

Clinica neuro-psihiatrică a I.M.F. Tg. Mureș.
Conducător: Acad. Prof. Dr. Miskolczy Dezső

CONTRIBUȚII LA PROBLEMA PANICULITEI NODULARE*

Dr. Miskolczy D., Dr. Mera E.

Sub paniculită înțelegem un proces inflamator circumscris al țesutului adipos hipodermic. Cele două mari categorii ale paniculitei le constituie paniculitele secundare și paniculitele nodulare („spontane”). Paniculitele secundare se produc în urma propagării unor procese patologice din vecinătate asupra țesutului adipos. În ceea ce privește etiologia paniculitelor nodulare, ea nu este încă clarificată. Afecțiunea se prezintă sub două forme: 1. paniculita nodulară febrilă (tip Weber-Christian) și 2. paniculita nodulară afebrilă (tip Rothmann-Makai).

În paniculita tip Weber-Christian se prezintă disparat infiltrații nodulare, dure-roase în țesutul adipos ale căror mărime variază între cea a unui bob de linte pînă la cea a unui ou de porumbel. Intervalul dintre reapariția erupțiilor variază între câteva săptămîni și mai mulți ani. Nodulii apar mai ales pe coapse, brațe, mai rar pe spate și în alte părți ale corpului. Erupțiile sînt acompaniate și de alte simptome ca febră de 39—40°, apatie, vomitări, frisoane, slăbire, etc. Un număr considerabil de bolnavi se recrutaază din rîndul femeilor trecute de 20 de ani. Ca factor etiologic unii autori presupun o infecție de focar, alții agenți toxici (iodism, bromism etc.). *Bendel* presupune o alergie bacilară. Pînă

acum nu s-a format o atitudine hotărîtă cu privire la etiopatogeneza și tratamentul afecțiunii. Tabloul clinic nu este decît arareori recunoscut. (Pînă acuma sînt comunicate cca 60 de cazuri).

Cealaltă formă, afebrilă a paniculitei (Rothmann-Makai) este mai frecventă și cu o evoluție mai ușoară. La bolnavii suferind de această formă a maladiei s-au înregistrat diferite artropatii, neuralgii, simptome psiho-neurotice. *Abrikosov*¹ arată că acest tip de paniculită survine adesea la bolnavii convalescenți după tifos exantematic. Cazul pe care îl prezentăm confirmă această afirmație.

Unii autori consideră paniculita, tip Rothmann-Makai, ca o formă atenuată a celei Weber-Christian. În baza observațiilor noastre părerea aceasta o găsim justă.

Primele descrieri ale modificărilor histologice în paniculita nodulară au fost făcute de *Pfeiffer* (1892), apoi de *Weber* (1925) și *Christian* (1928). În literatura autohtonă *Crăciun*² s-a ocupat în mod temeinic de histologia și patogeneza paniculitei. Majoritatea autorilor disting 3 faze ce se succed.

1. În faza *infiltrației inflamatorii inițiale și necrozei*, lobulii adipoși sînt pătrunși de infiltratul inflamator ce pornește din jurul vaselor sanguine mici și care conțin în special leucocite neutrofile, limfocite și plasmocite.

2. În stadiul *lipogranulomatos (histogranulomatos)* în locul infiltratelor inflamatorii și a necrozelor se găsesc grupări celulare lipofage și celule gigante polinucleare.

* Prezentată la Soc. Științelor Medicale, filiala Tg. Mureș în ședința din 9 noiembrie 1955.

1) *Abrikosov*: Zbl. Path. 38, 54, 1926.

2) *Crăciun și Bandu-Ștefu*: Sesiunea științifică a I. M. F. București 1954.

MISKOLCZY-MERA: PANICULITA NODULARA



1



2



3



4

3. In faza cicatriceală și atrofică locul țesutului adipos este ocupat aproape în întregime de un țesut conjunctiv fibros și cicatrizat.

Din punctul de vedere al diagnosticului diferențial trebuie să excludem mai multe procese. *Tbc. indurativă a lui Bazin*, se deosebește de paniculită și datorită lipsei simptomelor generale. La examenul microscopic, în straturile mai adânci ale pielii se constată endo-periflebită și endarterită, cit și țesut granular specific tuberculos. *Eritemul nodos* recidivează rar. Esența sa histologică este inflamația nespecifică cu modificări de întimă ce se instalează în jurul vaselor mari. Diferențierea de *sarcoidul* lui Darrier-Roussy este facilitată de lipsa focarelor circumscrie de celule epiteliale. *Scrofuloderma* se observă deasupra nodulilor limfatici. *Lipomatoza* și alte tumori benigne și maligne pot fi ușor diferențiate. *Adipozitatea dureroasă a lui Dercum* se observă mai ales la femeile obeze în menopauză și este întovărășită de modificări psihice. Constă din nodozități dureroase de țesut adipos de formă neregulată așezate pe trunchi și coapse în hipoderm. Infiltrații inflamatorii nu se găsesc. În *reumatismul nodos febril* problema o rezolvă examenul histologic al nodulilor lui Meynet.

