boala este foarte frecventă, pe cîtă vreme în cea răsăriteană se observă foarte rar. Mai frecventă este în partea de nord a Elveției și în Austria. Limita răsăriteană a răspîndirii ei este regiunea Zagrebului. În Ungaria s-au observat puține cazuri, iar în Uniunea Sovietică, Maslov în marșul său din 1945 relevă doar cîteva cazuri observate de Molcianov, Kotikov și Hindes.

Boala a fost descrisă prima dată de Selter în 1903 sub denumirea de trofodermatoneuroză, însă în Australia, încă de la sfîrșitul secolului trecut, este cunoscută o boală identică cu acrodinia și răspîndită sub numele de Pink Disease. Swift în anul 1914 o descrie sub denumirea de eritrodermie. În 1923 Feer da o descriere precisă a acrodiniei, pe care o numește neuroza vegetativă a copiilor nuci. Denumirea de acrodinie dată de Weston se referă la un simptom caracteristic al bolii: durerile lancinate ale membrelor.

După Feer sînt caracteristice pentru boala: apatia, irascibilitatea, insomnia, inapetența, pierderi în greutate, transpirații persistente și abundente, prurit rețel, dureri în extremități, cianoza roșie a mîinilor, picioarelor și nasului, descamația lamelară a palmei și a plantei, exanțeme polimorfe, leziuni trofice ale pielei și ale mucoasei bucale, adinamie, hipotoniie și temperatură. Simptomele cardinale sînt: tahicardia, hipertensiunea arterială și hiperghcemia. Feer consideră clasic tabloul clinic manifest care prezintă toate simptomele cardinale și atipic pe acela în care unele simptome predomină. Astfel în forma psinică simptomele mai pronunțate sînt: schimbarea caracterului, depresivitatea și hiperghcemia. Feer consideră clasic tabloul clinic manifest care prezintă toate simptomele cardinale și atipic pe acela în care unele simptome predomină. Astfel în forma psinică simptomele mai pronunțate sînt: schimbarea caracterului, depresivitatea, stările emotive, halucinațiile și insomnia. În forma hipochinetică simptomele dominante sînt: slăbiciunea membrelor care se agravează pînă la paralizie, în formă convulsivă, contracțiunea mioclonică a unor grupuri musculare sau convulsii generalizate, în forma neurotică pruritul, durerile lancinate ale membrelor și hiperestezia. În forma ulcero-gangrenoasă întîlnim ulcerația mucoasei bucale și necroza degetelor. Între formele atipice Feer clasează formele abortive, cărora le lipsesc o serie de simptome iar cele prezente sînt puțin pronunțate și dispar repede. În asemenea cazuri este greu de a pune diagnosticul, dar dacă banuim că e vorba de acrodinie, atunci la o examinare mai atentă găsim totuși unul din simptomele caracteristice: hipertensiunea arterială sau tahicardia, deși absența lor nu poate exclude acrodinia.

Ordinea de apariție a simptomelor difera de la caz la caz, de obicei însă schimbarea comportamentului copilului mic este cea care ne atrage atenția asupra

bolii. Sint caracteristice mai ales tulburări ale somnului, bolnavul se svîrcolește noaptea în pat fără a putea dormi, se 0'rește de colo pina colo negăsindu-și locul, ia poziții bizare, înfundindu-și canalul în perna, flectindu-se complet. Este deosebit de caracteristică, aproape patognomonică expresia schimbata a feței, care seamana cu aceea a copilului suferind de rușeala. Sint batatoare la ochii leziunile de la nivelul pielii: culoarea roșcata-cianotica a degetelor și a nasului exantem polimorf, foliculita, exantem asemănător dermatitei seboreice, descvamafia lamelară a tălpilor și a palmelor, escoriațiuni, etc. Un simptom precoce dar inconstant este fotofobia. Tulburările cardiovascularare pot apare în orice stadiu al bolii. Este frecventa tahicardia de peste 160 de pulsațiuni pe minut și hipertensiunea întrecînd 140 mm Hg. Cîteodată mai crește viscozitatea singelui, iar valoarea hemoglobinemiei și a proteinei întrece pe cea normala. Uneori întîlnim hiperglicemia a jeun, și cîteodată glicosurie. Fenomenul Staub lipsește adeseori. Compoziția lichidului cefalorahidian nu se modifica în afara cazurilor tinzînd spre poliradiculita, la care întîlnim o hiperproteinorahie. Tabloul clinic se instalează de obicei în mod treptat și insidios, dar alte ori, dupa un timp variabil de incubație, apare brusc simptomatologia însoțita de febra. Boala durează săptămîni, eventual luni și nu rareori recidiveaza.

Prognosticul, în general este benign, daca nu luam în considerare pericolul infecțiilor secundare și al necrozelor mutilante. Mortalitatea oscilează între 5—10%.

