

56E 38

457/10

LECTIUNI CLINICE

ASUPRA

# BÓLELOR DE PELE

(CU MAI MULTE FIGURI ȘI PLANȘE COLORATE)

DE

10.446.

UNIVERSITATEA

DR. PETRINI (GALATZ)

PROFESOR LA FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCURESCI,

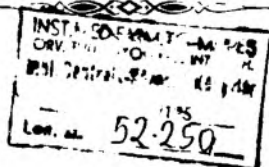
MEDIC PRIMAR AL SPITALELOR EFORIEI,

MEMBRU AL SOCIETĂȚII DE DERMATOLOGIE ȘI DE SYPHILIGRAPHIE DIN PARIS,

FOST PREȘEDINTE ȘI MEMBRU FUNDATOR AL SOCIETĂȚII ȘTIINȚELOR

MEDICALE DIN BUCURESCI,

MEMBRU CORESPONDENT AL SOCIETĂȚII DE MEDICI ȘI NATURALIȘTI DIN IAȘI, ETC.



BUCURESCI

LITO-TIPOGRAFIA CAROL GÖBL

16, STRADA DOAMNEI, 16.

1892.



## PRECUVINTARE

Cei ce au urmat lecțiunile mele clinice asupra bolilor de pe piele s'au putut convinge câte dificultăți sunt une-ori de învins pentru a formula un diagnostic exact. Aceste dificultăți provin din faptul, că mulți din bolnavii veniți în serviciu pe lângă afecțiunea lor principală, mai prezintă une-ori o erupțiune artificială produsă prin diferite substanțe iritante, aplicate în scop de vindecare pe un tegument deja patologicesc iritat.

Dacă de aceste dificultăți se pot isbi acei ce sunt deprinși întru cât-va cu analizarea exactă a diferitelor erupțiuni tegumentare, cu atât mai greu va fi acelaia, ce voind a cunoște, a pătrunde studiul morbilor cutanate, se va măr-gini a citi o operă de această specialitate ori cât de perfectă ar fi ea.

În dermato-patologie dificultățile nu se pot învinge, de cât vedând bolnavii, urmându-i neîncetat și având la dispoziție o colecțiune de planșe sau mulagiuri cari să reprezinte casele atypice, rare.

Dificultățile în această specialitate pot fi comparate, până la ore-care punct, cu acelea ce încercă cei ce voesc a învăța botanica fără a vedea toate plantele, a cunoște toate familiile sau a face chimie fără experiențele practice cuvenite.

Pelea fiind expusă mai lesne influențelor cosmice de cât organele interne și având relațiuni intime cu aceste din urmă organe, manifestațiunile ei morbide variază la infinit. De aceea vedem mai în toate zilele, în diferitele instituții științifice speciale, discutându-se dificultățile noilor cazuri morbide ce se ivesc. Un mic exemplu va convinge pe cine de cele ce dicem.



Un psoriasis p $\acute{o}$ te fi diagnosticat f $\acute{o}$ rte lesne de încep $\acute{e}$ tori chiar pe c $\acute{a}$ nd dac $\acute{a}$  acest psoriasis este modificat printr'o dermat $\acute{a}$  supracut $\acute{a}$  ivit $\acute{a}$  în urma unui tratament r $\acute{e}$ u aplicat, diagnosa devine dificil $\acute{a}$ . Cu at $\acute{a}$ t mai mult medicul va fi în îndoial $\acute{a}$  în ac $\acute{e}$ st $\acute{a}$  privin $\acute{t}$ ă, c $\acute{a}$ nd psoriasisul se va manifesta la un syphilitic cu o syphilid $\acute{a}$  papulo scuam $\acute{o}$ s $\acute{a}$ . De aceea, cum am dis, trebuie a se ved $\acute{e}$  mul $\acute{t}$ i bolnavi și pe lâng $\acute{a}$  casurile tipice trebuie s $\acute{a}$  scim c $\acute{a}$  de multe ori ne vom g $\acute{a}$ si în fa $\acute{t}$ a casurilor rare, atypice. Pentru a înlesni deci studiul dermato-patologiei studen $\acute{t}$ ilor facult $\acute{a}$ tei n $\acute{o}$ stre din Bucuresci, am început, dup $\acute{a}$  cum se scie, un curs liber asupra morbilor cutana $\acute{t}$ i înc $\acute{a}$  din anul 1886. În cursul lec $\acute{t}$ ionilor n $\acute{o}$ stre am presintat în tot-d'a-una mai mul $\acute{t}$ i bolnavi cu casuri tipice, și diferite planse, desenuri, ar $\acute{a}$ t $\acute{a}$ nd casurile rare ce une-ori nu le aveam în ziua lec $\acute{t}$ ionilor clinice.

Lec $\acute{t}$ ionile au fost culese și publicate de distinși mei elevi d-nii Al. Calab, Segalla și Margulius, în diarele «Progresul medical român», «Spitalul» și «Clinica». le aduc mul $\acute{t}$ umirile mele.

Îns $\acute{a}$ , cum sciin $\acute{t}$ a face progrese noui pe fie-care zi, și lec $\acute{t}$ ionile publicate prin diarele diare nu puteau fi lesne consultate de studen $\acute{t}$ ii n $\acute{o}$ stri, am reunit o mare parte din acele lec $\acute{t}$ ionii, le-am rev $\acute{e}$ dit și pus în curent cu t $\acute{o$ te descoperirile făcute în ac $\acute{e}$ st $\acute{a}$  sciin $\acute{t}$ ă p $\acute{a}$ n $\acute{a}$  ast $\acute{a}$ zi.

Pe de alt $\acute{a}$  parte, cum în acești trei ani din urm $\acute{a}$  am prezentat celor dou $\acute{e}$  congrese de dermatologie și de syphiligraphie câte-va lucr $\acute{a}$ ri originale, am ad $\acute{a}$ ugat din memoriile mele, la lec $\acute{t}$ ionile respective, p $\acute{a}$ r $\acute{t}$ ile cele mai principale.

Ast-fel se vor g $\acute{a}$ si în lec $\acute{t}$ ionile privitoare asupra erythemului scarlatiniform descuamativ generalizat, a pityriasisului rubra typ Hebra, a pemligusului foliaceu și a Lupusului erythematos generalizat, p $\acute{a}$ r $\acute{t}$ i cu totul originale, basate pe preparate histologice.

Într'adev $\acute{e}$ r cunoscin $\acute{t}$ ele moderne micrographice, histologia, bacteriologia sunt acelea pe cari ast $\acute{a}$ zi dermatopatologia a început se și pue mai mult temeiu. În ac $\acute{e}$ st $\acute{a}$

privință nu se p<sup>o</sup>te compara cu or<sup>i</sup>-ce operă dermatologică aceea în curs de publicație a d-lor Vidal și Leloir (1) Pentru ce ac<sup>o</sup>sta? Fiind că autorii acestui monument științific după ce descriu o b<sup>o</sup>lă clinicesce, fac studiul histologic cutanat al b<sup>o</sup>lei respective, fac preparate microscopice și le pun sub ochii cititorului.

Când este însă vorba de a demonstra natura unei b<sup>o</sup>le, acești autori, Leloir mai cu s<sup>e</sup>mă, care este histologist, recurg la experiențe pe animale și fac cercetări bacteriologice. Prin urmare, se cere un bagagi<sup>u</sup> științific de laborator acelaia ce este chemat a propaga, a crea cursul de clinică dermatologică și syphilitică.

Urmând deci aceleași tradițiuni ca acești din urmă autori, am căutat, pe cât s'a putut, fiind-că nu aveam numai acest curs de făcut, să presint odată cu bolnavii ce făceau subiectul lecțiilor acestora, preparatele microscopice relative și provenite din fragmente de pele etc. de la acei bolnavi

Ast-fel se va ved<sup>e</sup>, că aceste lecțiuni sunt însoțite de câte-va planșe colorate afară din text, de figuri în text, și de două portrete a unor casuri rare de lupus tuberculos.

Trebue negreșit, că atunci când o știință presintă dificultăți, să căutăm prin demonstrațiuni de tot felul a face să dispară acele dificultăți.

Lecțiunile mele clinice, după cum se vede, au fost libere; totuși studenții facultății noastre de medicină au onorat acest curs în mare număr.

Deci, fiind-că aceste lecțiuni au putut fi continuate de mine, fiind stimulat și de numărul mare al studenților ce frecuenta<sup>u</sup> cursul, 'm<sup>i</sup> fac o plăcută datorie a dedica aceste lecțiuni elevilor ce au urmat acest curs.

*Bucuresci, 25 Noembre, 1892.*

**Petrini-Galatz.**

---

(1) *Traité descriptif des maladies de la peau* par H. Leloir et E. Vidal. Paris 1889. chez G. Masson.

ACNEA PUSTULÓSĂ VULGARĂ, ACNEA VARIOLIFORMĂ, (MOLUSCEM CONTAGIOSUM) ACNEA SCROFULÓSĂ CACHECTICĂ, ACNEA ROSACEE.

Lección eulésă de D-nii *Al. Calalb* și *I. Margulius*, interni.

Subiectul lecțiunei noastre de astăzi, va fi asupra unui bolnav atins de acnee vulgară.

Înainte însă de a vă vorbi despre acest caz să vă arăt acești 2 bolnavi, unul atins de psoriasis generalizat și cel alt de pityriasis versicolor. S'ar părea la prima vedere că diagnosticul acestor bôle este din cele mai ușore, însă în fapt lucrul acesta este cu totul contrar, și veți vedé pentru ce.

Cel cu psoriasis a fost tratat multă vreme de colegi ca fiind atins de o erupțiune de natură sifilitică, și cu tot tratamentul, bóla lui, dacă nu a progresat, a rămas însă staționară. Am ținut ca să vă arăt acest bolnav pentru că este un tip de psoriasis vulgar, și să vă atrag atențiunea asupra caracterelor ce-l deosebesc de orî-ce sifilidă. În erupțiile sifilitice nu avem scuame superpuse cu acea colóre albă lucitoare ce există în psoriasis, nu există acea simetrie pe care o vedeți la bolnavul nostru, unde ocupă mai mult cotele și părțile anteriore ale gambelor; însă când scuamele care se observă în psoriasis se ridică după bae, sau după ce se unge locul cu un corp oleios, și rămân numai pețele puțin ridicate, roșietice, atunci nu trebuie a ne grăbi cu diagnosa și să examinăm cu mai multă grijă erupțiunea și caracterul ei.

Acest al doilea bolnav este atins, după cum vedeți, de pityriasis versicolor care se p<sup>o</sup>tă și el confunda cu sifilidele pigmentate, dar cu puțină băgare de s<sup>e</sup>mă se p<sup>o</sup>te evita ac<sup>o</sup>astă er<sup>o</sup>re de diagnostic, căci după cum vedeți, aci avem nisece pete galbene, cenușii cu o suprafață scuam<sup>o</sup>să, ceia ce în sifilidele pigmentate nu se observă. Dar dacă mai există <sup>o</sup>re-care dubi<sup>u</sup> în punerea diagnosticului, atunci microscopul vine să ne lumineze, căci răđend pe o lamă de sticlă puțină descuamație, tratând'o apoi cu o picătură de carbonat de potasiu, și examinată la microscop în glicerină vom vedea parazitul ei special, microsporon furfur. Ephe lidele a<sup>u</sup> sediul de predilecție deosebit, nu a<sup>u</sup> descuamare, nici parazit.

Tratamentul aceste<sup>i</sup> bóle este din cele mai simple: subl. corosiv în soluție, băile de puci<sup>o</sup>să, cu un cuv<sup>î</sup>nt or<sup>i</sup>-ce tratament local antiparasitar este în de-ajuns pentru a vindeca ac<sup>o</sup>astă bólă.

Hardy trata pityriasisul versicolor cu arseniat de sodiu la interior, însă acum când se cun<sup>o</sup>sce existența unui parazit, acțiunea externă a medicamentelor antiparasiticide, remediile interne sunt inutile. Și noi am avut de curând un cas în spital, care a eșit complet vindecat în urma tratamentului local.

Dacă acum observați bolnavul, acesta care va face subiectul lecțiunei n<sup>o</sup>stre de astăđi, vedeți pe o parte din suprafața corpului s<sup>e</sup>u, o mulțime de pustule cu centru purulent, papule, comed<sup>o</sup>ne, car<sup>i</sup> constituie, în general luate acnea, și care t<sup>o</sup>te aceste nu provin de cât tot dintr'o turburare a secrețiunei glandelor sebacee; prin urmare lecțiunea de astăđi nu este de cât un compliment a lecțiunei precedente (ved<sup>i</sup> seborea).

*Ce este acnea? în ce constă ea?*

Ea constă dintr'o inflamație a glandelor sebacee și a foliculului p<sup>o</sup>rlui.

Ac<sup>o</sup>astă afecție se p<sup>o</sup>te presenta sub mai multe forme: pustul<sup>o</sup>să, nodur<sup>o</sup>să sau tare, variolilormă, în fine avem acnea cachectică și scroful<sup>o</sup>să, și acnea medicament<sup>o</sup>să

produsă prin diferite medicamente ca: Iodur de potasiu, bromur de sodiu și de potasiu, și prin diferite preparate de păcură ca: chrysarobină, și orî-ce alte preparate de gudron. În urmă vom studia o altă formă, acnea rosacee.

Aceste acnee se observă mai cu seamă la etatea puberă și mai mult la tinerii de la 18—24 ani; la indivizii brunii cu mult mai des de cât la cei blondii, căci la aceștii din urmă se observă forma serofuloasă și cachectică.

*În ce constă anatomia patologică a acestei afecțiuni? sau ce leziuni anatomo-patologice găsim la indivizii atinși de acnee?*

Pentru acésta trebuie să considerăm diferitele varietăți ale acestei bóle, și sediul cel ocupă; așa pe obraz se pôte observa mai multe forme; și s'a găsit acnee vulgare precum este cazul nostru, și acnee varioliforme a lui Kaposi, ce nu trehuiese confundate cu acnea varioliformă a lui Bazin și Besnier, care a fost descrisă mai întâiu de către Bateman și numită de dînsul *Moluscum contagiosum*.

Lesiunile ce le găsim în acnea vulgară sunt următoarele:

1. Lesiuni inflamatorii ale glandelor sebacee și ale foliculului părului, și daca afecțiunea durează de multă vreme, glandele se distrug, cu desevârșire, și nu mai rămâne de cât foliculul părului în regiunile atinse.

II. Esaminând la microscop produsul unei pustule acneeiforme, vom găsi materia secretată de aceste glande; adecă: celulele epiteliale cornóse fără nucleu, și o grămadă de granații de grăsimi. Când esaminăm o secțiune unde există un nodul cu comedóne, adică ceia ce se dîce acnea punctată, și care se întâlnește în acnea vulgară, ceia ce presintă și acest pacient, atunci găsim pe papilele dermice ce înconjură comedónele o vascularisațiune foarte mare; și stratul epitelial al bulbului părului presintă un mare număr de celule inflamatorii purulente. Aceste leziuni se întâlnesc, după cum vedeți, în acnea vulgară pustuloasă, însoțită sau nu de comedóne.

Forma descrisă de Bateman sub numele de *molluscum contagiosum*, și *epithelioma contagiosum* după Neisser, de



și se întâmplă rar la adulți, căci este mai frecventă la copii; ne arată dacă examinăm conținutul tumorii acneiforme că se compune — comprimând acest conținut între două lamele de sticlă — din niște corpuri ovoidi, lucitori, cari la microscop se văd formați tot din producțiunii ale glandelor sebacee, deci această formă de acnee și are sediul în glandele sebacee. Renaut a constatat mai de curând în aceste tumori existența unor globuli epidermici, lucru ce se întâmplă de alt-fel și în epitheliome. Acești corpuseculi ovoidi ai moluscului contagios au fost considerați ca cauze de contagiositate a bôlei, însă acest fapt nu este admis de către Kaposi, deși chiar el dice că a observat în același timp la mai mulți copii această formă de acnee. Acest fapt ar da deci dreptate autorilor francesi cari consideră acnea lui Bateman ca contagioasă.

