

PERFECTIONAREA CADRELOR MEDICALE ȘI FARMACEUTICE

Clinica dermato-venerologică (cond.: prof. I. Ujváry), Clinica oftalmologică (cond.: prof.: V. Săbădeanu), Clinica O.R.L. (cond. prof. V. Vendég) din Tg.-Mureș.

PRIVIRE GENERALĂ ASUPRA AFECȚIUNILOR COMUNE DERMA- TO-OFTALMO-OTO-RINO-LARINGOLOGICE

E. Ujváry, V. Săbădeanu, V. Vendég, C. Hentler și L. Mulfay

În concepția asupra proceselor patologice învățătura lui *Pavlov* constituie un progres uriaș avînd ca principii de bază: nervismul, unitatea organismului și interdependența cu mediul înconjurător. Pielea formează o unitate indisolubilă cu restul organismului prin intermediul sistemului nervos, umoral, sanguin și limfatic.

Afecțiunile organelor interne pot avea ca urmare manifestări cutanate — așa-numite dermatodrome — după cum și dermatozele pot avea repercusiuni asupra organelor interne. După cunoștințele actuale, corelațiile proceselor patologice ale organelor interne cu pielea sînt exprimate în sute de sindroame. Analizînd aceste sindroame găsim destul de frecvent, manifestări oculare și mucoase, deci cointeresarea concomitentă a pielii, a organului vizual și a mucoaselor. Acesta este motivul care ne-a determinat să cuprîndem într-un singur raport unele aspecte ale problemelor comune care interesează cele trei specialități ale noastre.

Un alt motiv care ne-a îndrumat în prezentarea problemelor comune este necesitatea de a integra anumite îmbolnăviri și sindroame, care nu rareori figurează sub diferite denumiri în dermatologie, oftalmologie, respectiv oto-rino-laringologie, deși în realitate sînt aspecte de specialitate ale uneia și aceleiași afecțiuni.

Corelația strînsă între piele, organul vizual, nas, ureche și mucoase se explică, pe de o parte, prin raporturile embriologice, anatomice și de juxtapoziție între aceste organe, pe de altă parte prin faptul că sînt expuse într-o măsură oarecare acțiunii aceluiași factori de mediu înconjurător.

În ceea ce privește apariția unei afecțiuni cutano-oftalmo-mucoase există mai multe posibilități:

1. Unul și același factor etiologic produce leziuni cutanate, mucoase, oculare și oto-rino-laringologice. În acest caz leziunile pot fi identice, sau foarte asemănătoare, de pildă sifilidele, eritemul polimorf etc.

2. Alteori leziunile cutanate apar în urma unei afecțiuni oculare sau oto-rino-laringologice, și nu sînt declanșate de același factor etiologic, de pildă conjunctivite, keratite, otite, rinite asociate cu iritații cutanate, ce se manifestă prin dermatite ortogice, dermo-epidemite etc.

3. Dermatoza se asociază cu simptome din partea unor organe interne, între care simptome oculare și mucoase. Spre deosebire de cele amintite la punctul 1. în acest caz leziunile deși au etiopatogenie comună, nu sînt identice, au o structură diferită, ceea ce nu exclude însă posibilitatea ca unele dintre ele să nu fie patognomonice pentru o anumită dermatoză. În această categorie intră, de pildă, acnea rozacee.

În cele expuse am arătat cîteva aspecte ale corelațiilor posibile între piele, pe de o parte, și ochi, nas, ureche și mucoase, pe de altă parte.

Text prescurtat al referatului prezentat la Consiliuarea de dermatologie din Tg.-Mureș la 30 iunie — 1 și 2 iulie 1961.

În timpul care ne slă la dispoziție ne vom limita la acele boli și sindroame comune, a căror manifestare clinică nu este totdeauna uniformă, prezentînd astfel dificultăți de diagnostic; la acelea a căror etiopatogenie este încă discutată și cere o încercare de lămurire și clasificare; sau la acelea în care practica nu a stabilit o terapeutică unitară și adecvată. Dorim să punem accent îndeosebi pe nevoia de colaborare între diferitele specialități și pe ajutorul reciproc pe care și-l pot oferi în stabilirea patogeniei și diagnosticului, pe de o parte și a tratamentului complex, pe de altă parte.

Acneea rozacee, este de mult cunoscută și nu este rară. Cunoștințele referitoare la esența îmbolnăvirii și la tratamentul ei sînt încă deficitare.

Condițiile de apariție sînt variate. Uneori se observă un caracter familial și ereditar. De cele mai multe ori lipsește însă acest caracter. Debutează adeseori în preajma menopauzei. Dar se întîlnește destul de des și mai înainte.