Simptomele acrodiniei arată că sediul tulburărilor se află în centrul vegetativ al diencefalului sau mai precis în hipotalamus, ca cel mai important centru subcortical de integrare a funcțiilor vegetative precum: funcția termoregulatorie, hidrorregulatorie, glicoregulatorie, de echilibru tensional de reglare a metabolismului grăsimilor, de reglare a stării de somn și de veghe și a unor manifestari emoționale. Insa în aceasta regiune nu pot fi puse în evidență leziuni histopatologice mai importante. 41% din bolnavii lui Feer aveau doi ani, 28% trei ani și numai 6% între 5—12 luni. Peste vârsta de patru ani boala se întîlnește rar. Boala apare mai ales între lunile decembrie și mai.

În conformitate cu vederile lui Feer enunțate în 1923, boala este o neuroza vegetativă a copiilor mici. Mai tirziu este amintita ca o neuropatie vegetativa. Majoritatea autorilor cred chiar și astăzi, ca boala este cauzată de un virus neurotrop al sistemului vegetativ autonom. Mai mult, alții presupun că exista purtători de germeni. Deși această verosimilă teorie virotica nu a putut fi demonstrată totuși a fost surprinzătoare teoria lui Fanconi și Bolstejn publicată în 1947, care consideră drept cauză a bolii mercurul, sau o combinație de mercur și în special calomelul care deși substanță chimic simplă, legat de o oarecare substanță protidică provenita din metabolismul intermediar, ia proprietăți antigenice, capabile să declanșeze fenomene neuroalergice, manifestate sub formă de acrodinie. Din anamneza bolnavilor reiese ca aproape toți au fost tratați împotriva viermilor intestinali cu santonina în asociație cu calomel, sau au ajuns în contact cu mercurul pe alta cale, în cele patru luni dinaintea declanșării bolii. Autorii au găsit în 18 cazuri din 20 de la 50 pînă la 400 gamma de mercur la litru de urină. Proba cutanata cu mercur a fost pozitivă în fiecare caz, pe cînd la sănatoși ea în totdeauna a fost negativă. În acele țări unde nu se folosește aproape de loc calomelul, de ex. în cele scandinave, nu se înregistrează cazuri de acrodinie. Se remarcă totuși că față de folosirea pe o scara largă a calomelului și a altor preparate de mercur, numărul îmbolnăvirilor este relativ scazut. De aceea se presupune ca în afara cauzei declanșatoare mercurul, pentru apariția bolii mai este necesara o inclinație spre alergia sau spre o distonie vegetativă. Autorii au găsit într-adevar ca 2/3 din numărul bolnavilor au prezentat o labilitate vegetativa iar o treime au fost alergici. După Fanconi și Bolstejn mercurul poate cauza, în afară de acrodinie și boala calomelică, nefroză lipidica și poliradiculita.

Ca sa nu prelungim expunerea de față vom descrie pe scurt numai tabloul clinic alor doi dintre bolnavii noștri (Nr 1-7), iar al celorlalți îl rezumam în tabelul alăturat.

Cazul nr. 1. (Foaia de observație Nr 263/1952) B. A. băiat de 18 luni, slăbit în oarecare măsură, cu 2 luni în urma a fost tratat cu santonină și calomel. După 2 săptămîni devine febril iar pe piele apar exanteme pruriginoase. Un medic prescrie

repetarea tratamentului vermifug (?). Copilul devine din ce în ce mai neliniștit, suferă de insomnie, anorexie și din cauza dermatitei din ce în ce mai pronunțate se internează în clinica dermatologică din Tg.-Mureș, cu diagnosticul de eczemă impetigoasă. După 10 zile copilul fiind suspectat de bronhopneumonie, este transpus la clinica infantilă. Nu prezintă aspectul unui bolnav grav, simptomul cel mai aparent fiind descvamația dur-lamelară a tălpilor și palmelor. Degetele și nasul au o colorație roșcat-cianotică, transpiră profuz, se scarpina încontinuu sau își mușcă pielea cu dinții, suferă de fotofobie. Pe antebraț, pe regiunea inghinală și pe fața posterioară a coapselor se observă numeroase pete și noduli de culoare roșcată, de mărimea unor semințe de mac. Pe bărbie și pe părțile învecinate ale feței se gasește un eritem de mărimea unei palme de sugar cu margini șterse în al cărui cimp există mai multe suprafețe descvamate singerinde, de mărimea unor boabe de linte. Gingiile sint atroice și caninul stîng superior de altfel sănătos se clatină, părul și-a pierdut luciul este friabil poate fi smuls cu ușurința, pe alocură cade spontan. E subfebril. Pulsul 130/min., are tensiunea arterială 140/90. Cîteva zile mai tîrziu apar ulceratii pe mucoasa bucala, muschii devin deosebit de hipotonici. Copilul este foarte neliniștit în cursul nopții. Glicemia pe nemîncate este de 102 mgr%, fenomenul Staub se pastrează, proteinemia serică este de 5,8 gr%. După un tratament de 7 săptămîni parăsește clinica vindecat.