Cari sunt însă caracterele particulare ale acestei forme? Mai întâiu vom dice că sediul lor este aproape același ca și în forma comună, ast-fel se observă de preferință unde sunt glande sebacee mai voluminoase și mai numeroase precum pe pelea nasului, feței, gât, pept, scrotum și pe pelea regiunii vulvare. Tumoriile acneii sunt dispuse în grupe de două, trei, patru, discrete, une-ori conflente. De obicei limitate la partea superioară a corpului, în mod discret cum am dis, de și rar bôla se poate generalisa și ocupa și pelea capului. Lesiunile elementare, micile tumori încep ca micile papule și pun mai multe luni până ce iaă dimensiuni mai mari ca un bob de linte sau de porumb. În acest din urmă cas ele au un pedicul gros semănându-se cu forma unor ciuperci. Ceea ce însă aparține ca particularitate, patognomică chiar acestor producțiuni morbide este că de la început, atunci când micile tumori nu reprezintă de cât micile papule, ele au un orificiu în centrul lor care se vede cu ochiul sau mai bine cu lupa în această perioadă. Existența orificiului face ca aceste efflorescențe să aibă un aspect umbilicat ca pustulele din variolă.

În privința contagiosității vom dice că indicată de Ba-

teman ea s'a confirmat de Devergie, de Caillaut, de Hardy, Besnier, Vidal etc. În acest scop s'a înțreprins inoculațiunii de mai mulți dermatologiști, și în trei cazuri experiențele au dat rezultate pozitive, după o incubatiune de trei la șese luni (1).

Deci cu totă negațiunea profesorului Kaposi noi vom continua a considera această formă de acnee particulară ca contagiōsă.

Preparațiunii microscopice făcute în mai bune condițiuni au arătat, că o secțiune din micile tumori ale acestei afecțiunii arată numeroși lobuli ai glandelor sebacee cu alterația celulelor glandulare.

Simpla strivire a vârfului unei așa tumori, ne va arăta la microscop cu o mărime de patru sute diametre o masă de celule globuloase mari, transparente în parte, chiar când s'a colorat cu picro carmin, printre acestea se ved multe celule cari s'au keratinizat.

Însă Leloir deja din 1883 a constatat că tumorile acestei acnei sunt formate printr'o ridicare a peleii, produsă prin glanda sebacee alterată, acoperită de epidermul normal. Stratele epidermice se invaginază și se continuă cu stratele epidermice corespondente a lobulelor acestor glande. Acești lobuli sunt separați prin traverse conjunctive vasculare cari nu sunt de cât papilele dermului lungite și cari nu sunt alterate de cât rare ori.

După Leloir și acesta este evident și reese chiar din definiția ce am dat despre acnee, în forma descrisă de Bateman glandele sebacee numai secretă materia sebacee, însă produc celule ovoide mari, paradoxale (Leloir) și celule cornōse; cari cum am șis se pun în evidență prin simpla disociare a vârfului acestor tumori.

După Renaul (2) înprejurul nucleilor celulelor paradoxale

---

(1) E. Vidal. Inoculabilité de l'acné varioliforme, «Progrès médical» de 22 Juin 1878.

(2) Annales de dermatologie françaises. Paris 1888.

se depun granulațiunii transparente, cari cresc de volum în cât corpul celulei se nimicesce.

Acestea nu ar li granulațiunii după Bollinger (1), ci un parazit de felul coccidiilor, gregarinelor sau amibelor cari străbat în celule și se substituiesc lor.

Acastă opiniune a fost sprijinită cu mult talent de Neisser care consideră celulele globuloase sau paradoxale din molluseum ca formate de gregarine.

Bignon, un elev al lui E. Besnier, a făcut din acnea varioliformă subiectul tesei séle inaugurale. (Paris, 1880).

*Cari sunt cauzele acestei afecțiuni?*

Ele sunt diferite și în raport cu forma bólei. Acnea vulgară, de care este atins și bolnavul nostru, se întâlnește mai tot-d'a-una la tineri cari sunt în perióda de desvoltare, la care desvoltare glandele sebacee, luând și ele parte, fac ca cea mai mică iritațiune, sau necurătenie a peleii să dea naștere la aceste produțiuni inflamatorii. Ceea ce determină însă producerea pustulelor, papulelor, sau nodulelor acneiforme este, după cum v'am spus, retenția materiei sebacee în glande și în canalele escretorii ale acestora; ele pot asemenea resulta și dintr'o turburare ori-care în mecanismul acestei secrețiuni; sau secrețiunea fiind alterată din punctul de vedere chimic.

*Acnea cachectică.* Se observă în urma bólelor cronice, la indiviđii slăbiți, sau la tineri de constituție scrofuloasă. La sexul feminin ea recunoște de cauze mai tot-d'a-una clorosa, sau turburări ale menstruației, și în așa cas ea nu dispăre de cât cu suprimarea cauzelor generale. Se observă de și mai rar, la femeii în vîrstă de 40 ani, și atunci recunoște de cauze tot o turburare a menstruațiunei, căci după cum știți la această vîrstă femeia este în perióda critică.

*Ce observăm la un bolnav ce suferă de acnee?*

Vedem mai întâi că bóla începe pe frunte, proba e și bolnavul nostru care e un tînăr de 20 ani, de profesiune servitor, și care n'a avut nici o bólă de pele anterioră. El

---

(1) Vierteljahreschrift für dermatologie 1879.

ne spune însă că bóla pentru care a venit în spital la 4 Noembre a. c. a început deja de 5 ani și în modul următor: fiind deplin sănătos, a observat pe frunte nisce tumori rotunde, dure, fără mâncărime, fără arsură, unele cu un centru negru; strângând o tumoră între degete eșia un mic nodul albicios ca o gămălie de ac, pe care frecând-o între degete se întindea ca o alifie. Aceste tumori au crescut mereu și în câte-va zile au luat volumul unui bob de mazăre, apoi au început să cocolă, să se moie la vîrf, și punctul negru a devenit alb, purulent; după eșirea puroiului, micile tumori rămăneau tari, puțin turtite în centru, apoi deveneau roșii, și unele se uscau și dispăreau.

Acum 2 ani erupția s'a întins de pe frunte la obraz, barbă; și anul trecut pe părțile laterale ale gâtului, și părțile suscapulare, și fața anterioară a toracelui. Prin urmare vedeți că această bóla a pus cinci ani ca să se împrăștie pe o așa întindere, Acesta vă arată că bólei îi trebuie un timp destul de îndelungat spre a se întinde și vă va putea induce în eróre dacă comedónele ar lipsi la început, căci v'ați putea gândi la o altă erupție.

Din această anamneză a bolnavului, reese chiar modul aparițiunii și mersul acneeii vulgare.

*Ce observăm la bolnavul nostru actualmente?*

El prezintă, precum vedeți, o erupție de papule, de mărime, unele ca gămălia de ac, altele ca meiú, și altele ca mazărea; forma lor e variată, așa: vedeți papule având pe suprafața lor pustule ombilicate, albiciose, strînse între degete dau nascere la o materie purulentă; alte papule sunt late, puțin ridicate pe suprafața peleii, forma neregulată cu puțină infiltrație. Dacă ar exista numai acestea ar putea să ne inducă în eróre, și să credem că avem a face cu papule sifilitice; dar în acnee și la acest bolnav, avem și punctele negre pe suprafața papulelor, adecă comedónele ce rezultă din retenția materii sebacee în canalele escretorii. Erupția e împrăștiată pe părțile laterale ale gâtului, și mai cu sémă pe partea sa posterioară, ea predomină pe fața anterioară a sternului, pe umeri, pe fața posterioară a toracelui, unde se

întinde până în regiunea lombară. În unele părți pustulele sunt aglomerate, și unele din aceste aglomerări prezintă la suprafața lor niște cruste, cari sunt rezultate din aglomerarea materiei sebacee și epidermice. În alte părți mai cu seamă pe spate, aproape de regiunea cervicală, se găsesse mici cicatrice rezultatul erupțiunii deja vindecate.

Observând bine această erupțiune veți vedea pustule și papule pe cale de vindecare, și altele noi cari prezintă o colorațiune mai roșie și unele din ele încunjurate cu un cerc roșiu inflamator. Acești bolnavi nu se plâng nici de mâncărime, nici de arsură, ceea ce declară și pacientul nostru.

*Cu ce se poate confunda această boală?*

Sediul erupțiunii, vârsta pacienților, caracterul inflamator cronic al nodurilor, papule cu pustule și punctele negre, comedónele, sunt suficiente să diagnosticăm acnea comună. Însă dacă erupțiunea ar fi dispusă sub formă de cercuri isolate, nu împrăștiate ca aici, ne-am putea gândi la o sitilidă tuberósă ulcerósă; însă aceste sitilide, s'ar putea confunda mai mult cu acnea varioliformă a lui Kaposi, care are de particular că ocupă numai mărginele părului pe capului adică mai mult fruntea sa și ceafa, și dispoziția erupției este sub formă de cercuri, unele despărțite prin părți sănătoase și ceva mai mult în această formă, avem papule late cari au pustule moi pe suprafața lor, aceste pustule pătrund în interiorul pelei sub nivelul său, se usuc repede în 3—4 zile și dau cicatrice foarte pronunțate, de unde prin asemănare Kaposi a numit-o acnee varioliformă și în care se găsesse și mâncărime și arsură.

Acastă formă de acnee are recidive foarte frecvente, în sitilide nu vedem dispărând în câte-va zile erupția, ca în acnea varioliformă a lui Kaposi. Cu moluscum contagiosum (acnea varioliformă a lui Bazin sau Bateman) nu se poate confunda, căci ea se observă mai mult la copii, și uneori la mai mulți de odată, are aspectul de tumori cu pediculi uneori, cât un bob de mazăre, tari la pipăire, cu o coloră transparentă sau normală a pelei și după cum am dis prezintă în centru un mic orificiu prin care, dacă comprimăm

miclele tumorii, ese o materie albicioasă și care nu este alt ceva de cât materia sebacee.

Une-ori acest moluscum contagios este însoțit de pustulele inflamatorii ale acneei vulgare, și de comedone. Pentru Besnier numai aceste forme de acnea descrisă de Bateman și numită de Bazin acnea varioliformă. trebuie să i se conserve această din urmă numire, căci cea precedentă descrisă de Kaposi n'are de varioliform de cât cicatricile ce rezultă, când papulele pustuloase se cicatrizează; pe când prin contagiositatea sa, moluscum lui Bateman poate fi pus mai lesne alături cu variola; am văzut că această formă are particularități care o distinge de toate celelalte.

Bolnavul acesta ne prezintă forma acneei pustuloase vulgare împrăștiate, având sediul ce ocupă în genere această formă de acnea, și neavând a face cu un bolnav scrofulos. căci dacă ar fi ast-fel, am găsi acel lichen scrofulos, și colorațiunea erupției ar fi palidă, lividă. cea ce nu este în cazul prezente, și în fine acnea punctată (comedonele) însoțesc acnea vulgară. Ceea ce este în acest caz.

Asemenea nu se poate confunda cu acneile medicamentose produse prin iodur de potasiu, bromur de sodiu, etc.

Cât privește mersul acestei boale el este cronic. Din anamnesa acestui bolnav vedeți că boala durează deja de 5 ani, și dacă nu ar urma un tratament cerut în asemea caz, erupția s'ar prelungi și mai mult; unele din nodule, papule, pustule, dispar, găsind în locul lor cicatrice; iar altele se fac la loc.

*Acastă acnee vulgară comună* nu este gravă, dar fiind pe obraz, ea dă naștere la cicatrice sau chiar la abcese, prin urmare trebuie tratată la timp ca să nu producă diformțiuni atât de displăcute pe obraz.

*Tratament.* La bolnavii atinși de acnea trebuie mai întâi să spălăm părțile bolnave cu un spirt de săpun de potasă, cu săpun de glicerină, sau cu săpun sulfurat, sau în fine cu săpun verde. După ce s'a spălat ast-fel 2—3 zile căutăm un mijloc de a excita tonicitatea glandelor sebacee ca să secrete într'un mod normal, și dacă erupțiunea e la obraz,

saŭ este numai butonósă fără pustule, aplicăm emplastru mercurial ce dă fórte bune rezultate făcând să cadă acești butoni. Saŭ aplicăm de mai multe ori pe zi în timp de 4—5 zile glicerină 10 gr. iodur, de potasiŭ și iod metalic câte 5 grame. Cu acest glicerolat iodurat, se ung cu o pensulă părțile bolnave de 5—6 ori pe zi vre-o 6 zile, în acest timp erupția începe să se turtósă, să dispară, atunci facem spălături cu unul din săpunurile menționate frecând energie ca materia sebacee ce stă închisă, ca să iasă pe pele; și ca să nu rămână acéstă materie pe suprafața peleii se mai spală încă odată bolnavul cu săpun și apă căldicică, apoi aplicăm pulbere de scrobélă albă.

La bolnavii din oraș cari au ocupațiunii și nu pot să stea în casă, recomandăm séra spălături cu apă ferbinte sulfurată, duși, și băi de vapor; aplicațiunii séra pe părțile bolnave cu o pomadă compusă ast-fel: ichtyol 1,50 grame, vaselină 20 gr. Se unge fie-care papulă și pustulă cu acéstă pomadă, și d'asupra punem saŭ pulbere de scrobélă simplă saŭ pulvis lapidis baptistae, talc de Veneția, și pulbere de orez câte 30 gr., oxid de zinc 10 gr. punând și câte-va picături de un oleŭ parfumat. Ziua se pôte asemenea da oxyd de zinc 5 gr. vaselină 40 gr.; după ce s'a uns cu acéstă pomadă, se pune pe d'asupra pulbere de amidon saŭ pulberea precedentă compusă. Cu acest tratament trebuie să se urmeze mai multă vreme, mai cu sémă când bóla este veche. Asemenea se pôte lăsa spuma de săpun în timpul nopței pe suprafața erupției, punând însă pulbere de amidon. Cele de mai multe ori trebuie să ne adresăm și la un tratament general după starea bolnavului pe care îl tratăm; așa la femeile elorotice, cu turburări menstruale, recomandăm feruginósele, hidroterapia. La persónele arthritice unde se observă acnea varioliformă a lui Kaposi — numită arthritică de Bazin — se recomandă diferite ape alcaline ca: Marienbad, Vichy, Gieshübler; pe lângă care autorii francesi recomandă abținerea de alimente iritante și bęturi spiritóse, pentru cari cei germani dic că alimentele, n'au nici o

influență asupra diferitelor forme de acnee. Eă însă admit dieta în acelele constituționale.

Să venim acum la acneele artificiale ținse medicamentóse, și aci avem acnea de natură iodică, bromică și de gudron.

Cea iodică se observă mai cu sémă la persónele arthritice, unde cea mai mică dosă de iod, chiar 0.25 centigr. dá o erupție acneiformă, prin urmare nu e abuzul de iod care dá nascere acestor acnee; am avut ocașie se vėd multe asemenea casuri în spital.

Acéstă acnee începe repede pe obraz, și pe restul peleii sub formă de papule mici ombilicate, fără puroi, fără comedóne, tari la pipăire, cari de o dată s'ar puté contunda cu un lichen ruber acuminat; însă mâncărima și sediul afecțiunei care în lichen nu începe pe față; și în fine acuitatea bólei în acnea iodică, și dispariția ei în 3—4 zile ne pune pe calea diagnosticului exact.

O varietate de acnee mai curióasă este cea bromică; cine nu a vėdut'o nici o dată, nu póte să cređă la ce erupțiune póte să dea nascere bromul, și ca provine din aceea că bromul la mulți indiviđi se elimină mai mult prin glandele sebacee pe cari le irită. Kaposi și Neuman cari aș cunoscut acéstă bóla în urma lui Voisin cred că numai abuzul medicamentului póte da nascere la acéstă formă de acnee, dar de curând am vėdut în spitalele din Paris un bolnav care luase o dosă de iodur de potasiu și după câte-va zile ia apărut acnea bromică, care nu putea fi esplicată; dar după analiza făcută soluțiunei de iodur de potasiu, s'a constatat că conținea urme de brom; deci e ceva individual, erupția nu ține de cantitatea ingerată a bromului. Aceste acnee se manifestă la față prin papule tari puțin roșietice, altele pustuloșe, și la unii bolnavi se generaliséză pe suprafața peleii, unde găsim un aglomerat de acnee, cari dau nascere la adevėrate tumori ajungėnd în mărime ca alunele, se ulceréză luând forma de plăci mucóse vegetante cu care se asemėnă fórté mult; dar scim că plăcile muóse nu se observă nici odată pe o întindere așa mare a cor-



pului, otm ocupă aceste acnee. Dacă bolnavul nu încetează eu bromul, această erupție apare pe unele locuri, și pe altele dispare, evoluând mereu, până ce suprimăm medicamentul, când în 4—5 zile fără nici un tratament, sau cu un medicament paliativ aceste tumorii sebacee se usucă vedând cu ochii dintr'o și în alta.