Ipozezele care caută să explice etiologia ei sînt numeroase. Fiecare explică cite un aspect al bolii, dar nici una nu o lămurește în întregime.

Prezența vascularizației corneene, care după unele observații premerge procesul infiltrativ, a făcut să se presupună carența riboflavinei și ca urmare o stare de anoxie tisulară. Dar dacă această teorie explică producerea leziunilor corneene, ea nu le explică satisfăcător pe cele cutanate.

Factorul infecțios a fost invocat de asemenea. S-a insistat asupra infecției de focar și asupra unui virus neidentificat. Dar nu trebuie să se confunde suprainfecțiile, care într-adevăr determină în mare măsură aspectul clinic al afecțiunii, cu fondul însuși al ei, pe care teoria infecțioasă nu îl lămurește. Și totuși trebuie să reținem că mijlocul terapeutic, care pare cel mai eficace, este un antibiotic.

S-ar putea ca ipoteza lui *Christensen* să ne aducă mai aproape de cunoașterea substratului acestei afecțiuni. Se știe că el consideră nodulii corneeni ca focare de degenerescență fibrinoidă a țesutului colagen corneean, adică a „colagenoză focală oculară”. Faptul că unele cercetări histologice ale leziunilor cutanate pun în evidență un proces de degenerescență fibrinoidă în peretele vascular, vine în sprijinul acestei ipoteze.

Simptomatologia bogată și foarte variată a acneii rozacee arată de asemenea că la baza etiopatogeniei ei trebuie să existe un factor complex; că îmbolnăvirea apare ca o boală de sistem.

Analizînd tabloul ei clinic va trebui să facem desigur distincție între leziunile de bază și cele supraadăugate. Dar această încercare nu este ușoară. Dacă la nivelul pielii se pot deosebi relativ ușor modificările proprii afecțiunii de suprainfecții, în schimb ar fi greu să spunem dacă achilia gastrică, sau dispepsia ca și tulburările endocrine alt de variate fac sau nu parte din esența bolii. Aceeași întrebare ne-o putem pune și în legătură cu alte manifestări ale ei.

Din complexul de manifestări trebuie să mai amintim infecțiile sinuziene, nazale, și bucale, care se pot observa în cursul bolii.

Manifestările oculare sînt multiple. Leziuni caracteristice pe pielea pleoapelor, sau sub formă de blefarită; la nivelul conjunctivei, unde dacă unele îmbolnăviri difuze pot fi puse în legătură cu suprainfecțiile cutanate, altele poartă caracteristicile bolii, aspect nodular și teleangiectazii. S-au descris, în mod excepțional, și unele ca manifestare primitivă a afecțiunii. Leziunile corneene sînt, desigur, cele mai obișnuite și mai cunoscute dintre manifestările oculare. Dar și acestea îmbracă forme variate, mai mult sau mai puțin caracteristice. Unele cu aspect de panus, altele de ulcer rozător (Mooren).

Dată fiind incertitudinea în legătură cu etiologia bolii nu se poate vorbi nici despre un tratament specific unic și unitar. Sînt necesare vitaminele B, îndeosebi riboflavina se arată eficace în unele cazuri, dar ineficace în altele.

Cloramfenicol administrat în doze de 1 g pe zi timp de 8—10 zile pînă în prezent dă rezultatele cele mai evidente și mai constante. Acesta pare eficace, și în aplicare locală, îndeosebi oculară. Cortizonul pare un adjuvant util, în asociație cu clo-

ramfenicolul, mai ales în leziunile corneene fără pierdere de substanțe. Betaterapia poate fi utilizată de asemenea cu succes real.

Cataracta sindermatotică. În literatura medicală se cunosc sub denumiri diferite anumite cataracte însoțite de afecțiuni dermatologice. Nu este vorba de afacțiuni în care s-au descris cazuri izolate de cataractă, ci ne referim la afecțiunile dermatologice care se însoțesc de opacifierea cristalinului într-o proporție care întrece limitele hazardului. Aceste opacități au fost numite de *Andogsky* (1904) cataractă dermatogenă, iar de *Kugelberg* (1934) cataractă sindermatotică. Din această categorie fac parte: sindromul Rothmund cu poikilodermie infantilă, sindromul Werner cu scleropoikilodermie progresivă și sindromul cu afecțiunea cutanată polimorfă descrisă sub numirile variate de lichen diseminat (*Vidal*), prurigo diatezic (*Besnier* și alții,) neurodermită (*Andogsky*) și dermită sau eczemă atopică (*Coca* și autorii americani).

Nu vom intra în descrierea amănunțită a acestor sindroame, vom da numai câteva caracteristici ale lor.