Paniculita nodulară este o afecțiune relativ rară. Deși diferențierea ei nu este grea, bolnavii suferind de paniculită sînt tratați de obicei pe baza unor diagnostice greșite, după cum s-a întimplat și cu bolnava noastră. Comunicînd cazul nostru, dorim să atragem atenția supra acestui proces clinic puțin cunoscut.

Bolnava F. E. este o funcționară de 43 de ani. A fost sub tratamentul nostru din septembrie 1952 pînă în martie 1953, și din nou în aprilie 1955.

În antecedente se constată că la 33 de ani în timpul deportării a suferit de tifos exantematic. De atunci în perioadele intermenstruale are cefalee intense. Cîteva luni după boală (tifos exantematic) în diferite părți ale corpului s-au prezentat colorații roze circumscrie ale pielii, sub care în hipoderm s-au format noduli tari și dureroși, de mărime ce varia de la cea a unui bob de mazăre pînă la cea a unei nuci. Nodulii erau dureroși atît spontan cit

și la apăsare. O parte a nodulilor au dispărut în cîteva luni, altă parte mai tîrziu și în locul lor au rămas teritorii atrofiate în formă de pilnie. După o pauză de luni de zile erupțiile s-au repetat. În 1948 a fost sub tratament clinic cu diagnosticul de „neuro-miozită nodulară simetrică generalizată”. De 2 ani se îngreșă peste măsură. În 1952 a fost tratată pentru o hipertensiune arterială și tulburări ale glicoregulației. Tensiunea a scăzut, tulburările de glicoregulație s-au normalizat. În ultimele luni a fost surmenată. Se simte mereu slăbită și extenuată încît obosește și toaleta matinală.

Starea prezentă. Bolnava potrivit dezvoltată prezintă o obezitate pronunțată. De ambele părți în reg. delto-bicipitală și scapulară (fig. 1 și 2) paravertebrală (fig. 3 și 4) și pe coapse se văd teritorii atrofiate în formă de pilnie cu diametrul de 1—2 cm.

Are o danfură defectă cu multe rădăcini și o pioree alveolară foarte pronunțată. Tensiunea arterială îi este de 165/100 mm.

Examenul organelor interne nu arată nimic patologic.

Se constată o ușoară scădere a forței musculare din partea flexorilor extremității superioare drepte. De altfel din punct de vedere neurologic nu se remarcă nimic patologic.

Examenul de laborator: Hematii: 3.040.000, leucocite 7.700, hgb. 80%, viteza de sedimentare 8-28 mm. Reacția Wassermann în sînge. negativ; urina: normală. Pneumoencefalografia: nimic patologic.

Extragem rădăcinile supurate, administrînd totodată mai multe milioane unități de penicilină, Cortigen și vitamină C. De mai multe ori pe săptămîină acuză cefalee intense.

În timpul tratamentului, în luna dec. 1952 pe ambele extremități superioare și în unele puncte ale coapsei apar în hipoderm puncte circumscrie dureroase la apăsare. Noduli palpabili se găsesc numai în treimea superioară a ambelor coapse situate simetric în hipoderm. Nodulii sînt de mărimea unui bob de mazăre sau fasole și pot fi mobilizați față de veci-

nătate. Deasupra lor pielea este de culoare roză, caldă și dureroasă.

Aplicăm o piretoterapie cu suspensie de drojdie. În timpul piretoterapiei crește numărul infiltratelor dureroase.

Presupunând că procesul este de origine virotică, aplicăm un tratament cu soluție 20% piramidon i. v.

Din cauza fragmentelor prea mici obținute la biopsie nu s-a putut face un diagnostic histopatologic precis.

Erupția nodulilor dureroși a persistat o lună. În timpul tratamentului, exceptând subfebrilitatea ce a durat câteva zile și timpul piretoterapiei nu a avut stări febrile. A avut în schimb cefalee foarte pronunțate și tulburări neuro-vegetative.

În martie 1953 părăsește clinica în stare ameliorată. Nodulii infiltrativi nu se mai prezintă, cefaleele s-au micșorat, capacitatea ei de muncă s-a îmbunătățit.

În iunie 1955 facem o examinare de control. În perioada de peste 2 ani ce a trecut, boala nu a progresat, erupții și atrofii consecutive nu s-au produs. Cefaleea se prezintă numai în timpul men-

struației. A câștigat în greutate cam 10 kg.

Concluzii.

Am observat o formă afebrilă a paniculitei nodulare, ce a debutat în 1945 după un tifos exantematic, cu exacerbări din timp în timp, tulburări neuro-vegetative și hormonale. În 1952 am extras rădăcinile dentare purulente și am aplicat un tratament cu doze masive de penicilină, piretoterapie și soluție 20% de piramidon administrat i. v. De atunci procesul nu s-a mai repetat. Deși se știe că paniculitele după un timp oarecare se pot vindeca și în mod spontan, totuși trebuie să presupunem că în cazul nostru măsurile terapeutice folosite au avut un rol activ în curmarea exacerbărilor procesului patologic ce a durat 7 ani. Relativ la etiologia cazului nostru, credem că pe terenul infecției cronice supurative (pioree alveolară) din organismul slăbit, procesul a putut fi cauzat de un agent virotic. Rezultatele tratamentului pledează pentru această presupunere.

Primită la redacție la 13 dec. 1955.