*Ca tratament* pentru acneele medicamentose recomandăm băile simple, purgativele, pulbere de amidon etc.

Cu întrebuințarea Crysarobinei, precum și la indiviții cari lucră la păcură, se pot observa asemenea acnee; prin urmare când maniem aceste medicamente, trebuie să le dăm în dosă potrivită, pentru a nu da naștere acestor desordini a glandelor sebacee.

Ca să terminăm cu studiul acneelor mai avem o formă numită acnea rosacee, care se observă foarte des la unele persoane.

Ea prezintă 3 varietăți, una foarte ușoară, alta mediocră, și a treia gravă.

*În ce constă această acnee rosacee?*

Ea constă, în gradul cel mai simplu, într'o roșeță a vârfului nasului, mai mult sau mai puțin pronunțată după durata afecțiunii. Bolnavii cred la început că au degerătura nasului. Roșeța devine și mai pronunțată când bolnavul se află într'un mediu ceva mai cald, când, simte și arsuri. Ea se poate întinde la bărbie, obraz și la urechi.

În a doua varietate, găsim pe suprafața regiunii atinse un erythem de forma nodosă și pustulele acneice, cari desfigură pe bolnav; pe lângă acestea vom găsi în această formă dilatațiunea vaselor capilare, și chiar vase de nouă formațiune.

În line avem a treia varietate sau cea mai gravă care se observă rar, și se cunoșce sub numele de acnea hypertrophică sau Rhinophyma lui Kaposi și Neuman. Aci vedem nasul mărit de volum, roșiu închis, pe suprafața afectată se ved pe lângă celelalte leziuni, nisce tumorii pediculate, spințurate pe nas, întocmai ca vegetațiile și desfigurând cu totul pe bolnavi, aci vasele sunt foarte dilatate, se ved și aci pustule de acnee, și comedone.

*Cu cauze ale acneei rosacee, mai întâiu pot fi cauzele predispozante, între cari o predispozițiune particulară a individului, care prezentând o stasă sanguină locală; cauze atmosferice, plóia, vânt, și cari continuând multă vreme póte produce acéstă hóla. Turburările menstruale, precum și tóte cauzele de răcirí la picíore, saú sudațiuni prea mari, aú influența asupra acestei hóle.*

Kaposi recunósee ca caúsă principală a acnelor rosacee abususul bėturilor spirtóse; și chiar cantități minime de aceste bėturi la unele persóne daú acnea roșie. Unii autori dic că pot recunósee chiar după colórea nasului, de ce bėtura usiteză individul atins: dicénd că colórea roșie se observă la cei cari beaú vin; cea violetă cyanosată la cei cari beaú bere; și în fine roșiu albastru la cei cari beaú spirturi. Leloir a observat un individ cu o acneă rosacee care bea 18 kil. vin pe zi.

*Cu ce am putea confunda acnea rosacee?* În prima periódă se póte confunda cu un lupus erythematos, însă în lupus se observă în același timp cu colórea, nisee cruste scumóse și cicatrice ce nu se vėd în acneă.

A doua periódă se póte confunda cu o sifilidă tuberósa, saú cu un lupus vulgar, însă la acest din urmă se vėd în tot-d'a-una cicatrice alătura cu părțile roșii; afară de acéstă lupusul vulgar vine din copilărie și pe părțile laterale ale gátului găsím adenite, și un lupus vulgar póte ocupa și alte regiuni. În fine, în așa cas, găsím noduri tuberculóse.

Sifilisul se distinge prin antecedente, și apoi luând un nodul acnie cu o spatulă, nu găsím de desubtul lui ulceratiunea, ceea ce există în tot-d'a-una la sifilis.

A treia periódă saú varietate, se cunósee după durata lungă, care póte fi de câți-va ani. Mersul hólei, și examenul microscopic care ne arată granulațiuni de grásime, și produțiuni epidermice, ne face să nu ne gândim la un cancer, epitheliom. etc.

*Tratamentul medical și chirurgical.* Ca tratament medical aplicăm pomeđi, întocmai ca și la acnea simplă, adică: ichtyol nópte; ziua pomadă cu oxyd de zinc; suprimăm bėturile

spirtose; combatem dyspepsia dacă ea există; și în fine tratăm pe bolnav dacă el suferă de vre-o bătă generală.

Tratamentul cel mai sigur și care dă rezultatele cele mai bune este cel chirurgical. Pentru acesta întrebuițăm scarificațiunile făcute cu acul lui Hebra, sau cu scarificatorul lui Vidal.

Acul lui Hebra se întrebuițeză mai cu seamă atunci când avem trebuință să deschidem și tubercule sau pustule indurate sau nodesități.

Însă în varietatea ușoară, sau mediocră ne servim mai bine de instrumentul lui Vidal care este subțire și ascuțit precum îl vedeți.

Scarificațiunile se fac liniare strânse unele lângă altele, apoi facem altele transversale pentru a distruge cu totul vasele capilare dilatate. Pe lângă acesta se cere ca aceste scarificațiuni să fie cât se poate de superficiale, distrugând numai epiteliul, care după cum știți se reproduce foarte lesne; făcându-le mai profunde ar lăsa cicatrice displăcute. Ele se fac o dată pe săptămână în timp de 3—4 luni, când bolnavul având puțină paciență se vindecă de sigur de această bătă

Mai de curând Unna s'a servit în acnea rosacee de acidul sphacelic (partea putredă a secarei cornute), și în unele cazuri a obținut rezultate bune. Scim asemenea proprietățile ergotinel asupra sistemului vascular, putem deci să ne servim aici.

---

PITYRIASIS RUBRA (DE HEBRA); DEFINIȚIA, DIFERITELE NUMIRI, CONFUSIUNEA CASURILOR; OBSERVAȚILE UNOR AUTORI AMERICANI; OBSERVAȚIA NOSTRĂ; CUM ÎNCEPE ACESTĂ DERMATOSĂ? SIMPTOMATOLOGIA; DIAGNOSTICUL: ERITHEMUL SCARLATINIFORM; HERPETIDELE MALIGNE (BAZIN); PITYRIASIS RUBRA PILARIS; DERMATITA GENERALISATĂ EXFOLIATIVĂ; PITYRIASIS ROȘAT DE GIBERT; PITYRIASIS VERSICOLOR ACUT; LICHEN RUBER ACUMINATUS ETC. RESULTATUL STUDIILOR NOSTRE ISTOLOGICE. TRATAMENTUL.

### *Domnilor,*

Am ocasiunea a vă prezenta astăzi unul din cazurile cele mai rare ce se pot observa în dermatologie, și care din

causa rarității seîe, a dat nascere la diferite numiri, după diferenții observatori cari au întâlnit câte un cas în practica lor.

Acéastă dermatosă atât de rară, și de care este atins bolnavul nostru, a fost descrisă în înțelesul tipului ce ne prezintă pacientul nostru, de șeful școlii dermatologice de la Viena, de Hebra, și care în lunga sa practică n'a observat de cât cinci-spre-dece casuri, de acest tip de pityriasis rubra, dis al lui Hebra.

Acéastă dermatosă pôte fi ast-fel definită:

Pityriasisul rubra al lui Hebra este o dermatosă cronică a peleî, caracterisată de la început și până la sfîrșit, printr'o roșă generală a peleî cu uscăciunea și descuamațiunea ei furfuraceă ca tărîțele de grâu, descuamare abundentă; cu alterațiunea sistemului pãros, ducend la cãderea perilor în unele regiuni, și cu terminare mai de multe ori fatală.

În diferite reviste, mai cu sémã destinate dermatologiei veți găsi publicate observațiunî, din care însă puține, foarte puține chiar, vor prezenta tipul dermatoseî descrisă de Hebra, și cari vor correspunde definițiunei indicate aici.

Așa erythemul scarlatiniform descuamativ, herpetidele maligne ale lui Bazin, pityriasisul rubra pilaris descris de Devergie în 1857; dermatita exfoliativă; lichenul ruber acuminatus și pityriasisul roșat al lui Gibert, considerat ca herpesul tonsurans parasitar de discipolii școlii de la Viena; toate aceste diferite dermatose au fost confundate cu tipul descris de Hebra, și care tip cum veți vedé 'l prezintă bolnavul acesta.

Din aceste câte-va cuvinte vedeți deja d-lor cât interes prezintă lecțiunea noastră de astăzi; și sunt dator a adresa mulțumirile mele, confratelui nostru d. dr. Racovicenu, care mi-a trimis acest bolnav. Spre a vă face o idee de confuziunea care domnesce în sciință în privința acestei dermatose, dați-mi voe, mai înainte de a merge mai departe, să vă comunie în resumat câte-va observațiunî, publicate de curând de distinși dermatologiști americani, și din care veți înțelege că cele mai multe din ele nu trebuiesc con-

siderate ca cazuri tipice de dermatosă luî Hebra. Ast-fel d-rul Morrow (1) publică un caz, ca pityriasis rubra, cu erupțiune vesiculósă. Bolnavul în vîrstă de 37 ani a avut mai multe erupțiuni pe pele, înainte, de a fi atins de pityriasis rubra; însă cu trei ani înainte de acest pityriasis el a fost bine, sănătos. După ce erupția pityriasică s'a generalizat, s'a ivit pe palme și pe tăpile picioarelor, vesicule, pustule, vizibile sub epiderm ca gămălia de ac; apoi vesicule pe fața dorsală a mînilor, și la membrele inferioare mici pustule pe plăcile roșii. Nu se știe ce a devenit bolnavul, care cred că a fost atins de o eceză rubră cu vesicule și pustule, iar nu de dermatosa de care ne ocupăm astăzi.

Asemenea d-rul Walter Fell (2) sub numire de pityriasis rubra, cu vindecare încă, publică observațiunea următoare: La un avocat în vîrstă de 36 ani, erupția a început printr'o placă roșie, pruriginósă la partea internă a cîpsei stînge, lângă scrotum. După câte-va zile se ivesce o altă așa placă la partea dreaptă a cîpsei. Erupția s'a întins apoi până la genuchi, ocupând ambele cîpse și regiuni femorale, roșata era scarlatiniformă acoperită de scuame fine și uscate; examenul urinei a arătat multe seruri și ureă. După două-șeci de zile erupția s'a întins pe tot tegumentul. pelea era îngroșată, cutele ei naturale erau șterse cu totul.

Bolnavul nu dormia noaptea, din cauza arsurii și furnicăturei ce simția; a pierdut sprîncenele, lucru ce observăm alt-fel și la bolnavul nostru. Obrazul era așa de tumefiat în cât pleocele erau închise (avea obrazul ca în vîrsatul confluent); avea sete mare și urina puțin. Deseuamația era foarte abundentă, și în două-spre-șeci ore se putea aduna o cantitate mare de aceste producțiuni epidermice.

După o lună de zile de la începutul erupțiunii, brațele, gambele, nasul, zemuese — după trei luni s'a vindecat.

Acest caz pöte fi mai bine considerat ca o dermatită

(1) In New-York Dermatological society 27 April. 1886

(2) In Britsch medical journal, 29 mai 1886.

acută exfoliativă, căci zemuirea și vindecarea nu intră în mersul tipului bolnavului nostru.

D-rul Hardaway (1) publică un adevărat cas de pityriasis rubra. tip Hebra, însă în care s'a ivit și erupție buloasă. Casul se raportează la o femeie nervoasă, în vîrstă de 45 de ani, care n'a suferit mai înainte de altă dermatosă, și la care erupția s'a ivit în urma unei mari oboseli, prin turtur, și apoi o placă roșie la stomac, unde începe descuamarea cu o ușoară mâncărime; lipsă de orî-ce zemuire. După două-șeci de zile erupția se întinse la torace, abdomen, brațe, spete și cîpse. Nu există infiltrație a peleii, nici cruste, nici zemuire; pelea era lucie, de culoare violacee închisă; și descuamarea abundentă, în cât diminueța se putea aduna un pumn de scuame, în parte furfuracee. Obrazul și gambelile n'au fost atinse.

Două sau patru zile în urmă se ivesc bule pe cîpse și abdomen, unde pelea era inflamată, unele aveau dimensiunile unei piese de cinci șeci de banî în argint, altele a unei piese de un leu. Erupția buloasă a fost precedată de turtur și rădicare de temperatură. Cu intervale, s'a ivit în două, trei rînduri erupțiuni buloase. Prin întrebuițarea chininei după câte-va zile erupția buloasă a încetat cu totul, și a rămas numai aceea a pityriasisului rubra, despre a căreia terminare nu se știe mai nimic.

Asemenea veți găsi în «La Semaine médicale, No. 26, din 29 Iunie 1887, intitulat, «Lettres d'Angleterre» observațiunii asupra pityriasisului rubra, de Wallace Béathy, Finay; Walter Smith; Mapother și Moore, care ne arată cum diferiții autori dau diferite interpretațiuni casurilor observate ceea ce ne face încă o dată să șicem că sunt încă desiderate multe, în privința afecțiunilor roșii ale peleii (2).

(1) în Journal dermatol. american în 1886.

(2) Astăzi însă tipul dermatosei de care vorbim este bine stabilit. În această privință sunt nevoit a spune că prin lucrarea ce am prezentat în 1889 la primul congres de dermatologie ce s'a ținut la Paris, și unde am avut onorea a lua întăi cuvintul asupra acestei cestiuni, am contribuit mult în această privință. (Veți «Congrès International de Dermatologie. Paris, 1889, page 44—62.)

Să vedem acum și observațiunea bolnavului ce am onore a vă prezenta, și care ne va servi foarte mult pentru a stabili tipul descris de Hebra.

Pacientul, după cum vedeți, are tipul unui individ mai în vîrstă de cât este în realitate; căci are figura sbărcită de și este numai de 23 de ani. El se numește V. Chr.; de națiune sêrb, neînsurat, născut și domiciliat în Turnu-Măgurele, plugar de profesiune și care se află în serviciul meu de la 2 Octombrie 1886.

Acest pacient ne țice că a fost în tot-d'a-una sănătos, n'a suferit decât de friguri în copilărie, turburări gastrice nu a avut, era gras și muncitor, cu putere, acum a mai slăbit și nu mai pôte lucra nimic. În familia lui, tata, mama și surorî ce are, sunt cu toți bine, nimenî nu a avut bôle de pele.

Inceputul bôlei la pacientul nostru, după cum ne spune, a fost ast-fel:

Acum doi ani începu să simtă furnicăturî în tot corpul și ôre-care slăbire a forțelor, era cuprins de căldură mai cu sêmă sêra, lipsă de poftă de mîncare, grêță și chiar vêrsăturî câte odată. Acêstă stare febrilă gastrică a durat vr'o sêptemîna, când observă pe părțile laterale ale gâtului, o roșăță, fără mîncărime (ca un fel de obrintêlă, țice bolnavul) pe suprafața căreia s'a ivit după vr'o douê țile nisee brobône micî ca meiul, carî le simția pipăind regiunea cu degetul. Aceste micî proeminente, eraũ roșî și în centru a-vea un punct alb; și odată cu ivirea acestor papule-vesicule, bolnavul avea mîncărime în partea locului, scărpinându-se cădeaũ cojî micî ca țărățele; lăsând în loc o pele albă care se descuamă mereũ sub formă de pulbere albă (fără a se mai fi ivit în urmă brobônele menționate de bolnav.)

După vre-o câte-va țile roșêta de pe gât a început să se întindă pe trunchiũ și la membrele superiôre, pe suprafața acesteî roșêți apăreaũ brobône micî ca meiul; carî după douê saũ treî țile se uscaũ și se descuamaũ ca țărăța; cu acêsta avea mîncărime și căldură mai cu sêmă nôptea.