Sindromul Rothmund, deși este o afecțiune rară, tabloului clinic este bine cunoscut. Este o boală familială, ereditară, benignă, puțin evolutivă, mai frecventă la sexul femeiesc. Încă din primul an apare pe față și pe membre o poikilodermie de tip Zinsser. Nasul este mic, atrofie, cu șea pronunțată, marginile pavilionului urechii atrofice. Procesul acestor modificări se încheie de obicei până la 4 ani, apoi rămâne staționar.

Cataracta apare între ani 4 și 7 ai vieții. Totdeauna este bilaterală. Nu are aspect caracteristic. Se maturează foarte repede, de la câteva zile la câteva luni. Tulburările endocrine evidente apar în epoca pubertății.

Sindromul Werner este ceva mai frecvent. Este de asemenea o boală familială, ereditară. Spre deosebire de precedentă are însă un caracter mereu progresiv. Nu se manifestă decât la pubertate. Leziunile cutanate deschid cortegiul manifestărilor ei. Acestea sînt la început de tip poikilodermic.

Cataracta este constantă, bilaterală, apare totdeauna după leziunile cutanate, între ani, 15 și 20 se maturează, nu are un aspect caracteristic.

O disfonie face parte în mod constant din tabloul bolii, voce înaltă de falset, fără timbru. Cartilajele și corzile vocale la început sînt congestionate, apoi atrofice. În câteva cazuri s-a semnalat hipoacuzie.

La cele de mai sus se adaugă tulburări generale. Psihicul, bolnavilor este profund alterat, de la arieație mintală până la schizofrenie, se observă tulburări de caracter și de instincte.

Toate aceste tulburări îi dau bolnavului un aspect caracteristic, un mic lînr bătrîn, cu vocea și mințea infantilă.

În bolnăvirea descrisă sub denumiri variate de *purigo diatezic sau neurodermită diseminată* sau *dermatită atopică* nu este un cadru nosologic alt de precis ca cele două precedente. Apare în proporții aproape egale la cele două sexe. Se observă și aici caracterul familial. Dar pe lângă leziunile oarecum caracteristice, în familie se găsesc cazuri de astm, urticarie, coriză de iîn și de eczeme. Debutul ei nu este legat de etatea individului, se întâlnește de la sugari la bătrini.

Leziunile cutanate pot apărea pe oricare parte a corpului dar mai ales pe față și pe gît. La copil au mai mult aspect de așa zisă eczemă umedă, la adult fie de neurodermită, fie de prurigo. Ele pot fi localizate, diseminate sau generalizate. Toate leziunile se însoțesc de prurit intens. Dacă leziunile aparte pot avea caracter acut, subacut sau cronic, dermatoza în întregime evoluează cronic, uneori în pusee, cu remisiuni de luni sau de ani de zile, în funcție evidentă de mediu sau de anumite condiții ale bolnavului.

În acest tablou cutanat polimorf cataracta ar putea face trăsătura de unire, dar nu este destul de constantă ca să îndeplinească acest rol. Se întâlnește abia în 10% a cazurilor. Poate apărea la orice vîrstă, dar este mai frecventă între 20 și 30 de ani. Debutul ei apare totdeauna în straturile superficiale, mai frecvent în cele anterioare, cu o placă în formă de rozetă sau mai mult de scut, mai rar în cea posterioară sub formă de opacități fine. Progresează mai mult sau mai puțin repede. Cea mai scurtă matu-

rizare s-a produs în câteva zile, cea mai lungă în 8 ani. Evoluția acestei cataracte este paralelă cu a dermatozei.

S-a descris conjunctiva catarală bilaterală abacteriană, keratita, keratoconus, și câteva cazuri de dezlipire de retină.

Psihicul bolnavilor manifestă o instabilitate pronunțată, un temperament nervos cu tulburări de caracter. Ei au și unele tulburări endocrine, tiroidiene și genitale.

Dintre variantele teorii care caută să o explice, patogenia alergică pare mai verosimilă. Ar fi vorba de o hipersensibilitate familială, ereditară, transmisibilă, față de substanțe variate și comune, ca alimente, diferite pulberi, polen, ciuperci din aer, microbi, paraziți, țesături, blănuși, medicamente, produse cosmetice, ș.a.m.d. Alergenii nu ar declanșa reacții anormale decât la nivelul anumitor țesuturi. *Coca* a numit această stare atopie, care ar însemna deci o hipersensibilitate ereditară, transmisibilă, cu specificitate tisulară. La unii indivizi hipersensibilitatea devine atât de polivalentă, încât aceștia nu mai găsesc, în mod practic, un mediu lipsit pentru ei de alergeni, sau cum îi numește *Coca*, de atopeni. În sîngele bolnavilor se găsește adeseori o eozinofilie pînă la 10%, care crește paralel cu puseurile de dermatoză. În secreția conjunctivală se constată de asemenea eozinofilia.