Cazul nr. 7. (Foaia de observația Nr. 434/1953.) Cs. S. băiat de 2 ani și jumătate a cărui boală a debutat cu 10 zile în urmă, cînd părinții au observat comportarea neobișnuită a copilului: este indispus, morocănos, plînge pentru orice, se zvircolește noaptea în pat, se scarpină în permanență și transpiră puternic. Cîteva zile mai tîrziu palmile, tălpile și nasul se tumefiază devin roșcate, apoi tălpile și palmele se veziculizează și încep să se descvameze în lame mari. Este febril. Medicul curant consideră cazul drept o gripă, dar pentru că starea bolnavului se agravează este internat în spital, unde i se pune diagnosticul de acrodinie și este transpus la clinica noastră. Copilul prezintă tabloul clasic al acrodiniei cu toate că după afirmația părinților, în

Tabelul Nr. 1.

Nr. curent Numele, vîrstă	tratament prealabil cu calomet., resp. cu Hg	schimbarea de caracter și de fizionomie.	acrocianoza și mîncări- mea pielii.	descvamație lamelară + furfuracee +	transpirație	tahicardie.	hipertensiune arterială.	glicemie pe nemîncate.	Fenomen. Staub prezent sau absent —	hipotonie musculară, adîmie.	subfebrilitate sau febră	exantem polimorf	deces
1. B. A. 18 luni	+	+	+	+	+	+	+	norm.	+	+	+	+	
2. Ch. V. 20 luni	+	+	+	+	+	+	+	120 mgr%	—	+	+	—	
3. S. A. 11 ani	+	+	+	+	—	±	±	120 mgr%	—	+	+	—	+
4. F. P. 3 ani	+	+	+	+	+	+	+	120 mgr%		+	—	+	
5. L. B. 19 luni	+	+	+	+	+	+	—	86 mgr%		—	+	+	
6. R. D. 5 1/2 ani	+	+	+	+	+	+	+			+	—	+	
7. Cs. S. 2 1/2 ani	+	+	+	+	+	+	+	130 mgr%		+	+	+	

ultimele luni nu i s-a administrat nici un fel de medicament. Este remarcabil felul în care a ajuns în contact cu mercur. Tatăl lucrează cu mercur. El însuși a suferit în 1952 de o stomatită hidrargirică gravă, în urma căreia are și astăzi gingiile atrofiate. Povestește că întorcându-se de la lucru în hainele de lucru, își cumpără piinea și o duce acasă, dînd adeseori cite o bucată copilului său care-l aștepta la poartă. Este deci sigur că „infecția” cu mercur a survenit prin intermediul piinii.

În descrierea sumară a cazurilor de mai sus am omis semnalarea rezultatelor negative (puncția lombară, r. Wa., probele cu tuberculină, rtg., hemograma, etc. pe care s-a bazat diagnosticul diferențial. Diagnosticul de acrodinte a fost pus pe baza tratamentului premergător stabilit după rețetele aduse, sau prin analiza chimică a resturilor de medicamente, care au confirmat medicația calomelica, dar în primul rînd pe baza tabloului clinic întru totul caracteristic. Nu negăm, că examinările de laborator prezintă lipsuri. Spre ex., din motive tehnice n-am reușit să titrăm mercurul din urină și n-am efectuat în fiecare caz probele de glicemie. Cu toate acestea nu ne îndoiim de justetea diagnosticelor puse.

În concluzie putem constata că în fiecare caz a figurat în antecedente tratamentul cu calomel, respectiv „infecția” hidrargirică. În nici un caz n-au lipsit următoarele patru simptome caracteristice: schimbarea caracterului (expresia plîngăreată a feței, indispoziția, insomnia, etc.), mîncărimea pielii, acrocianoza și descvamația (în 6 cazuri, lamelară și odată furfuracee). Transpirația și hipertensiunea arterială au lipsit numai într-un singur caz, tahicardia a fost mai redusă doar într-un singur caz, fiind pronunțată în celelalte. Cu excepția unui bolnav, toți erau febrili.

Rolul etiologic al mercurului pare a fi convingător, fără ca să putem considera prin aceasta închisă problema patogenică a acrodiniei.

Scopul comunicării noastre, pe lângă acela de a face cunoscut tabloul clinic al acrodiniei, este și de a atrage atenția asupra apariției acrodiniei la noi și de a arăta pericolul ce-l poartă, administrarea necugetată a calomelului și a preparatelor mercuriale.