Bolnavul țice că a consultat în câte-va rîndurî pe me-

dicii din localitate, cari i-aŭ dat să facă băi de puciósă, și uleiŭ de migdale ca să se ungă, dar fără să obțină vre-un folos, roșăța pelei se întindea mereŭ, ast-fel că în timp de șése luni ea s'a întins la tótă suprafața pelei. Bolnavul ȑice că se simte parcă ar fi strŭns într'un corset; și când se culcă se întorce anevoe în pat din causă că îi plesnesce pelea pe unele locuri și 'l ustură; că diminéța când se scólă găsesce în pat ca la un pumn de coji ca tărŭțele. La un an după ivirea afecȑiunii bolnavul începu să simță dificultate în mișcarea degetelor dela mânŭ, din causă, ȑice pacientul că-l strŭngea pelea și-l producea dureri când voia să îndoie degetele; de accia prefera să le țină întinse, ast-fel că cu timpul n'a mai putut să le îndoiască și a început să se atrofieze din ce în ce mai mult, atrofia fiind mai pronunțată la degetele indicator și cel mic dela ambele mânŭ. Bolnavul vȑdend că bóla face progrese s'a decis să vie în Bucuresci și să intre în spitalul Colțea, de unde, cum v'am spus, d. dr. Racovicénu l'a recomandat în serviciul meŭ.

La examenul ce am făcut pacientului dela intrarea sa în cura nóstră, am observat următóarele:

El pare abătut, forțele îi lipsesc cu desevȑșire, încât cu dificultate se ține puțin timp pe picióre, este fórte sensibil la rēcělă, în cât nu-l ajunge halatul ce are pe el, și stă strŭns în pat și acoperit cu plapoma. Are poftă de mâncare, și de la ivirea bólei n'a mai avut turburări gastrice.

Ceea ce isbesce de odată privirea observatorului, este roșăța întinsă ce ocupă tótă suprafața cutanată și aspectul obrazului este ca al unui om înaintat în vŭrstă, atât este de sbărcită pelea acesteŭ regiuni, și care resultă din proeminența papilelor dermice. Aceste vergeturi se observă și pe restul tegumentului extern. Pe regiunea abdominală și dorsală sunt câte-va mici crăpături longitudinale, de sus în jos, pe a căroră tracet se află mici sgârieturi produse de bolnav, din cauza mâncărimei.

Pelea capului precum și a întregului corp este cam aspră la pipăire, însă nu pare îngroșată, sunt unele regiuni de și limitate, unde pelea este atrofiată. Pelea capului este



acoperită cu scuame albe, și pe unele regiuni tot la pelea capului, aceste scuame sunt galbenii. Pielea obrașului este mai môle la pipăire ca restul corpului. Se observă mici insule de alopecie, și în general părul este rar și tot sistemul përos este alterat; ast-fel, genele; sprâncenele; mustățile, părul din regiunea axilară este foarte mic, în parte cădut, și în regiunea axilară este cădut cu desevîrșire; asemenea și în regiunea inguinală părul este cădut aproape de tot.

Bolnavul și acum se simte stîrns peste tot ca într'un corset, din cauza tensiunii pelei, și probabil a retractiunii țesutului elastic.

Totă suprafața pelei este, cum am șis, roșie, și acoperită, de scuame de un alb cenușiu, scuamele sunt mici, și sémână cu tărățele de grâu. Acastă descuamare este foarte abundentă, în fie-care și se adună câte un pumn și acesta se petrece în toate șilele, și vë presint aici o cutie mare plină cu aceste scuame ca să vë convingeți de aspectul și mărimea lor; și cum cazul, după cum v'am șis, este rar, și scuamele în acest cas avënd importanța diagnostică, vom conserva chiar o cutie de aceste producțiuni epidermice, spre a le arăta la vre-o ocașiune.

Este de remarcă, după cum puteți observa și d-v., că și marginile libere ale pleopelor sunt roșii, ceea ce contribuie a da fisionomiei bolnavului un aspect particular. Acastă descuamațiune ocupă și podul palmei, și planta piciorilor; și în aceste din urmă regiuni se află un strat gros de descuamațiune. Atât unghiile de la degetele mânilor, cât și unghiile de la degetele piciorilor sunt alterate; și alterațiunea constă în îngroșarea lor; o colorațiune roșie corespunde la patul unghiei, care colorațiune devine galbenie lucitoare, la porțiunea liberă a unghiei. Acastă porțiune liberă presintă nisce dungii verticale, cari se întind până la jumătatea unghiei spre partea sa aderentă; porțiunea liberă a unghiei trecënd de ultima falangetă, se pôte observa sub unghie îngroșarea menționată de culóre galbenă.

Observând degetele mânilor, cine-va este isbit de difor-

mașiunea ce aă încercat unele degete; și în general tôte degetele mânilor presintă o stare de atrofie; care alt-fel este pronunțată și la obraz, și după spusa bolnavului peste tot corpul, căci el ne spune că a fost mult mai gras. La mână însă degetul indicator și anular atât de la mâna dreaptă cât și de la cea stângă sunt foarte atrofiate (subțiate), și pelea ce le acoperă este întinsă, roșietică lucitoare. Ambele degete indicătoare presintă o curbură în *S* italic; degetele anulare încep a lua și ele o ast-fel de curbură, și se deviază oblic în afară.

Atrofia pelei din aceste regiuni corespunde mai mult la a doua falangetă, și se observă o simetrie perfectă între aceste alterațiuni ale degetelor.

Bolnavul ne țice că în tot-d'a-una de la ivirea acestei hôle a avut mâncărime, care o are și acum une-orî, dörme bine nóptea, însă diminea când se scólă țice că tot se întörce anevoc în pat, îi plesnesc puțin pelea pe unelo locuri și l'ustură. Aceste crăpături, însă sunt foarte superficiale, mici ca de opt milimetri, în număr de două, trei, pe spete său pe abdomen.

Pelea din podul palmei corespundătoare la partea externă a podicelui și ocupând tötă întinderea sa este uscată, subțire, netedă, lucie, rozată, și luând'o între două degete ne dă senzațiunea par'că ar ar fi deslipită de țesutul aponevrotic.

Acciași dispozițiune observăm și pe suprafața palmară a degetelor și pe fața lor externă; iar partea internă a podului palmei presintă un strat gros epidermic de o colorațiune gălbenie; care strat epidermic la partea mijlocie a podului palmei lipsesce cu desăvërșire, fiind descuamat cu totul. Acastă dispoziție există în mod exact, simetric, atât la mâna dreaptă cât și la mâna stângă.

La planta piciorilor, partea internă a regiunii plantare și partea sa mijlocie presintă o colorațiune pembe-lucie, fără strat epidermic cornos și pelea apucată între degete, ne dă senzațiunea de parchemin. Restul plantei piciorului din contra presintă o îngroșare considerabilă a stratului

epidermic cornos, care strat epidermic la regiunea calcane- enă are o grosime de cel puțin un centimetru, și percu- tând cu degetul se obține sonoritatea unui corp dur (1).

Putem dice că la bolnavul nostru nu există punct de pele sănătoasă, în cât roșafa și descuamația târâtosă este generală.

Tôte cele-l'alte organe sunt nealterate; vëdul este intact; gustul asemenea, mucósa linguală adese-orî descuamată, roșie.

Auđul din când în când ȳ pare bolnavului că este puțin alterat, acésta póte din cauza grămeđilor de scuame epi- dermice, ce une-orî se observă în conductul auditiv extern.

Bolnavul se plânge adeseorî de fiorî de frig, și dice că de la ivirea bólei, numai vara nu simte acești liorî.

Domnilor, observând cu atențiune modul de evoluțiune a erupțiunei acestui pacient, precum și nevariabilitatea fe- nomenelor apărute de la început și până acum, și comparând observațiunile ce v'am comunicat, (veđi «La semaine médicale» No. 26 din 1887), puteți dice că aveți înaintea domniilor-vóstre un cas tip de pityriasis rubra, descris de Hebra.

*Hebra a đis că pityriasisul rubra este o afecțiune cronică și progresivă a peleî, avënd un prognostic fatal. El este caracterizat printr'o roșafă și uscăciune a tegumentelor și printr'o descuamațiune furfuraceă fórté abundantă. «Nici odală nu se găsesc vesicule, pustule, și mai cu sémă zemuire, și precum ați vëđut, bolnavul nostru n'a prezentat nimic din tóte acestea.*

Să vedem acum cum începe și prin ce fase trece acéstă dermatosă.

Înainte de tóte trebue să vë amintesc că nici o dată bolnavii nu se presintă medicului îndată ce începe bóla și mai în tot-d'a-una veți observa pe bolnavi, când dermatosa a făcut deja óre-care progrese, și precum ați vëđut, acest pacient este deja bolnav de mai mult timp.

(1) O lună de đile după ce am făcut acéstă lecțiune clinică, tot stra- tul îngroșat epidermic de la tálpile piciórelor, s'a deslipit întreg avënd aspectul unei talpe de cisme, așa că bolnavul în urmă avea o sensibi- litate durerósă, când mergea pe picióre.

Profesorul Kaposi de la Viena în două cazuri ce a observat de la începutul ivirii erupțiunii, a constatat aparițiunea pityriasisului rubra la plicele articulare; regiunea axilară, inguinală, poplitea. El n'a observat nici odată nici urme de zemuire în cursul bolii. Din cele 15 cazuri observate de Hebra, la nici unul nu se scie pozitiv de unde și cum a început dermatosa.

La bolnavul nostru a început pe părțile laterale ale gâtului, dacă trebuie să punem basă pe spusele bolnavilor de această categorie; însă eu unul nu țin seamă de toate cele ce ne spun acești bolnavi, fiind că ei nu sunt observatori.

Acastă dermatosă pune de la 2 luni până la 1 sau 2 ani ca să se generalizeze. La bolnavul nostru s'a generalizat în timp de șese luni. Plăcile sunt de un roșu închis și devin une ori de un roșu violaceu, și de la început bolnavii sunt impresionabili la frig, sunt cuprinși de turburări digestive, fenomene care după evoluția completă a dermatosei încetază.

În primele luni ale bolii une-ori se observă o ușoară febră către seară.

În tot cursul bolii descuamațiunea este furfuraceă ca tărâțele de grâu, culoarea este cenușie după cum vedeți, și nu albă cum se observă în psoriasisul generalizat.

Descuamațiunea este continuă, pelea se întinde, se retracționează, din care cauză se poate observa strîmtoarea ale orificiilor bucale, ectropiune, care dă un aspect particular expresiunii bolnavului.

Aceste retracțiuni ale pelei se pot observa și pe tot restul corpului, din care cauză bolnavii țin că se simt strînși ca într'un corset.

Kaposi a observat o rădicare de temperatură la bolnavii ce a observat, ei aveau fiorii de frig, și puțină mâncărime, cum am observat și eu la pacientul nostru. Când mâncărimea este întinsă bolnavii pot avea și insomnii une-ori.

Ca și la bolnavul nostru Kaposi a observat în cazurile menționate, că bolnavii aveau pe unele regiuni ale pelei depozite groase de epiderm, și că colorația roșie a pelei deve-

nia violace, asemenea ei a observat și degetele demiflexate și ați vădut deformarea degetelor în S italic, în mod simetric la ambele mâni, la aceleași degete la bolnavul nostru, și care deformațiunii țin probabil din cauza retracțiunii dermului.

Am examinat scuamele epidermice ale bolnavului nostru din punctul de vedere bacteriologic și n'am găsit nimic de semnalat; asemenea și examenul microscopic al sângelui nu ne-a dat nimic.

Urina examinată de d. dr. Istrati arată un exces de urcă, asemenea și acidul uric era în exces.

Bolnavul nostru cu tot tratamentul întrebuințat și de care vom vorbi îndată, a slăbit din 40 în 30; el ȳice că a fost foarte gras, pe când acum țesutul grăsos este foarte puțin pronunțat.

Casul, d-lor, ce vă presint este el un cas de pityriasis rubra, tip al lui Hebra, său nu?

După cum v'am anunțat la începutul lecțiunii noastre de astăzi, această dermatosă din cauza rarității ei a fost deosebit descrisă, de diferiți observatori, și s'a confundat cu dermatosa lui Hebra toate afecțiunile roșii ale peleii și cari sunt destul de numeroase.

Dacă nu se va ține seamă de vârsta bolnavului și de stratul său social, se va confunda această dermatosă, care în definitiv este aceeași numai prin supleța peleii la unul și din cauza unei asprimi relative la altul. Ast-fel anul trecut am vădut un singur cas în serviciul lui Vidal de la spitalul St.-Louis, de pityriasis rubra, era un bătrân cu pelea subțire, slăbit, aproape fără strat grăsos sub pele și a căruia pele roșie era în descuamațiune furfuracee.

Acest bolnav diferă de al nostru, care cu totă slăbirea, pelea lui este încă căptușită cu grăsime, și prin retracțilitatea considerabilă a dermului, datorită după cum ne a rată examenul microscopic, dezvoltării anormale a muschilor neteji din pele.

Insă s'a confundat pityriasisul rubra mai cu osebite cu erythemul scarlatiniform generalizat descuamativ; cu herpetidele maligne exfoliative ale lui Bazin; cu pityriasisul

rubra pilaris; cu dermatita exfoliativă, cu lichenul ruber acuminatus; cu pityriasisul rosat al lui Gibert, care este un herpes tonsurans maculos după descoperirile autorilor vienezii și numit de profesorul Fournier, «Roseola scuamósă.» erythemul scarlatiniform care este tot așa de rar ca și pityriasisul ce studiam, începe cu febră, se prezintă cu roșata pelei și descuamație lamelară, lame înguste și lungi, și se vindecă în 3—6 săptămâni; în acest timp se pot prezenta 2 și 3 rînduri de descuamațiuni; bóla recidivă, și am observat un cas care în trei rînduri a recidivat. Nu există alterația unghiilor sau a părului în acest erythem.

În herpetidele lui Bazin, bolnavii au avut mai înainte una din dermatosele următoare: eczema; psoriasis; pemfigus etc. și în urmă au și o stare a pelei care pòte semăna cu pityriasisul rubra, însă nu trebuie confundate aceste stări cachectice ale pelei cu dermatosa descrisă de Hebra, și care de la început până la sfîrșit nu încercă nicî o transformațiune; în cât herpetidele maligne ale lui Bazin sunt rezultate în tot-d'a-una a altor afecțiuni cutanate.

Pityriasisul rubra pilaris s'a confundat asemenea cu forma descrisă de Hebra. Am menționat că cel întăiu Devergie în 1857 a descris această formă, care mai în urmă a fost bine studiat de Vidal; Besnier și Richaud în 1887 a făcut o bună lucrare care a constatat că contrar cu cele ce se observă în forma descrisă de Hebra, în cel pilaris, sistemul përos în general crește mai repede și chiar pe locuri unde normal perii sunt foarte mici. În pityriasis rubra pilaris stratele epidermice granulosum și lucidum dispar după Besnier din cauză că proliferația celulară epidermică este foarte activă, de unde perii și unghiile cresc repede. La început pityr. rubra pilaris începe prin psoriasis vulgar; palmar, și plantar, pe urmă se limitează lângă foliculii përoși. Une-orî începe prin plăci roșii la sprîncene, la torax. Aspectul pelei este ca a găinelor jumulte de pene, sunt conii-epidermici înprejurul foliculilor përoși, și prin pipăire simți pelea ca o rădătore. Cachexia, și slăbirea bolnavilor lipsesc, și des-

cuamarea se face prin lame mari. Adesca ori s'a confundat pityriasisul lui Hebra cu dermatita exfoliativă, și la începutul lecțiunei noastre v'am citat așa casuri. Să vedem deci cum putem separa aceste două dermatose între ele.

Cel ce a contribuit pôte mai mult a se continua confuziunea în stabilirea diagnosei între aceste două dermatose este distinsul dermatolog Erasmus Wilson, care a observat casuri cu descuamare lamelară, și nu furfuraceă, și cari casuri erau de dermatita exfoliativă. De la publicarea observațiunilor lui Wilson în 1870, în Englitera și America, pityriasisul rubra de Hebra, și dermatita exfoliativă erau sinonime.

De și aceste două dermatose se asemănă întru cât-va între ele, se pôte însă stabili o deosebire pe fenomenele următoare.