Tratamentele încercate în această afecțiune derivă din concepțiile patogenice. În ceea ce privește cataracta, operația ei necesită îngrijiri deosebite pre- și postoperatorii. Evitarea oricăror factori, care ar putea figura ca atopeni, calmarea pruritului, prevenirea și combaterea suprainfecțiilor, liniștirea psihicului. Chiar pe lângă aceste precauțiuni complicațiile sînt frecvente.

Cele trei îmbolnăviri de mai sus, deși se manifestă prin leziuni dermatologice diferite, au anumite însușiri comune, care justifică tratarea lor într-un cadru comun. Aceste însușiri sînt: caracterul lor familial, ereditar; tulburările endocrine interesînd mai ales tiroida și glandele genitale; frecvența cataractei.

Printre *afecțiunile virotice sau verosimil virotice* care prin simptomatologia lor bogată și variată conterează toate trei specialitățile le vom trata pe acelea care sînt foarte viu discutate în literatură, necesită clarificări din mai multe puncte de vedere și o încercare de sintetizare.

Mucoasa buco-faringo-laringiană are un rol important în diagnosticul *pemfigusului vulgar*. Datele din literatură arată că în stadiul inițial al bolii în 33% a cazurilor se găsesc leziuni numai la nivelul mucoasei bucale. În alte 33% a cazurilor, leziunile mucoasei bucale apar concomitent cu cele cutanate. Pemfigusul vulgar evoluează adeseori fără leziuni cutanate, numai cu manifestări buco-faringo-laringiene. Formele de pemfigus, care evoluează fără simptome buco-faringo-laringiene survin mai rar; în aproximativ 10% a cazurilor.

De aceea este necesar un examen complex din partea celor trei specialități.

Dintre cele 3 forme ale pemfigusului leziunile mucoasei survin de obicei în pemfigusul vulgar sau vegetant.

În cel foliaceu ele fiind numai excepționale pe zonele de trecere cutano-mucoase.

După introducerea tratamentului cu ACTH și cortizon, evoluția bolii s-a prelungit. Mulți autori relatează că leziunile de la nivelul mucoasei bucale sînt renitente și față de acest tratament.

Pemfigoidul benign al mucoasei. (Pemfigusul conjunctivei). Pemfigusul vulgar trebuie diferențiat de pemfigoidul benign al mucoasei. Clinic, acesta se caracterizează prin tendința pronunțată la cicatrizare, avînd o evoluție extrem de cronică și un prognostic „quo ad vitam”, bun, „quo ad sanationem” nefavorabil.

Afecțiunea debutează în marea majoritate a cazurilor prin simptome oculare, mai rar la nivelul mucoasei bucale. În primul caz, leziunile mucoasei bucale, faringiene și laringiene apar mai tîrziu, în cursul evoluției bolii.

Evoluția este ciclică, cu renunșuri și recidive. Complicațiile cele mai grave sînt cicatricile retractile și sinechiile.

Greiteer consideră că cicatricile constituie stări precanceroase.

Dermatita herpetiformă Dühring. Se crede că în dermatita herpetiformă participarea mucoasei bucale este mai rară. Pe baza datelor din literatură, dintre 1000 de

bolnavi examinați o singură dată, leziunile mucoasei bucale au fost prezente doar într-o proporție de 8%. Dar autorii, care au supravegheat în permanență mucoasa bucală în tot cursul bolii, consideră că acest procent este mult mai ridicat. În cazurile controlate îndelungat, după apariția modificărilor cutanate, leziunile mucoasei bucale au fost prezente în 75% a cazurilor. În mod excepțional leziunile mucoaselor pot premerge simptomelor cutanate. În literatură nu se cunoaște evoluția izolată, pe mucoasa bucală a dermatitei herpatiforme Dühring.

Boala Gilbert-Bechet (sindromul uveo-alto, oculo-buco-genital). În evoluția istorică a sindromului, Adamantiadis deosebește trei etape consecutive: 1. oftalmologică, reprezentată prin hipopionul recidivant; 2. dermatologică, reprezentată prin altoza buco-genitală; 3. etapa trisimptomului oculo-buco-genital, constituit din irită cu hipopion, altoză bucală și genitală.