Pe când în P. rubra tip Hebra pelea bolnavilor este uscată și în descuamațiune târâtosă după cum ați vădut; în dermatita exfoliativă avem simptomele unei inflamațiuni acute a peleii, manifestate prin oedem inflamator al întregii suprafețe a tegumentului extern după cum am observat un cas în serviciul meu de la Colentina. Avem zemuire chiar în primele zile ale bôleii, descuamațiunea se face prin lame mari, (descuamare lamelară nu furfuracea) nu târâtosă; avem furuncule și une-ori ulcerațiuni pe pele, și în fine cu totă gravitatea afecțiunea se vindecă după 3, 4 sau 8 luni. În fine în dermatita generalisată exfoliativă a lui Erasmus Wilson, și din care distinsul meu confrate, dr. Brocq de la Paris (1) a făcut o monografiă remarcabilă, sistemul fanerofor este mult mai atins ca în pityriasisul ce studiem acum; de unde pe lângă căderea complectă a genelor, sprincenelor și o alopeciă totală; avem și căderea unghiilor. Cu toate aceste căderea unghiilor pôte lipsi, dacă mă pot basa pe o singură observațiune a noastră și pe care vă voi pune-o în vedere, cazul fiind foarte inte-

---

(1) Etude critique et clinique sur la Dermatite Exfoliatrice généralisée. Paris O. Doin, éditeur 1883.

resant și rar și ast-fel fiind cred că nu se pôte emite ideea că dermatita exfoliativă generalisată ar presinta forma acută a pityriasisului lui Hebra și care se vindecă; pe când dermatosa acestui din urmă autor ar represinta forma sa cronică, care duce la atrofia peleii și are un sfârșit mai tot-d'a-una fatal.

Une-orî s'a luat drept un pityriasis tip Hebra, pityriasisul roșat al lui Gibert, și care după cum am șis, este descris sub numirea de herpes tonsurans varietatea maculoasă de școla de la Viena, și care este o dermatosă parasitară. In această avem antheme cu vesicule circinate, înconjurate de cercuri de pele roșie esamenul scuamelor va arăta a-dese-orî parasitul.

Asemenea, de și foarte rar, se pôte observa un pityriasis versicolor acut, unde erupția este roșie însă și aici esamenul microscopic al scuamelor epidermice, ne va arăta parasitul acestui pityriasis; microsporon furfur.

Nu putem confunda pityriasisul descris de Hebra, c'un lichen ruber acuminatus, în care găsim papule conice, roșii, cu un centru mic alb; și nici cu psoriasisul generalizat, unde găsim antheme cu infiltrații ale peleii, acoperite cu deposit gróse de scuame albicioase; argintii chiar, când pelea bolnavilor este curată.

Drept o eezemă acută generalisată roșie nu se pôte lua pityriasisul rubra tipul ce vi se presintă, fiind-că orî-ce eezemă la un moment dat al evoluțiunei s'ele, va presinta vesicule, și ceva mai mult zemuire, și în fine nu vom observa descuamarea tipică a pityriasisului nostru de astăzi.

In ce constă alterațiunea peleii în această dermatosă? presintă ea lesiuni cari s'ă-i aparțină în mod particular? acesta nu se pôte admite după constatările făcute prin microscop, și publicate de autori, de vreme ce mai toți au constatat un proces inflamatoriü, care se întâlnește și în alte dermatose.

De aceea am dorit să facem și noi cercetările noastre în această privință și pentru a ne da sémă dacã cu timpul, în această dermatosă lesiunile peleii încercă vr'o schimbare,



am luat de la acest bolnav un fragment de pele, și după patru luni un alt fragment; în acest din urmă fragment după cum vom vedé lesiunile erau mai pronunțate.

Spre a nu avé însă nici o bănuială, în privința examenului preparatiunilor microscopice provenite de la acest bolnav, am făcut acest examen împreună cu distinsul nostru coleg de la facultate, d. profesor Babeș, căruia îi aduc mulțumi- rile mele pentru concursul luminat ce mi-a dat, și care a avut buna voință a-mi desina unele din preparatiunile mele.

Maî înainte de a vè pune în curent cu rezultatul exame- nului preparatiunilor nòstre, să menționăm opinia unor autori mai cunoscuți în câmpul dermatologiei.

După Hebra nu se găsesc lesiuni caracteristice în derma- tosa descrisă de el (1).

Fiul sèu Hans Hebra (2) a studiat douè casuri cu necrop- sie de acèstă dermatosă, cari pacienții au murit în urma tuberculosei. Intr'un cas la care bóla era mai recentă, el a găsit lesiuni dermice, caracterisate printr'o ușoră infiltra- țione inflamatorie, mai pronunțată împrejurul vaselor, unde să găsiaū mai multe strate de celule embrionare. Pe când corpii papilari, stratul malpighien; glandele sudoripare și foliculii pèroși nu erau mult modificați.

În al doilea cas, unde bóla avea o existență mai lungă s'a găsit o atrofiă pronunțată a peleii; caracterisată printr'o atrofiă a rețelei lui Malpighi, cu disparițiunea papilelor, cu o sclerosă a țesutului conjunctiv, și cu hypertrofia țesutu- lui elastic.

În derm el a găsit o proliferare de celule embrionare și acèstă proliferare se află și în țesutul sub dermic și în cel grăsos respectiv. În țesutul conjunctiv al dermului s'a găsit granulațiunii de pigment, asemenea și în stratul mur- cos Malpighien.

Vasele din partea superiòră a dermului erau înconjurate de celule embrionare; glandele sudoripare lipsiaū; și în

---

(1) *Lehbruch der Hautkrankheiten* 1874, page 399.

(2) *Vierteljahresschrift für dermatologie und syphilis* 1876.

mai multe preparațiuni microscopice, n'a găsit de cât în una, o singură glandă sebaceă și un singur păr.

Neumann (1) arată desenul unei preparațiuni microscopice din pelea unui cas de pityriasis rubra, în care se poate vedea că rețeaua lui Malpighi este intactă aproape, pe când papilele sunt turtite, lățite, și imediat sub epiderm se observă o infiltrațiune de celule embrionare. Vasele din stratul superficial al peleii sunt dilatate și înconjurare de celule embrionare. Același lucru se găsea și în stratul profund al dermului. În această preparațiune se ved un mare număr de glande sudoripare înconjurare și ele de celule embrionare. Neuman dice în textul său, că celulele din canalele excretorii ale glandelor sudorale sunt în proliferare, însă desenul nu este lămurit în această privință.

Nu vă voiți vorbi de alterațiunile descrise de Elsberg (2), de vreme ce cazul publicat de el, nu este după mine un cas simplu de pityriasis rubra de Hebra, și trec la esamenul pieselor noastre, și pe care le puteți observa aici sub microscop.

După cum diceam adineaori, am luat de la acest pacient două mici fragmente de pele; un fragment de la partea externă a gambei drepte; și după patru luni un alt fragment de la partea anterioară a brațului drept; pelea de la gambă era puțin mai subțire și cu caracterele descrise în observațiunea bolnavului; pe când fragmentul de pele de la braț era mai gros și mai roșu.

Fragmentul de pele luat de la gambă s'a întărit prin alcool, și secțiunile făcute s'a colorat cu picro-carmin de Ranvier. Esamenul microscopic al acestor preparate ne dă rezultatul următor:

Stratul cornos este subțiat și se deslipesc pe unele locuri; esaminat cu un obiectiv cu mărire mai mare, acest

---

(1) *Lehrbuch der Hautkrankheiten* 1888. Wien.

(2) *Vierteljahrsschrift für Dermatologie und syphilis* Wien 1887, page 727.

strat ne arată nisce linii fine, roșii, corespunzând la nucleii celulelor epidermice.

Sub acest strat se constată o bandă întreruptă d'eleidină care este mai pronunțată la prelungirile papilare, și la canalele excretorii ale glandelor sudorale, unde se găsește pe alocurea un strat care cuprinde trei sau patru celule d'eleidină. Stratul lui Malpighi nu pare prea alterat; papilele au lungimea lor normală, însă sunt mai subțiri în mod general și sunt unele cari fiind și mai subțiri fac impresiunea ca cum ele ar pătrunde chiar în prelungirile papilare.

Acastă subțiere a papilelor pare a rezulta din atrofia extremă sclerotică și uniformă a păreților vaselor, și a țesutului conjunctiv al papilelor.

Și într'adevăr la baza papilelor, vasele prezintă păreții lor îngroșați, cu orificiul lor foarte micșorat, și pe unele locuri chiar astupat.

Păreții acestor vase au un aspect uniform lucitor, și sunt înconjurați de un mare număr de granulațiuni refringente și grăsoase. În prejurul acestor vase se găsește țesutul elastic în abundență. Fibrele conjunctive din această regiune sunt îngroșate sclerosate, și sunt și câte-va arteriole cari prin îngroșarea păreților lor, ieaă aspectul unor vase mai voluminoase, cum nu se găsesc normal în această regiune și în prejurul acestor vase găsim o zonă grosă de granulațiuni lucitoare și ne-colorate. Vasele dermice fac un strat ne-întrerupt paralel la baza papilelor; păreții acestor vase sunt îngroșați ca și în vasele stratului precedent, și la acestea se observă obliterația sau strîmtoarea calibrului lor. În fine și împrejurul acestor vase găsim granulațiuni grăsoase și țesut elastic în abundență.

Pe lângă acestea se mai observă lipsa de ondulațiune ce caracterisează aceste vase în starea lor normală.

În stratul profund al dermului, fibrele conjunctive sunt îngroșate uniforme, colorate în roșiu închis, și conțin fișii groase de mușchi netești, cari străbat acest strat. Vasele din acest strat prezintă aceleași leziuni ca și în stratele super-

liciale descrise; se observă încă o stare granulósă a părților acestor vase.

În unele preparațiuni se ved încă și colo secțiunile canalelor excretorii ale glandelor sudorale, și un folicul păr, cari nu prezintă leziuni manifeste. Pe unele locuri însă vedem că lumina acestor canale este obliterată prin proliferarea celulelor epiteliale respective.

În preparațiunile provenite din fragmentul de piele luat de la braț, tratate prin chlorurul de aur și colorate cu picro carmin leziunile sunt mai pronunțate și găsim o hipertrofie ne-egală lobulósă a stratului cornos, care prezintă peste tot o keratinizare ne-îndeplinită, ast-fel că el se colorază în roz prin picro carminatul de amoniac, în loc de a se colora în galben, și prezintă nucleii voluminoși; se poate chiar distinge în acest strat limitele fie-cărei celule.

Sub acest strat se vede un altul bine colorat, ale cărui celule sunt puțin lășite, cu nucleul lucitor și puțin colorat.

Apoi se vede stratul granulos, care are o grosime ne-egală și cu puțină eleidină. Acest strat este colorat roșiu închis aproape negru, în urma acțiunii chlorurului de aur.

Stratul lui Malpighi este gros, el prezintă de la 6 la 10 rânduri de celule, până la vârful papilelor.

Dințarea celulelor spinóse este foarte pronunțată pe unele locuri; și lungimea prelungirilor papilare este de 0,25 în termen de mijloc.

Vîrfurile papilelor nu sunt tocmai netede, și se constată un număr mai mult sau mai puțin considerabil de celule voiajore, printre celulele epiteliale; cari fac limita vîrfurilor acestor papile.

Întrebuințarea chlorurului de aur în aceste preparațiuni a pus bine în evidență o rețea dêsă de celule stelare cu prelungiri lungi.

Asemenea în stratul Malpighien se găsește mai cu ose-bire în prejurul papilelor un mare număr de aceste celule stelare; care se găsesc și în teca externă a foliculilor păróși.

Pe unele locuri se vede o comunicare între prelungirile acestor diferite celule. Fie-care celulă prezintă un corp des-

tu de voluminos, cu nucleu lungăreț, care este mai puțin colorat prin clorurul de aur, de cât restul celulei.

Vîrfurile papilelor este mai îngroșat de cât baza și cuprinde în spaciurile rețelei formate prin numărul mare al celulelor stelare, colorate prin aur, alte celule embrionare.

Se găsește o serie ne întreruptă de celule cu prelungiri lungi, înegrite prin aur, care mărginesc papila, și a cărora prelungiri comunică între ele și cu celulele stelare din centrul papilei. Aceste din urmă celule se găsește todeauna în contact intim cu ansa vasculară a papilei. Această ansă arată în mai multe papile o îngroșare uniformă a pereților lor, formată pe unele locuri în aparență printr'o serie de celule fusiforme. Asemenea pe unele locuri vasele sunt astupate cu o substanță omogenă colorată în roșu.

Țesutul superficial al dermului este format printr'o rețea destul de desă de celule stelare cari sunt în raport cu rețeaua hiperplastică din interiorul papilelor. În acest strat se vede un mare număr de fibre elastice cari sunt în raport cu aceste celule stelare, stratul superficial al vaselor prezintă o îngroșare considerabilă a pereților lor, produsă prin proliferarea celulelor fixe a acestor pereți, precum și printr'o hipertrophie a țesutului lor conjunctiv, astfel că rezultă o hipertrophie concentrică a acestor pereți. În acest loc al preparatului se găsește câte-va artere pline cu substanță hyalină și grupele acestor vase sunt caracterisate printr'un mare număr de celule embrionare cari se găsește prin ansele lor.

Aceste celule sunt mai toate mononucleare, rotunde sau puțin lungărețe și se găsește în mai mare număr împrejurul vaselor. Câte-va vene alătura cu pachetul arterial prezintă din contra un perete foarte subțire și în interiorul lor, se află mese hyaline lipite de perețele lor, și nise globi de dimensiuni deosebite, mai mari sau mai mici de cât globuli roșii ai sîngelui de o coloră galbenă închisă, granulată.

Țesutul conjunctiv al dermului este sclerosat, și printre fibrele sale grose se află o mare masă de fibre elastice,

iar celulele fixe sunt umflate, și pe ici pe colo se găsesc depozite de pigment galben.

Tot în acest strat observatorul rămâne uimit de numărul considerabil al fâșiilor muschilor neteđi, cari se întind prin prelungirile țesutului elastic, până la prelungirile papilare.

Țesutul său stratul profund al dermului prezintă o umflătură cam oedemațoasă a fibrelor cari abia sunt colorate, și a cărora limite sunt mai cu sémă apreciate prin celulele fixe și fibrele elastice cari sunt în mare număr.

Aici avem de remarcat o masă considerabilă de fâșii de mușchi neteđi, și mai cu sémă această musculatură se observă împrejurul glandelor sudorale, sau pe lângă foliculii péroși.

Foliculii péroși se prezintă în mare număr și ei sunt modificați în modul următor: În stratul superficial al epidermului, părul este înconjurat de un fel de pânice, formată prin strate foarte gróse semikeratinisate. Foliculul peros este atrofiat și subțiat; în téca sa externă se vede un mare număr de celule stelare înegrite prin aur; și împrejurul acestei tecii țesutul dermului este în parte sclerosat; iar aproape de papila părului în punctul unde de ordinar se găsește o glandă sebacee, se află un grup de celule gróse; ea și cum aceste celule ar aparține țesutului grósos; însă nu se află nici urmă de glandă sebaceă.

Glandele sudorale conțin celule epiteliale cu aspect turbure, care umple lumina unor canale; și în pachetul glandelor țesutul conjunctiv conține multe celule embrionare. Acest pachet este înconjurat în multe locuri de mese de mușchi neteđi.

În țesutul sub-cutanat se găsesc aceleași leziuni ale vaselor descrise în preparatele precedente Din examenul preparațiilor noastre microscopice și de care am vorbit până acum; împreună cu distinsul nostru coleg profesorul Babeș, am ajuns la concluziunile următoare :

În resumat putem afirma că și în acest cas se găsește ceea ce au descris deja și alți autori, însă putem ajuta mai

multe fapte cari nu sunt fără interes pentru explicațiunea simptomului celui mai important al hóllei.

Ast-fel trebuie a se da o óre-care importanță iregularității keratinisării prin care pe de o parte stratul cornos stă într'un contact mai intim cu stratele profunde; însă cum prin același procesus, partea superióră a stratului lui Malpighi devine mai puțin resistant, se explică și înlesnirea prin care cu descuamațiunea se produce leziuni mai adânci.

Póte că același procesus să fie cauza formațiunei pâlnicii descrise la partea liberă a părului și prin care se înlesnesc în mod singular căderea perilor.

Cu tóte acestea s'a putut constata o masă destul de mare d'eleidină.

În acest cas stratul papilar nu era lătit, însă papilele, ele, erau sediul unor leziuni destul de bine pronunțate.

De mai înainte s'ar păré că marele număr de celule, și mărimea celulelor ramificate, cari s e găsiañ în mare număr în stratele epiteliale, pledéză pentru o iritațiune a elementelor fixe, a acesteï regiuni.

Fără ca să intrăm într'o discuțiune asupra semnificării acestor elemente, colorate în negru prin chlorurul de aur; ni se pare a ne asarda de a considera ca de natură nervósă aceste elemente, care se găsesc în messe considerabile sub influența unei iritațiuni cronice. Ni se pare mult mai probabil că aceste celule sunt identice cu acelea, ce în același timp cu Aeby s'añ constatat de Babeș ca un element normal în stratul lui Malpighi, elemente de natura celulelor fixe conjunctive; și care în pelea colorată a indiviđilor negri conține pigmentul stratului Malpighien și care sunt tot-d'a-una în comunicațiune cu celulele fixe ale papilei, și stratului superficial dermic.

Leziunea cea mai esențială în acest cas pare a exista chiar în papile. Pe lângă hiperplasia celulelor menționate, se găsesc într'o stare mai puțin înaintată de leziune, o proliferare de celule rotunde în interiorul papilelor; împrejurul vaselor, și în pėreții lor.

Asemenea trebuie a se observa proliferarea considerabilă de celule în lungimea vaselor dermice.

Un alt grup de leziuni este, de sigur consecința acestor fenomene inflamatorii; așa este sclerosă papilelor, și mai cu osebire a vaselor lor și mai mult încă formarea unui strat sclerotic care se poate compara cu o membrană basală sclerotică a glandelor, la limita inferioară a epidermului. La același grup de leziuni aparține sclerosă și obliterația întregului aparat vascular al dermului, cu degenerarea granulo-grăsă a țesutului vecin. În același timp fibrele conjunctive ale dermului hipertrofiate, țesutul elastic mărit și o hipertrofie considerabilă a fibrelor musculare netede.

Glandele pelei sunt din contra atrofiate sub influența inflamațiunii, ale cărei urme se găsesc încă și se cunosc destul de bine.

Nu s'aun găsit glande sebacee, însă în locul lor se află un țesut grăsos adevărat, și cum în această regiune nu se află țesut grăsos în stare normală, ni se pare sigur că acest țesut grăsos să se fi format în locul glandelor atrofiate, sau dispărute cu totul. Hypertrophia muschilor pelei se explică poate printr'un exces de acțiune spre a se menține funcțiunile pelei compromise prin leziunile descrise mai sus.

Cu toate că în preparațiunile examinate nu se puteau face cercetări asupra etiologiei bôlei; însă cum n'am găsit leziuni esențiale ale nervilor, așa cum se găsesc în leziunile pelei de natură nervoasă; credem că o cercetare tinzând a descoperi un agent virulent al bôlei n'ar rămânea infructuoasă (Babes).

În delinitiv, d-lor, după cum vedeți, fragmentele de pele luate de la acest pacient ne arată leziuni inflamatoare cronice, și prin urmare adânci, și cari interesază organele cele mai importante, vasele, cari după cum vedeți în mai totă lungimea dermului sunt adânc alterate.

Ce tratament putem întrebuința în această dermatosă? Ce rezultate ne dau tratamentele recomandate și întrebuințate?

Acastă afecțiune a fost rebelă până acum la orîce tratament, și, încetul cu încetul în timp de trei, patru, cinci



anî, bolnavii mor sau prin complicațiunii diferite, sau prin cachexia rezultată din descuamarea neîntreruptă într'un timp așa de îndelungat.

Ameliorări, sau mai bine zis o stare suportabilă se poate obține administrând tonicele, și ungând bolnavii în toate zilele cu untură de pește, cea ce combate dîlnic uscăciunea pelei.

Pe cât timp bolnavii nu au turburări gastrice, și se bucură de poftă de mîncare, forțele se mențin, alt-fel bolnavii slăbesc din ce în ce mai mult.

Casurî de vindecare de adevărat pityriasis rubra, tip Hebra; nu sunt în știință de cât două, raportate de profesorul Kaposi de la Viena; și din care un cas tratat de Kaposi și despre care zice că *i se pare că bolnavul s'a vindecat*, ceea ce probază că n'a mai vădit bolnavul de mai mult timp; și al doilea cas i s'a zis lui Kaposi de un confrate că ar fi avut această dermatosă și că s'a vindecat, în cât după cum vedeți nimic sigur în această privință.

Vidal de la Paris, zice că a vindecat un cas benign de această dermatosă, însă eu cred că acel cas nu era tipul descris de Hebra, care nu este benign.

Kaposi zice că cazul tratat de el, prin acidul fenic până la 1 gr. 0,20 pe zi, este acel ce crede că s'a vindecat.

La acest bolnav am întrebuințat trei luni de zile acidul fenic în doza recomandată de Kaposi, și n'am obținut vindecare. În urmă am întrebuințat licórea lui Fowler și bolnavul în mod graduat a luat până la 18 picături pe zi, un timp îndelungat, și tot fără un rezultat satisfăcător; bolnavul însă s'a mai întărit și îngrășat de cum era când l'am admis în serviciu.

La Viena s'au întrebuințat băile prelungite după sistemul lui Hebra, în așa băi calde bolnavii stau zi și noapte, și mai multe luni de zile în baie; însă nici acest tratament n'a vindecat pe bolnav.

Bolnavul nostru a urmat pe lângă medicamentele de mai sus, cu băi calde, de aburî une-orî; dușe de apă rece în timpul verei cu speranța să tonificăm nervii pelei și să punem pelea în mai bune condițiuni de a funcționa.

Asemenea în fie-care ȃi se ungea bolnavul cu untură de pește.

Am făcut injecții cu pilocarpină și bolnavul a asudat puțin.

Mai în urmă am întrebuițat pe un membru vaselină cu chrysarobină, și pe altul vaselină cu acidul pyrogalic, salicylic, și une-orî am vȃduț pentru cȃt-va timp o ameliorare, apoi iarăși roșeța și descuamația a reînceput. O lună de ȃile am întrebuițat pomadă cu sublimat corosiv, însă și acēsta tot fără rezultat satisfăcȃtor ca și cele-lalte.

În fine, în cele din urmă am întrebuițat și ichthyolul în pomadă și n'am obținut vindecarea (1).

---

ERYTHEMUL SCARLATINIFORM DESCUAMATIV GENERALISAT ;  
OBSERVAȚIA BOLNAVULUI ; ESAMENUL ISTOLOGIC ; STABILIREA TIPULUI  
ACESTEI DERMATOSE.

*Domnilor,*

Nu intră în intențiunea mea să fac aici istoricul acestei dermatose atȃt de rare ; de și chiar din cauza puținelor cazuri bine observate acest istoric s'ar reduce la puțină însemnătate.

Voiȃ dice însă că cu tot sensul precis dat de domniî Besnier, Vidal și Féréal încă din 1876, spre a se stabili tipul acestei bȃle, observatoriî urmȃtori aȃ confundat acēstȃ formă de erythem ; cu cele-lalte dermatose roșii ale peleî.

Ast-fel vedem elevi ai facultăȃei din Paris, și prin urmare elevi ai domnilor Besnier și Vidal că în tesele lor inaugurale avȃnd ca titlu «Sur l'erythème desquamatif scarlatiniforme (2) et» De l'erythème scarlatiniforme généralisé (3) departe de a se conforma cu opinia acestor distinși dermatologi, a întunecat și mai mult cestiunea ce ne ocupă acuma.

---

(1) După oședere de opt luni de ȃile în spital, pacientul relativ era mai bine de cum venise, însă perdȃnd paciența a plecat la casa lui

(2) Tremblay, thèse de Paris 1876.

(3) Colard, thèse de Paris 1877.

Distinșii dermatologi de la spitalul St. Louis din Paris au stabilit că, erythemul scarlatiniform descuamativ generalizat, trebuie să se considere ca o dermatosă deosebită de herpetida malingă exfoliativă a lui Bazin și de dermatita exfoliativă generalizată primitivă a lui Erasmus Wilson.

Cu toate acestea observațiunile publicate de la 1876 încôce și unele chiar de observatori competenți, nu se rapoartă toate la dermatosa admisă de autorii aici menționați.

Ast-fel în diferitele publicațiuni se poate vedea, că casuri de dermatită exfoliativă primitivă cele de mai multe ori; sau erytheme medicamentose, artificiale, au fost descrise ca erytheme scarlatiniforme descuamative generalizate.

Pe de altă parte câți-va autori franceși au publicat sub titlul acestui erythem, casuri considerate de la Hebra încôce, ca pityriasis rubra universalis, dermatosă ce am studiat în una din lecțiunile precedente.

Casuri însă tipice de erythem scarlatiniform descuamativ n'au lipsit, și s'a publicat la timp de autorii ce le-au observat.

Așa sunt casurile observate de Vogler și de Burckhardt Mérian (1).

Doctorul Perret (2) asemenea a publicat două casuri destul de tipice. Este însă de remarcă că cu toate acestea, tractatele clasice și chiar cele mai recente nu vorbesc încă nimic despre această dermatosă. De aceea cred foarte nemerit să vă prezint acest bolnav, care este atins de această dermatosă și să stabilim existența sa.

Să nu uităm însă că distinsul meu coleg de la Paris, d-rul Brocq (3) în memoriul său asupra pityriasisului lui Hebra, a descris destul de bine erythemul ce ne ocupă și citirea lucrării sale ne-a servit mult a stabili la bolnavul nostru acest diagnostic.

Dacă sub același titlu de pityriasis subra distinsul meu

---

(1) Revue de Hayem t. X, page 190 din 1877.

(2) Lyon Médical 1885 de la 19 Iulie.

(3) Etude critique et clinique sur le pityriasis rubra, Paris 1884.

amic și confrate, studiază toate dermatosele roșii ale pelei nu este mai puțin adevărat, că el recunoște că nu trebuie confundate între ele, cum se face adesea-ori: pityriasisul rubra; dermatita exfoliativă generalisată și erythemul scarlatiniform descuamativ.

Acésta este și convicția mea că până la probe contrarii, aceste trei dermatose trebuie considerate ca constituind bóle deosebite în cadrul afecțiunilor cutanate.

Mi-am putut face acéști convicțiuni studiând mai mult timp bolnavii ce i-am avut în spital atinși de așa dermatose.

Pe de altă parte cum istologia patologică a acestui eritem nu este încă stabilită, am luat fragmente de pele de la bolnavul nostru pe care întărindu-le în alcool, am făcut secțiuni, le-am colorat cu picrocarminatul lui Ranvier și le-am închis în glicerină pură.

Aceste preparațiuni microscopice le-am studiat împreună cu distinsul nostru coleg V. Babeș.

Aceste țise vă fac istoria bolnavului nostru.

Layoș B., în vîrstă de 22 de ani, de profesiune dogar, intră în serviciul meu de la spitalul Colentina, la 1 Octombrie, 1887 Bolnavul spune că a mai avut încă de două ori acéști bólă și acum este a treia óră că se vede afectat.

În anul trecut s'a căutat de acéști dermatosă în secțiunea a 2-a medicală de la acest spital; și caracterele erupțiunii au fost aceleași în rîndurile trecute, ca și acum:

Spune că a fost alt-fel tot-d'a-una sănătos, și în familia lui nu cunoște pe nimeni bolnav de bóle de pele sau de alte bóle.

Timp de un an de țile, adecă de la ultima lui erupțiune și până acum trei țile a fost bine.

Acum trei țile sculându-se diminéța, a vădut că are o roșéță la partea superióră stîngă a cefeii, însoțită de o mîncărime însemnată și este acéști mîncărime care i-a atras privirea la roșăța ce i-se ivise.

Ne spune că în timpul țilei a vădut pe suprafața acestei roșéțe câte-va vesicule, și nimic alt-ceva.

Nóptea următóre mîncărime peste tot corpul și sculân-

du-se diminéța din somn a vèdut că roșata s'a generalisat peste tot corpul, pe ici pe colo iarăși avea vesicule. Mâncărimea devenise încă mai întinsă și bolnavul se calma scârpinându-se.

Đice că n'a avut fiori de frig însă a avut căldură în acest timp.

La intrarea sa în spital se constată:

Pacientul se bucură de o forțe bună constituțiune, este chiar robust.

Epidermul podului palmei este îngroșat, ceea-ce se datoresce meșteșugului său.

Privind bolnavul în față se vede că obrazul lui este roșu forțe injectat și puțin oedemațiat.

Acéstă roșată respectă unghiurile oculo-nasale și aripele nasului, carí aũ colorațiunea lor normală.

Roșata însă forțe vie ocupă pelea de la cefă, de la gât, și tot restul suprafeței cutanate, adică regiunea anterióră și posterióră a toracelui, spetele, abdomenul, cõpsele, membrele superióre și inferióre.

Acéstă roșată scarlatiniformă se oprește pentru membrele superióre la articulația radio-carpiană și la nivelul maleolelor pentru membrele inferióre.

Roșata este mult mai pronunțată pe partea anterióră a toracelui și a abdomenului; la fața internă și superióră a cõpselor și postero-internă a gambelor. Mai mult încă, pe regiunile menționate, la gambe și la cõpse, roșata pelei este aprópe hemoragică.

Pe membrele superióre pelea presintă o roșată smeurie mai deschisă, însă bine pronunțată la fața internă a brațelor și anterióră a ante-brațelor.

În aceste regiuni în dreptul liniei interarticulare a cotului epidermul este denudat.

Aceiași denudația epidermică se observă la partea corespõdentă a articulațiilor de la genuchi.

Prin compresiune cu degetul, roșata pelei dispare pentru a se reproduce iarăși. Pelea din regiunile axilare și pubiene presintă aceeași roșată, care este mai puțin pronunțată pe

pelea capului, unde se observă și câte-va vezicule mari, de la gămălia unui ac la aceea a unui grăunte de meiu.

Organele din cavitatea toracică și abdominală nu prezintă nimic anormal.

Pelea este caldă la pipăit, pulsul puțin frecvent; temp. axilară seara 38°. Administrez bolnavului 0,75 de sulfat de chinină.

La 2 Oct., adică o zi după intrarea bolnavului în serviciu, se constată că roșata pelei obrazului, a cefei și a gâtului a pierdut puțin din intensitatea sa. Descuamația a început deja în aceste regiuni, și este foarte abundentă la cefă, unde după acum am dis a început erupția.

Această descuamațiune se face prin lamele fine, albicioase, subțiri, lungi de două la trei centimetri și largi de cinci la șase milimetri.

Descuamațiunea se vede și pe obraz. pe pleoapele superioare; la comisurile bucale; pe frunte și mai puțin pe pelea capului.

Pelea de la regiunea anterioară a toracelui este mai puțin roșie și pe unele locuri descuamațiunea a început. Roșata însă persistă cu aceeași intensitate, pe abdomen, la partea supero-internă a cōpselor și pe gambe.

Se dă bolnavului un purgativ salin 0,75 de chinină și lapte pentru alimentațiune. T. D. 38°, T. S. 38°.

3 Octombrie. Se constată continuarea descuamațiunii pe regiunile indicate în ziua precedentă; descuamația a început la fața internă a brațelor; pe abdomen ea este puțin pronunțată.

Roșata pelei persistă cu aceeași intensitate pe cōpse și pe gambe, unde se observă și vezicule miliare, pline cu serositate.

Roșata este aproape dispărută pe obraz, pe torax, și între spete ea este mai puțin pronunțată ca în ziua întâia, conjunctivele palpebrale sunt puțin injectate.

Administrez 0,75 de chinină cu 0,25 de ergotină în șese pilule. Temp. S. 38°.

4 Octombrie. T. D. 37<sup>s</sup>, S. 37<sup>s</sup>. In general t $\acute{o}$ t $\acute{a}$  suprafa $\acute{t}$ a pelei este mai pu $\acute{t}$ in ro $\acute{s}$ ie.

Descuama $\acute{t}$ iunea este f $\acute{o}$ rte abundant $\acute{a}$  pe pelea capului, la c $\acute{e}$ l $\acute{a}$ , la obraz ; mai abundant $\acute{a}$   $\acute{i}$ nc $\acute{a}$  pe buza superi $\acute{o}$ r $\acute{a}$ , pe pavili $\acute{o}$ nele urechilor $\acute{u}$ , pe pleope  $\acute{s}$ i spr $\acute{a}$ ncene.