Printre leziunile mucoase, aftele bucale ale căilor respiratoare superioare, aftele și ulcerările genitale stau pe primul plan. La acestea se pot asocia puseuri de tromboflebită retiniană sau a membrelor inferioare. Observațiile ulterioare au completat simptomatologia afecțiunii cu simptome cutanate adiționale, ca erupții acneiforme, papulo-pustuloase, asemănătoare eritemului polymorfi, de eritem nodos, vulnerabilitate pielii; cu simptome generale și viscerale, ca artralgiile, orhiepидimită, ulcer gastric, colită, meningo-encefalită, paralizie bulbară, etc. Astăzi boala Bechet se prezintă cu o simptomatologie foarte bogată și complexă. În special este caracteristică evoluția ei în puseuri, cu tendință la recidive.

Leziunile oculare sînt: hipopion care apare într-o noapte, și dispare tot atît de repede; conjunctivită, keratită ulceroasă, retinită, uneori hemoragică, periflebită, periarterită retiniană cu hemoragii în corpul vitros, dezlipirea retinei; pupilită. În cadrul așa-numit „neuro-Bechet”, pe lângă manifestările neuroase foarte variate, s-a observat și pareza mușchilor oculo-motori.

Simptomele oculare pot fi primele care apar; singure sau concomitent cu cele muco-genitale.

Lucrările lui Sezer par a confirma etiologia virotică a bolii. Teste cutanate efectuate cu antigenul numit „bechetina” pot fi folosite pentru confirmarea diagnosticului.

Sindromul Fiessinger-Leroy-Reiter (uretero-sinovial) se prezintă cu uretrită ne-gonococică și simptome generale mai mult sau mai puțin grave, urmate de poliartrită migratorie și conjunctivită. După unii ar fi o manifestare alergică în legătură cu dizenteria. Eozinofilia în sânge și în secreția uretrală pledează pentru alergie. *Pastinszky* atrage atenția asupra eozinofiluriei, alții susțin etiologia virotică a afecțiunii.

Denumirea de viroză oculo-muco-cutanată recidivantă cuprinde o serie de afecțiuni, care prezintă în simptomatologia lor leziuni comune altoase. Acestea sînt pe lângă *altoza Neumann*, **sindromul Fiessinger-Rendu** (ectodermoza erozivă pluriorfică); **dermatostomatita**, descrisă de *Baader*; **sindromul Stewens-Johnson**.

După părerea lui *Melcer* și mai recent a lui *Proppe* toate aceste afecțiuni sînt manifestări diferite ale unui și aceluiași proces patologic. Deosebiri sînt datorite variației de localizare, de aspectul și de intensitatea leziunilor, precum și de gravitatea simptomelor generale în funcție de capacitatea de reactivitate a organismului la acțiunea factorului patogen. De fapt în aceste sindroame sînt interesate mucoasele, ochii și pielea într-o proporție diferită, variind de la caz la caz. De obicei debutează cu simptome generale: frisoane, febră, stare generală alterată, cu leziuni altoase în special pe mucoasa bucală, urmate de ulcerării, conjunctivită de intensitate și gravitate diferită, rinită, inflamația căilor respiratoare superioare, vulvită, balanită, mai rar de leziuni anale, de erupții eritematoase cutanate cu aspect de eritem polymorfi, uneori nodos, sau de erupții cutanate veziculoase, buloase, hemoragice sau chiar necrotice. Evoluția lor este rapidă, uneori chiar mortală. Uneori tablourile asemănătoare sînt provocate de medicamente (derivate barbiturice, sulfonamide, piramidon etc.).

Această concepție își găsește confirmare și prin rezultatul cercetărilor experimentale. În virozile oculo-muco-cutanate testele cutanate alergice sînt negative.

Noi înclinăm să acceptăm această concepție, pe de o parte pentru că observațiile noastre clinice și experimentale pledează în favoarea ei, pe de altă parte pentru că

ea constituie o tendința de sintelizare a unor sindroame atât de variate în ceea ce privește aspectul și denumirea lor.

Uveo-meningo-encefalitele. În oftalmologie s-au încetățenit două sindroame uveo-meningo-encefalitice: *sindroamele Harada și Vogt-Koyanagi*. Diferențele dintre ele sînt minime și probabil numai de natura simptomatică. De aceea există o tendință justă de a întruni aceste două entități într-una singură și se vorbește din ce în ce mai mult de uveo-encefalo-meningită, sau cu o denumire și mai completă de sindrom uveo-otitiano-encefalic. În acest fel se exprimă în mod just caracterul multisimptomatic al bolii, ai cărei componenți principali sînt: o meningo-encefalită subacută sau cronică cu semne discrete, o uveită bilaterală exudativă cu deslipire de retină, disacuzie și simptome dermatologice variate, ca alopecie, polioză, etc. Denumirea de uveo-meningo-encefalită este justificată și prin faptul că s-au mai descris uveo-meningite sau uveo-encefalite și în cadrul unor infecții cu agenți cunoscuți. S-au exprimat și păreri că oftalmia simpatică ar putea fi încadrată de asemenea în acest grup, fiind seama de reacțiile meningo-encefalitice și de disacuzia ce se constată în unele cazuri. S-au descris cazuri de uveo-meningite după traumatisme craniene. Luînd în considerare conexiunile extrem de intime ce există între retină și sistemul hipotalamo-hipofizar, *Hague* incriminează ca etiologie un virus hipotalamo-hipofizotrop. Toate celelalte leziuni ar fi secundare. După părerea noastră baza comună pe care îmbolnăviri de etiologie diferită se pot manifesta prin simptome, sau mai bine zis prin leziuni identice, sau foarte asemănătoare, este terenul pe care aceste afecțiuni se dezvoltă. În această ordine de idei sînt îndeobște cunoscute legăturile embriologice dintre ochi și creier, dintre ochi și mai ales regiunea hipotalamică. Nu este necondiționat necesar să se invoace un factor neutrop special. Această părere a noastră se bazează și pe faptul constatat destul de frecvent că în legătură cu uveitele banale, de etiologie foarte diferită se observă adeseori reacții meningeale și eventual encefalitice. Pentru a fi găsite, acestea trebuiesc numai căutate.

Diferitele *manifestări alergice* constituie o altă grupă de afecțiuni în care putem întâlni interdependențe importante între piele, organul vizual și nas sau urechi.

În grupa afecțiunilor alergice este demnă de remarcat o corelație mai puțin cunoscută și de obicei neglijată în practică. *Fejér* și colaboratorii au observat numeroase cazuri de blefar-conjunctivită de lungă durată, recurentă la tratament pe bază alergică, în legătură cu focarele micotice interdigitale și unghiale. Starea de alergie era dovedită prin teste cutanate intens pozitive la extracte de ciuperci, prin rezultate favorabile obținute după asanarea focarului micotic primar și prin desensibilizare specifică.

În cazuri de blefar-conjunctivite cronice recurente, atenția noastră trebuie să se extindă și asupra posibilității existenței unei alergii micotice, a nevoii unor examinări în această direcție și a aplicării unui tratament etiologic adecvat.

Eczema palpebrală alergică de natură micotică se observă de obicei la femei, avînd ca focare primare procese micotice la nivelul picioarelor sau al genitalelor (epidermofitie plantară, interdigitală, unghială, sau candidoză vulvo-vaginală).

Eczelele de contact de asemenea, adesea cointeresnează pielea, ochii și urechile.

Colagenozele: Dintre îmbolnăvirile de sistem, colagenozele prezintă un interes deosebit. În acest grup se încadrează astăzi lupusul eritematos, febra reumatică, artrita reumatoidă, dermatomiozita, periartrita nodoasă și boala serului. Dar nu cu mai multe s-au mai puțin dreptări ar face parte din acest cadru și alte îmbolnăviri, ca boala Gougerot-Sjögren, arterita temporală, etc.

Prototipul bolii colagenului este lupusul eritematos.

Substratul bolii îl constituie un proces de autoimunizare.

Lupusul eritematos are o simptomologie atât de caracteristică, încît chiar ne-specialiștii cunosc aspectul în flutire al leziunii feței. O problemă mai grea o constituie formele viscerale lipsite de simptome cutanate, a căror simptomatologie, deseori caleidoscopică, impune o observație îndelungată a evoluției și procurarea multor date de laborator pentru a putea ajunge chiar numai la un diagnostic prezumtiv. În unele din aceste cazuri oftalmologul și oto-rino-laringologul pot da îndrumări prețioase în stabi-

lirea diagnosticului. Este de regretat că colaborarea între cele trei specialități pe acest teren nu este încă suficient de strînsă.

Nu avem de gînd ca în cele ce urmează să dăm o descriere completă a diferitelor colagenoze.

Vom insista mai mult asupra semnelor, în general mai puțin cunoscute, din sfera oculară și oto-rino-laringologică, care pot fi însă foarte prețioase în interpretarea îmbolnăvirii.