Pe torax, abdomen  $\acute{s}$ i spate descuama $\acute{t}$ ia epidemic $\acute{a}$  f $\acute{o}$ rte abundant $\acute{a}$ , caracterisat $\acute{a}$  tot prin lamele lungi, sub $\acute{t}$ iri, precum le-am descris deja.

Se p $\acute{o}$ te culege  $\acute{i}$ n fie-care dimin $\acute{e}$  $\acute{t}$  $\acute{a}$  din patul bolnavului o mare cantitate de aceste produ $\acute{c}$ ii epidemic $\acute{e}$ , cu acelea $\acute{s}$ i caractere.

Pe suprafa $\acute{t}$ a conjunctivelor palpebrale s'a constatat asemenea o descuama $\acute{t}$ iune a epitelului ;  $\acute{s}$ i  $\acute{i}$ n  $\acute{d}$ iva precedent $\acute{a}$  s'a v $\acute{e}$  $\acute{d}$ ut o mic $\acute{a}$  vesicul $\acute{a}$  pe una din conjunctive.

Pe membrele superi $\acute{o}$ re descuama $\acute{t}$ iunea ocup $\acute{a}$  fa $\acute{t}$ a lor postero-intern $\acute{a}$ .

Pe regiunea pubien $\acute{a}$  descuama $\acute{t}$ iunea se presint $\acute{a}$  prin lamele epidemic $\acute{e}$  mai scurte ; pe scrotum  $\acute{s}$ i membrul viril se vede o descuama $\acute{t}$ iune mai lin $\acute{a}$ , f $\acute{a}$ in $\acute{o}$ s $\acute{a}$ .

Ro $\acute{s}$ ata pelei persist $\acute{a}$  cu aceea $\acute{s}$ i nuan $\acute{t}$ a pe membrele inferi $\acute{o}$ re.

Am examinat  $\acute{i}$ n ac $\acute{e}$  $\acute{s}$ t $\acute{a}$   $\acute{d}$ i urina  $\acute{s}$ i am constatat c $\acute{a}$  nu con $\acute{t}$ ine nici albumin $\acute{a}$  nici zah $\acute{a}$ r.

5 Octombrie. Ca stare general $\acute{a}$  bolnavul este cu totul bine, nu se pl $\acute{a}$ nge de nimic  $\acute{s}$ i are po $\acute{s}$ t $\acute{a}$  de m $\acute{a}$ ncare. T. D. 37<sup>s</sup>, T. S. 37<sup>s</sup>, urm $\acute{e}$ z $\acute{a}$  chinina cu ergotin $\acute{a}$ .

Descuama $\acute{t}$ iunea urm $\acute{e}$  $\acute{d}$  $\acute{a}$  pe t $\acute{o}$ te regiunile deja men $\acute{t}$ ionate ; pe regiunile fessiere  $\acute{s}$ i femorale ea este dispus $\acute{a}$  sub form $\acute{a}$  de pl $\acute{a}$ ci,  $\acute{s}$ i caracterisat $\acute{a}$  prin lamele fine, albiciose cenu $\acute{s}$ ii.

Ro $\acute{s}$ ata pelei pe aceste regiuni de  $\acute{s}$ i mai pu $\acute{t}$ in pronun $\acute{t}$ at $\acute{a}$  ca  $\acute{i}$ nainte este  $\acute{i}$ ns $\acute{a}$  mai acusat $\acute{a}$  ca pe p $\acute{a}$ r $\acute{t}$ ile superi $\acute{o}$ re ale corpului.

$\acute{I}$ n ac $\acute{e}$  $\acute{s}$ t $\acute{a}$   $\acute{d}$ i am excisat de la bolnav dou $\acute{e}$  fragmente mici de pele ; unul de la partea postero-intern $\acute{a}$  a c $\acute{o}$ psei st $\acute{a}$ nge, unde pelea era mai ro $\acute{s}$ ie  $\acute{s}$ i un alt fragment tot

aşa de roşiu de la faţa postero-internă a genuchiului drept care ne-a servit la preparaţiunile noastre microscopice.

6 Octombrie. Descuamaţiunea continuă, şi roşaţa pelei este mai puţin pronunţată peste totă suprafaţa tegumentară. Se dă bolnavului o bae cu amidon şi o pomadă compusă din vasilină şi acid salicylic. Asemenea se dă bicarbonat de sodă a se lua cu laptele ce bea ca alimentaţiune.

S'a esaminat iarăşi urina şi s'a găsit că nu conţine albumină.

7 Octombrie. Descuamaţiunea este terminată la cap, gât, obraz, pe torax şi pe speto, unde se mai observă încă puţină roşaţă.

Pe faţa posterioară a braţelor, pe cõpse, gambe până la maleole, se constată încă o descuamaţiune abundentă.

9 Oct. Descuamaţia este încă pronunţată pe cõpse, pe faţa posterioară a gambelor, în regiunile poplitee şi pe faţa anterioară a plicei cotului.

Pe celelalte regiuni se observă o uşoră roşaţă şi urme de o fină descuamaţiune.

10 Octombrie. Se constată un uşor oedem al pleopelor, şi pe marginea liberă a pleopei stângi un mic furuncul şi două alte mici furuncule cari ocupă marginea liberă a pleopei inferioare drepte.

Se prescrie o soluţiune de acid boric pentru a se aplica asupra acestor furuncule; o bae cu amidon — şi se repetă chinină cu ergotină.

12 Octombrie. Pe torace şi pe spete se mai observă încă urmele roşetei, unde se observă şi puţină descuamaţiune fină.

Asemenea se mai găseşte scuame epidermice exfoliate, cenuşii pe gambe şi pe faţa anterioară a articulaţiilor cotului.

În această zi se constată la partea inferioară a unghiului omoplatului stâng un furuncul înconjurat de o zonă roşie.

13 Oct. O roşaţă puţin pronunţată se mai observă pe tot tegumentul extern; puţină descuamaţiune pe gambe, — se mai constată un furuncul mic pe mamelonul stâng. Se injectă în acest furuncul o seringă de Pravaz plină cu o so-



luție de acid boric 1%<sub>v</sub>. — A doua zi se repetă aceeași injecțiune.

Oedemul și furunculele pleopelor au dispărut.

15 Oct. Furunculele de la omoplat și mamelon în parte dispărute, se dă bae cu carbonat de sodă.

16 Oct. Tótă suprafața cutanată nu mai presintă de cât o roșăță foarte puțin pronunțată, care este mai apreciabilă când se comprimă pelea cu degetul.

21 Oct. Roșăța aprópe invizibilă peste tot corpul; se dă bae alcalină.

22 Oct. Se constată o ușóră descuamațiune pe podul palmelor, unde, după cum am đis, epidermul este foarte îngroșat din cauza profesiunei individului.

Acéstă descuamațiune urméză în đilele următóre pe planta picioarelor și pe palme; ea este caracterisată prin lamele subțiri, mici, albiciose.

26 Oct. Bolnaval nu mai presintă urmele bólei și examenul din noú al urinei ne asigură că urina nu conține nici albumină, nici zahăr.

Examenul microscopic al urinei nu ne dă nici un rezultat. Bolnavul ese din spital complet vindecat.

Acest pacient revine în serviciú la 23 Maiú 1888 cu un erytem mai puțin întins.

La intrarea sa în spital se constată că roșăța tegumentului extern este limitată pe abdomen. În đilele următóre, până la 26 Maiú acéstă roșăță s'a întins pe de o-parte pe tótă suprafața toracică și în jos pe părțile superióre ale cóspselor. Bolnavul nu presintă nici un fenomen general. Constat însă că el este atins de o ușóră urethrită blenoragică cu oedem roșiu al membrului viril. El đice că n'a luat nici un medicament.

La 30 Maiú începe descuamațiunea prin lamele fine, albiciose, pe abdomen și pe pept. Acéstă descuamațiune nu este abundentă, însă destul de manifestă.

La 4 Iunie descuamațiunea este terminată, și tumefac-

țiunea membrului viril a dispărut în urma aplicării compreselor cu apă de plumb.

La 8 Iunie bolnavul ese din spital vindecat.

La 29 Iunie, adică după trei săptămâni de la ultima sa eșire din serviciul nostru, pacientul revine în salele noastre, unde este primit pentru aceeași erupțiune.

Bolnavul ne spune că a fost bine de la această epocă și până acum trei zile, când în urma unui coit suspect, a vădit chiar a doua zi un mic ulcer pe membrul viril.

S'a dus la farmacie și a luat un medicament pe care l'a aplicat pe acest ulcer.

A doua zi pelea de la abdomen devine roșie însoțită de o mâncărime și bolnavul se scarpină. N'a avut însă nici o turburare gastrică, nici febră și în fine nici un fenomen general. Puțin câte puțin roșata pelei s'a generalizat. La visita noastră de dimineață, pacientul dice că are durere de cap. Examinând suprafața pelei se constată: o placă roșie mai mare ca o piesă de cinci lei în argint care ocupă regiunea laterală dreaptă a gâtului. Această roșată dispăre prin compresiunea cu degetul pentru a reapărea imediat.

Pelea de la partea superioară a toraxului are o colorațiune de un roșiu deschis.

Mai în jos, începând de la regiunile mamelelor roșata pelei este dispusă în semicentură, până la trei degete sub ombilic. Deci pelea este roșie nu mai la partea anterioară a toracelui și a abdomenului.

De la ombilic până la regiunea pubienă, roșata tegumentului este mai întinsă, ea este smeuriă, și se întinde și în fosele iliace.

Pelea membrului viril este roșie și oedemațiată, aceea a scrotului este numai roșie.

Roșata este mai puțin pronunțată pe cõpse, unde pe unele locuri sunt zone mai roșii.

Pe gambe asemenea roșata este dispusă sub formă de plăci, ceea ce se observă și pe fața posterioară a cõpsei, sub prepuțiu se constată o mică ulceratiune cu caracterele unui

herpes prepuțial. Ganglionii inguinali nu sunt de loc atinși.

30 Iunie. Roșata s'a întins la pelea de la fața internă a brațelor la partea anterioară a ante-brațelor, și pe partea posterioară a pumnilor, ea persistă pe cele-lalte regiuni. Pe membrul viril a început o descuamațiune fină.

1. Iulie. Bolnavul se plânge de o mâncărime vie la fețele dorsale a pumnilor, acesta l silence a se scărpină și găsim aici o erupțiune de mici papule.

Roșata pelei este mai puțin pronunțată pe tot tegumentul atins, însă noi plăci roșii apar pe fața anterioară a toraxului, care se confundă cu roșata semnalată la regiunea laterală a gâtului.

Asemenea se constată că pelea este roșie pe regiunile sus spinose și scapulare.

2. Iulie. Pleopele sunt ușor tumefiate, pelea obrazului este de un roșiu smeuriu, pe cele-lalte regiuni, roșata a diminuat.

Descuamația a început la organele genitale, pe cõpse, prin scuame subțiri, lungi, înguste, cenușii și albicioase.

Urina nu conține albumină.

3. Iulie. Descuamația urmează, pe abdomen, pe torax, pe spete, omoplate, și la fața.

Tumefacția pleopelor a diminuat, asemenea și mâncărimea pumnilor.

4. Iulie. Descuamațiunea se observă pe totă pelea atinsă de roșată.

La 8 Iulie, deși descuamația nu este încă cu totul terminată, bolnavul cere a se congedia având ocupații acasă, ceea ce i-se acordă, starea generală fiind cu totul bună, și bolnavul ne-având de loc nici un fenomen morbid. În tot timpul acestei a treia ședere a lui în spital n'a avut febră.

Ce interpretare se pôte da faptului că dermatosa de care este atins acest pacient, a început a treia oră în urma unui herpes prepuțial pentru care și-a aplicat ore-care substanță medicamentosă? Scim că luate la interior unele medicamente pot la unele persoane determina erupțiunii medicamentose; însă aplicări externe de așa substanțe nu dau loc la așa

dermatose, și bolnavul nostru n'a luat înaintea intrării sale în serviciul nostru nici un medicament la interior. De aceea și pentru alte motive de cari vom vorbi în dată, nu trebuie să admitem în acest cas de cât ca simplă coincidență, ivirea herpesului prepuțial și care pôte intra cred tot în cortegiul simptomelor de invasiune a erythemului scarlatiniform generalizat descuamativ.

Acastă dermatosă mai presintă ca caracter propriu recidivele:

Să studiam acum lesiunile ce am găsit în fragmentele de pele luate de la acest bolnav, și pe cari le puteți constata sub aceste microscópe, și pe planșa destinată de profesorul Babeș.

Incepând examenul microscopic, se vede de la periferie spre partea profundă, că stratul superficial cornos al epidermului este îngroșat și exfoliat pe unele locuri.

Acest strat care se colorază galben închis prin picrocarminat este stratificat și separat de stratul următor prin lambourii epidermice subțiri, formând un fel de rețea rară.

Stratul următor este peste tot uniform, el se coloră pembe, ast-fel că nu se mai pot distinge celulele ce 'l constituiesc.

Ceva mai în jos se observă stratul granulosum conținând eleidină, și care eleidină difusază fără limită precisă în stratele superioare ale rețelei malpighiene, care este destul de grosă și presintă óre-cari particularități.

Așa se constată în unele părți, că celulele cu conținut de eleidină se întind spre nivelul porțiunilor interpapilare și pe unele locuri ele sunt dispuse sub formă de insule, lucru ce se vede mai cu osebite în mijlocul rețelei lui Malpighi.

O particularitate destul de evidentă există la limita inferioară a rețelei malpighiene, unde se constată o acumulațiune de elemente embrionare mononucleare.

Aceste celule pătrund prin lungimea vaselor în papile și pe unele locuri se observă o îngroșare terminală a papilelor produsă de aceste elemente.

Epiteliul rețelei malpighiene împrejurul vîrfurilor papilare presintă șanțulețe intercelulare mai mari ca de ordinar. Partea dintre papile presintă o infiltrațiune celulară, dispusă în seria transversală la suprafață și pătrunde în stratul epitelial, ast-fel că nu se pôte distinge limita între infiltrațiunea celulară și între epitelii.

În această parte a preparațiunei noastre microscopice se vede că cu pătrunderea celulelor embrionare printre celulele rețelei malpighiene, aceste celule din urmă sunt unele atrofiate, altele se presintă cu caractere embrionare.

Țesutul dermului este puțin oedemațiat și infiltrat în lungimea vaselor prin elemente embrionare; pe când foli-culii și țesutul profund al peleii sunt prea puțin modificate.

În cât după cum vedeți, pe lângă lesiunile inflamatorii acute constatate în fragmentele de pele de la acest bolnav, am găsit un strat destul de gros de celule de eleidină, ce nu se găsește în stare normală în regiunile de unde am excisat pelea.

Mai mult încă, după cum se vede în preparațiunile noastre, eleidina sub formă de picături difuzază spre stratul cornos al epidermului și pe unele locuri, celule cu eleidină se întind și se găsesc chiar pe suprafața stratului cornos.

Acest din urmă strat, după cum am șis, este în cele mai multe părți pe cale de exfoliațiune; și în unele locuri el este chiar denudat de stratul malpighien.

Se mai observă ici și colo mici corpi, ce sēmănă cu globii epidemici pe cale de formațiune, și cari sunt situați când la partea inferiôră a stratului cornos, când la partea superiôră a rețelei Malpighi.

Intr'un punct al preparatului se vede sub stratul granulos, unul din acești corpi epidermici, tînăr, înconjurat de o zonă grósă de celule cu eleidină.

La periferia acestei zone se disting nisce celule rotunde, sferice, conținînd granulațiunii de eleidină; și cari granulațiunii înconjoră aceste celule.

Cum eleidina jocă un ôre-care rol în keratinizare, și fiind-că

în starea normală în pelea de la braț și de la genuchiu, stratul granulosum este mai puțin pronunțat, de cât în fragmentele de pele luate și esaminate de la acest bolnav, *trebuie să admitem o activitate anormală și o formațiune mai abundentă de eleidină, în raport cu descuamațiunea repetată ce se observă cât-va timp în această dermatosă.*

Mai mult încă, leziunile inflamatorii cari se găsesc în erythemul generalizat scarlatiniform descuamativ cu recidive, nu pot fi comparate cu alte dermatose, în care iarăși găsim formațiune de scuame.