În lupusul eritematos diseminat există în 20—50% leziuni retino-papilare. Leziunea cea mai caracteristică este pata exsudativă cunoscută sub denumirea de fulgi de vată. Sînt trecătoare apărînd și dispărînd fără urme, în diferite regiuni ale polului posterior. Imagini cu totul asemănătoare se pot observa și într-o serie de toxemi generale; în contuzii retiniene și în carcinomatoza tubului digestiv și a ficatului, nefiind altceva decît semnul unei permeabilității patologice crescute a peretelui vascular. Dacă în cazurile de colagenoze cu determinări renale în care la nivelul fundului de ochi putem avea tabloul cunoscut al retinopatiei hipertensive, aceste exsudate în fulgi de vată nu au o importanță deosebită, decît în măsura în care pot să arate faza de evoluție a nefropatiei concomitente. În cazurile în care nu există a nefropatie, ele cîștigă o importanță primordială. În aceste cazuri ele pot fi considerate ca fiind caracteristice pentru colagenoze.

S-au descris și alte manifestări patologice la fundul de ochi. Astiel se pot vedea:

- edem papilar
- atrofie optică
- leziuni importante din partea vaselor retiniene.

Ați! în lupusul eritematos diseminat cit și mai ales în periarterita nodoasă se observă reacții importante și din partea coroidelor. În sfera oculară se întîlnesc însă și alte simptome care merită atenție. Cataracta este leziunea oculară cea mai frecventă în sclerodermie. În dermatomiozită debutul bolii poate fi semnalat chiar în leziuni cutano-musculare palpebrale și periorbitale. Acestea pot rămînea singura manifestare a ei. Edemul se asociază cu un eritem multicolor, dînd aspectul pleoapei în turnesol.

Dacă în afecțiunile de mai sus leziunile cutanate sînt primare și foarte evidente în periarterita nodoasă ele sînt în general discrete la început și trebuie căutate sistematic. Ele sînt foarte importante pentru că pot da cheia diagnosticului. Din păcate sînt destul de inconstante. Frecvența lor se apreciază la 10—30%.

Determinările mucoase ale colagenezelor de obicei nu se bucură de atenția cuvenită. Este adevărat că în sclerodermie și dermatomiozită ele nu sînt prea frecvente și nici prea manifeste, dar în lupusul eritematos diseminat și în panarterita nodoasă ele au cîteva caractere specifice și certitate sistematic pot contribui, în anumite cazuri, la stabilirea sau confirmarea diagnosticului. În lupusul eritematos se descriu pete edematoase și cicatrice înfundate. În formele viscerale ale bolii leziunile mucoase evoluează repede sînt mai extinse, pot interesa toată mucoasa bucală. Leziunile ulcerative ale mucoaselor predomină și în tabloul clinic al panarteritei nodoase. La început apar infiltrații limitate care iau apoi aspect papulos și nodular. Pe acestea apar vezicule, eroziuni și ulcerări.

În ultimul timp tot mai multe păreri tind să înglobeze și sindromul Gougerot-Sjögren în cadrul colagenezelor. S-au descris o serie de forme de trecere între sindromul Gougerot-Sjögren și sarcoidoza Besnier-Boeck-Schaumann.

Boala Besnier-Boeck-Schaumann de asemenea are unele aspecte care justifică discutarea ei în acest loc.

Boala este mai frecventă între anii 10—40, la femei.

Simptomele ei sînt atît de variate, de polimorfe și de inconstante, încît nici nu se poate vorbi de o simptomatologie clinică unitară. Orice țesut sau organ poate fi interesat, izolat sau în asociație cu altele. Îmbolnăvirea diferitelor țesuturi poate să fie clinic manifestă sau nu. Semnele cele mai frecvente și într-o oarecare măsură mai caracteristice, prin care se traduce boala, sînt: leziunile nodulare cutanate, adenopatie, imagine radiologică pulmonară de „granulie rece”, și de adenopatie hilară pronunțată, leziuni chistice osoase, leziuni ale glandelor lacrimale, parotide, submaxilare și mamare. Dar în afară de

cele de mai sus, se provoacă deseori cele mai variate leziuni viscerale, nervoase, oculare și rinofaringiene.

Manifestările cutanate se întâlnesc în 30—60% a cazurilor. Adeseori sînt primele simptome ale bolii, dar pot apare și tardiv.

Unii autori încadrează între manifestările cutanate ale bolii Besnier-Boeck-Schaumann și sarcoidul hipodermic Darier-Roussy, eritemul nodos și prurigoul.

Mucoasele sînt afectate destul de frecvent. Îndeosebi mucoasa nazală, dar și cea bucală, faringiană și laringiană. După unii autori îmbolnăvirea mucoaselor este chiar mai frecventă decît a pielii. La nivelul lor afectiunea poate lua aspecte variate. Nodulii caracteristici ai sarcoidozei pot fi microscopice vizibili, fie că sînt mihari, fie că sînt mai voluminoși, pe o mucoasă fără reacție inflamatoare, sau pe una cuprinsă de un catar difuz seropurulent. Alteori vedem numai o inflamație catarală a mucoasei și numai examenul histologic descoperă în grosimea ei nodulii caracteristici, după cum acest examen poate pune în evidență leziunile caracteristice și într-o mucoasă aparent sănătoasă.

Amigdalele pot fi de asemenea prinse. *Schaumann* consideră îmbolnăvirea lor chiar constantă. Această îmbolnăvire poate să fie clinic latentă, sau să se manifeste printr-o hipertrofie aparent banală, uneori se pot distinge sub mucoasa lor noduli tipici.

Manifestările oculare se întâlnesc, după diferiți autori în 25—50% a cazurilor, afectînd oricare țesut ocular în afară de cristalin, ca și oricare anexă a ochiului. Cea mai frecventă localizare este însă la nivelul uveei.

Leziunile oculare pot apărea în cursul evoluției bolii, după cum pot fi și prima manifestare a ei, ba uneori vreme îndelungată chiar singura manifestare.

La nivelul conjunctivei poate îmbrăca aspecte nodulare variate:

Glandele lacrimale sînt deseori prinse. Îmbolnăvirea lor poate fi latentă, traducîndu-se numai printr-o lăcrimare în aparență nejustificată, sau se poate manifesta printr-o tumefacție elastică, nedureroasă. Dacă alături de glandele lacrimale sînt prinse — și glandele parotide și sublinguale, se constituie sindromul Mikulicz. Alteori la acesta se adaugă o uveită și eventual paralizia facialului, constituind sindromul Heerfordt. În faza de atrofie a dacrioadenitei sarcoidozei, sau chiar înainte de această fază, datorită scăderii secreției lacrimale putem asista la tabloul de „conjunctivitis sicca” sau chiar la sindromul „Gougerot-Sjögren”, dacă au fost prinse și glandele salivare. Foarte rare sînt leziunile primitive ale corneei și sclerei.

Cu alții mai frecvente sînt localizările uveale anterioare ale bolii. După unele statistici ele se întâlnesc în 50% a sarcoidozei, și 2—10% a uveitelor în general sînt de origine sarcoidozică.

Iridociclită sarcoidozică nu are o formă sau evoluție caracteristică. Diagnosticul ei se bazează pe prezența altor localizări ale bolii B.B.Sch.

Afectarea coroidiei este mult mai rară. Ea poate avea de asemenea diferite forme. Cea mai caracteristică este coroidita „în pete de lăcrimare”. Alteori sarcoidoza îmbracă forma corioretinitei Jensen, sau a unei coroidite diseminată posterioare sau anterioare.

Retina se îmbolnăvește cu ceva mai des și îmbolnăvirile ei sînt destul de caracteristice. Un aspect aproape patognomic este acela realizat de nodulii mici izolați sau grupați, adeseori doi cîte doi, înșirați de-a lungul pereților vaselor, cu deosebire a venelor, de la papilă pînă la periferie.

Deși localizările orbitale ale sarcoidozei sînt rare, ele pot fi singura manifestare clinică a bolii. Pot interesa conținutul moale al orbitei sau pereții osoși. Simptomele sînt acelea ale unui proces inflamator sau tumoral de orice natură.

În acest complex extrem de variat de localizări și de manifestări clinice ale bolii B.B.Sch. singura trăsătură de unire o formează aspectul histologic constant, caracteristic al nodulului sarcoidozic, în oricare țesut s-ar localiza el.

Etiopatogenia bolii B.B.Sch. este încă discutată. Astăzi se consideră din ce în ce mai mult că sarcoidoza rezultă dintr-o reacție particulară a sistemului reticulo-endotelial față de diferite și variate agresiuni toxi-infecțioase, chimice sau biologice.

Pe șantierele de muncă și pe ogoare, unde se desăvîrșește construcția socialismului în patria noastră, zi de zi se nasc noi inițiative de raționalizare a muncii. Oamenii muncii din țara întreagă, cu entuziasm nemărginit, traduc în fapte sarcinile mărețe ale

planului de șase ani, rezultate din dezbaterile înălțătoare și din hotărârile luminoase ale celui de-al treilea Congres al Partidului Muncitoresc Român.

În lumina acestor gânduri am întocmit această lucrare, încercînd să subliniem ideea pavloviană a unității organismului, să păstrăm o proporție echilibrată între teorie și practică și nu în ultimul rînd să scoatem în evidență urmările negative ale unei tendințe exagerate și uneori greșit înțelese de specializare în medicină.

Vom avea sentimentul datoriei împlinite dacă această lucrare va putea constitui o bază de plecare pentru discuții și un îndreptar pentru medicii practicieni ai celor trei specialități în special, și pentru orice medic în general.

Sosit la redacție: 3 iulie 1961.