Fiind-că în psoriasis, în eczeme, unde avem descuamațiune, saū mai bine dis producere de scuame, stratul granulos si eleidina nu se mai găsesc. Suchard (1) dice că aceste strate dispar ori unde epidermul se ridică pentru a forma o scuamă.

Insă cum acest autor a studiat chestiunea nu numai în cât privește eczema și psoriasisul nu putea să prevađa că în erythemul scarlatiniform descuamativ, unde există ridicare epidermică și producere de scuame, stratul granulos și eleidina să lie atât de manifestă.

Din cele ce preced sunt în drept a crede că tipul de erythem scarlatiniform descuamativ cu recidive trebuie să-și aibă locul său alături cu cele-lalte dermatose.

Fiind-că pe de o parte analiza istologică ne arată leziuni epidermice, în raport cu descuamațiunea temporară ce se observă în această dermatosă, pe de altă parte, evoluția clinică a fenomenelor observate în casuri tipice, se presintă în tot-d'a-una sub același aspect.

Nu trebuie deci a se confunda cu erithemul scarlatiniform descuamativ, erythemele ivite în urma unor substanțe, medicamentose saū alimentare.

Belladona, datura stramonium, antipyrina, bromurul și chiar sulfatul de chinină, produc la unele persoane erytheme,

Insă disparițiunea repede a erupțiunii, lipsa de recidivă și în fine lipsa de generalizare a erupțiunii, sunt suficiente pentru a evita o așa confusiune.

---

(1) Suchard. Archives de physiologie française de 1882, page 208.

În fine, este de crezut că în erythemele trecătoare, medicamentose, să găsim leziuni ca în dermatosa ce studiem?

Eczema care se poate provoca prin întrebuințarea unor substanțe iritante, prin insolataiune nu este o adevărată eczemă.

Dacă acum ne vom raporta la observațiunea acestui bolnav, vedem, că el a fost afectat în mai multe rânduri de această dermatosă și că în mai puțin timp de cât un an de zile, a fost în serviciul meu în trei rânduri spre a fi tratat de aceeași boală.

Întâia dată când l'am avut în cură, erupția a fost mult mai întinsă, mai generalisată, de cât în dățile următoare. Însă pacientul țice că în cele două dăți precedente intrării lui în serviciul nostru, erupția a fost tot așa de întinsă, ca în prima dată a intrării sale în salele noastre.

S'ar părea dar că vitalitatea sau puterea morbidă a acestei dermatose se sleiesce cu timpul și acesta se înțelege dacă ne raportăm la cunoștințele patologiei generale.

Nu cred că cine-va ar pune la îndoială existența unui cas tip de erythem scarlatiniform descuamativ la acest bolnav. Într'adevăr, pacientul făcând parte din clasa persoanelor cari nu se caută cu medicamente interne, și acest lucru ni-l afirmă chiar bolnavul; erythemul de care el este și a fost în mai multe rânduri afectat nu poate fi atribuit substanțelor medicamentose.

Recidivele ivite la perioade diferite, și cu fenomene din ce în ce mai puțin pronunțate, precum și leziunile istologice ce v'am menționat, confirmă existența cum am țis, a unui cas tip de erythem scarlatiniform descuamativ.

Acest pacient n'a prezentat nici urme de o angină; în urina lui nu s'a găsit nici albumină nici zahăr, spre a lumina ore-cum patogenia. El n'a suferit de reumatism, și vasele mari precum și cordul nu presintă alterațiuni.

Casurile descrise ca erytheme scarlatiniforme descuamative și observate la indiviđi afectați de reumatism și cari luase la interior salicylat de sodă, nu cred că pot fi cuprinse în tipul ce am studiat aici. Cât despre natura

acestei dermatose nu putem nimic încă dice, de vreme ce nu sunt până acum de cât puține casuri publicate.

Prognosa și tratamentul, rees din singura observațiune a bolnavului de care ne-am ocupat astăzi.

## ECZEMA

ECZEMA ACUTĂ ȘI CRONICĂ, VESICULOSĂ, MILIARĂ, ECZEMA PAPULOSĂ, PUSTULOSĂ, USCATĂ, UMIDĂ, ECZEMA DENTIȚIUNEI; E. SEBOREICĂ.

Lecțiune culsă de d-nii Al. Calab și I. Margulius, interni.

Având în serviciul meu vre-o câte-va casuri de diferite forme de eczeme, cu sediuri deosebite; frecuența mare a acestei afecțiuni, confundarea în unele casuri cu alte bóle, precum și tratamentul ei care variază după sediū, și individ, m'a făcut ca să vă întrețin astăzi asupra acestei morbe. Dacă observați acești 2 bolnavi, vedeți îndată că pare a exista o deosebire între bóla de care este afectată femeia, și între aceea de care este atins tînărul acesta.

Trebue să vă spun din nainte că această deosebire nu este de cât în ceea-ce privesce forma; bóla de care suferă amândoi acești bolnavi nu este de cât una și aceeași; amândoi sunt afectați de bóla numită eczema.

Bolnavul acesta în etate de 19 ani, măcelar, presintă, după cum vedeți, pe diferite regiuni ale corpului, în unele părți vesicule, în altele papule simple sau papule acoperite cu vesicule, și în altele pustule. Dacă rupeți o vesiculă, ese un fel de zémă, a cărcia cantitate, se înțelege, depinde de numărul și mărimea vesiculelor; papulele sunt asemenea unele mai mari, altele mai mici, pe unele locuri au și cruste; suferă de mâncărime pentru care se scarpină mai cu sémă la mâni și la picióre, unde și găsiți mai mult forma pustulosă de cât cele-lalte forme.

Eczeza a început la acest tînăr de 6 luni. Modul aparițiunei hólei nu ni-l putem esplica după spusele bolnavului; nu putem sci nimic sigur prin ce fenomene și prin ce formă de erupțiune a început afecțiunea. Acum 6 luni,



dice el, a început prima erupțiune pe părțile anteriore ale toracelui, mai cu seamă la mamela stângă ; după o lună erupția a apărut la membrele superioare și inferioare, apoi pe trunchi.

La intrarea sa în spital am constatat, în adevăr pe regiunile sus menționate erupțiunii caracterisate prin vezicule, papule, și pustule ; la mamela stângă erupțiunea a fost scuamოსă, după cum o vedeți chiar și astăzi. De ieri am văzut apărând vezicule și papule pe gât, care se întind și pe obraz ; observați dar că erupțiunea hólei acestui tiner este polymorfă. Să vedem acum cum se póte delini o eczemă.

După autorii francesi ea este considerată ca o dartră umedă ; după cei germani ea este o dermatosă pruriginოსă.

Lesiunile anatomo-patologice ce caracterisóză eczema sunt erupțiunile polymorfe, cu vezicule, papule, pustule, în prima periódă și cruste scuamოსe în a 2-a periódă. Tóte aceste sunt însoțite de mâncărime une-orí de oedem mai mult sau mai puțin limtat.

*Care este origina, sau care sunt cauzele care dau nascere eczemei.*

Intâiu de tóte trebuie să scim că orí-ce iritațiune, de multe orí substanțe medicamentóse pot să dea nascere la eczema disă idiopatică. Unele profesii ca: plăpămarii, brutarii, fabricantii de oglinzi, care sunt în contact prelungit cu mercur, pictorii, văpsitorii care se servesc cu terebentină, sunt prea dispuși a căpeta eczema prin iritație. Sunt eczeme produse prin experimentațiune așa : căldura sórelui produce la birjarí în timpul verei o eczemă roșie a feței.

S'a căutat a se stabili dacă căldura prin combustiune are aceeași acțiune productrice asupra eczemei ca căldura solară, și în urma diferitelor esperiențe făcute de către Ignatz Tortosa, s'a constatat că cea solară are acțiune mai repede de cât cea prin combustiune. Tortosa a făcut în această privință esperiențele în modul următor : a luat un epure și la înfășurat cu carton gros, lăsându-l numai urechile neacoperite, l'a expus razelor solare, după câte-va zile a observat la urechele animalului o eczemă acută caracterisată prin vezicule, pustule, papule, etc. A luat apoi un

alt epure și a expus tot urechele, la o temperatură ridicată produsă prin combustibil; după 25 zile n'a observat nici o erupțiune pe regiunea expusă.

Eczecele, în general, sunt mai dese vara de cât iarna, din cauza transpirației abundente care produce o iritațiune pe pele.

Se știe că vara transpirația cutanată este mai activă, de unde cause de eczeme; iar iarna secreția renală sporită, de unde cauza de nephrite.

La Paris am văzut foarte multe cazuri în timpul verii. Experimental se poate produce o astfel de eczemă, fricționând o parte ori-care a corpului cu ol. croton. Aplicațiunea de T-ra de arnică atât de des întrebuințată în popor, muștarul, precum și vesicătorele pot da naștere erupțiunii eczematoase. Pe lângă toate aceste cause nu trebuie să uităm una foarte principală admisă mai cu seamă de Francesi, adică că terenul ereditar are una din cele mai mari importanțe, în dezvoltarea eczemei. Chiar Hebra dicea că nu trebuie de cât o iritațiune cât se poate de mică la un individ cu un teren propice ca eczema să se producă, ca ea să iasă din starea de letargie pentru a deveni activă, a se pronunța din ce în ce mai mult. Sunt cazuri în cari această dermatosă se ivesce în urma unei alte erupțiuni, cum este râia, prurigo etc. în cât privesc prurigo cu sunt contra ideii admise de mulți, că această erupțiune s'ar transforma cele de mai multe ori în eczeme. Am în serviciul meu un tânăr care suferă de un prurigo a lui Hebra de 14 ani, și cu toate acestea nici o formă de erupțiune eczematoasă n'a prezentat în tot acest interval de timp.

Tot ca cause ale eczemei mai putem cita din punctul de vedere profesional pe spălătorese, cari din cauza iritațiilor continue produse de leșie capătă câte o dată eczeme limitate numai la mână. Diabetul mai cu seamă la femei grase produce eczeme vulvare și anale. Turburările în menstruație ca dysmenorea, amenorea, inversiunea uterină; de multe ori dyspepsia cronică dau naștere acestei erupțiuni.

Cât privesc ereditatea acestei morbe, acesta este admisă

de uniă însă nu în mod direct, ca sifilisul, ci prepară numai un teren propice pentru desvoltarea acestei bóle. Autorii francesi admit arthritismul, guta, rachitismul ca morbi cari pot în orî și ce moment da nascere erupțiunei eczematóse.

Neumann din Viena arată că din 308 copii bolnavi a găsit 30 rachitici, 70 scrofuloși, și restul de 208 nu presentaú nicî o diatesă. Basați pe acéstă statistică putem spune că de adevărate eczeme de acele cari devin cronice, și cari se vindecă cu cea mai mare dificultate nu pot fi considerați ca atinși de cât acei 100, pe când restul de copii nu presentaú póte de cât nisce eczeme artificiale de diferite naturi.

Să vedem acum care este sediul de predilecțiune al acestei bóle? Eczema se observă mai des la membrele superióre, inferióre, pelea capului, fața, trunchiú, în fine ea póte fi generalisată. La copilandrii vedem dese-orî eczema limitată la fața, și care în popor se consideră ca «bube dulci». Ea se manifestă mai întâiú sub formă acută și trece încet cu încet în stare cronică, cea acută evoluéză în mod ciclic, începënd une-orî prin tumefacția părților, roșată, căldură, arsuri, în urmă apar papule pe suprafața căroră să ved vesicule; și când papulele predomină, eczema se ȃice forma papulosă; când predomină vesiculele se ȃice vesiculósă; când vesiculele se grămădesc lipindu-se unele de altele forméză adevărate cruste. Quinquaud descriind eczema miliară a arătat, că acéstă formă nu dá nascere la zămuire vesiculele fiind depărtate unele de altele, chiar rupëndu-se nu daú nascere de cât la fórté puțin lichid. Acéstă formă, nu tocmai caracteristică, o vedeți la bolnavul acesta, pe când la femeie din contră zemuirea este fórté abundantă, în cât tótă suprafața acoperită de erupție este umedă. Une-orî se ved în forma acută nisce cruste. galbene negre, provenite din ruptura capilarelor de sub cruste, mai cu sémă la obraz, unde se pot observa și adevărate secrețiuni de puroiú constituind forma impetiginósă. Când bóla regreséză, adică când ea merge spre vindecare, pelea rămâne roșietică curată, și se observă une-orî o adevărată descuamațiune. Erupțiunea polymorfă este caracteristică, patognomonică eczemei acute,

și numai după acesta putem pune diagnosticul, în orî și ce loc leziunea și-ar avea sediul sîu. În eczema cronică se pôte ivi une-orî o eczemă acută sub influența unei iritațiuni óre-care; când începe mîncărimea cu arsuri, și în fine tóte fenomenele acestei forme de eczeme.

Eczema cronică este mai în tot-d'a-una limitată la o parte óre-care a corpului, presintă scuame, une-orî cruste și adevérate calosități. Din tóte aceste trebuie să rețineți ca principal că eczema acută se presintă cu o erupție polymorlă și se întinde pe mai multe regiuni; pe când cea cronică este limitată mai cu sémă după urechi, la față, gambă, presintă scuame mai gróse și une-orî cruste. După mers eczema acută se vindecă cel mult în 2 — 3 luni, une-orî ține 6 luni. Cea cronică, mai cu sémă când este ereditară, chiar tratată fiind nu se vindecă cu totul saũ fórte greũ și într'un timp fórte îndelungat, și erupția revine.

*Ce observăm la bolnavii atinși de eczemă?*

Ca și în o febră eruptivă în eczemă se observă la început o ușoră febră, în curând în părțile unde trebuie să apară erupțiunea se vede o tumefacțiune, mîncărime și usturime mai cu sémă când erupțiunea atinge obrazul. Din cauza umflătorei și a ușorei febre se confundă de multe orî această eczemă a feței cu un erysipel; dar sediul, roșata unde începe erysipelul, febra mai mare, turburările digestive nu există aci. În eczemă umflătura feței este generalisată. În unele casuri această erupțiune apare pe membre printr'o senzațiune de arsură; alte orî nu vedem de cât tumefacție și zemuire. Când ea se presintă ca la bolnavul nostru, avem polymorfism, adică: papule, unele cât gămălia de ac, vesicule, pustule. Vesiculele une-orî sunt lipite unele de altele; alte-orî separate formând forma miliară, cum se observă la bolnavul nostru, mărimea lor pôte ajunge cât jumătatea unui bob de mazăre; licuidul ce-l conțin devine turbure, transformându-se în pustule în care cas avem eczema pustulósă; când aceste efflorescențe sunt reunite și secretéză mult, forméză cruste.

După Unna sunt eczeme carî în tot cursul evoluțiunei

ei, de la început până la sfârșitul bolii, se prezintă numai cu papule, ocupând o suprafață erythematosă și mai târziu se observă și scuame. În alte cazuri vom avea numai scuame pe un tegument roșiu și îngroșat, ceea ce în general numim eczema uscată, prin opoziție cu forma umedă a acestei dermatose.

În această privință găsim o analogie cu ceea ce se petrece pe suprafața mucoselor sau tegumentului intern, unde avem, cum știți, catare uscate, și catare umede. Pe tegumentul extern vom avea deci catar uscat, sau o eczemă uscată; catar umed sau eczema umedă.

#### *Cari sunt fenomenele locale?*

Pe pelea capului mai des observăm eczema cronică, când este acută se prezintă cu vezicule care se întind pe gât și frunte; uneori eczema cronică este limitată numai la extremitățile inferioare. Am avut ocaziune să ved în spital 2 cazuri, și cari prezintă erupțiuni eczematose pe gambe, cari erupțiuni erau mai întinse la una de cât la cealaltă gambă. Aci boala recunoște cele de mai multe ori ca cauză locală varicele, alte ori eczema cronică se observă la buza superioară, la fața internă a buzei inferioare, când se poate foarte lesne confunda cu plăci mucose, după cum s'a și întâmplat uneori. Bolnavul pe care vi l-am prezentat în una din lecțiunile trecute este un exemplu din cele mai caracteristice ale eczemei acestei regiuni.

Eczema sub formă cronică poate asemenea să ocupe regiunea limitată dintre sprincene, nările, aripele nasului, pavilionul urechei, mai cu seamă la copii.

Ea poate asemenea să ocupe regiunile unde există păr, precum sprincenele, genele, barba, când poate fi luată drept sycosis. La diagnostic vă voi dice că este anevoe de a confunda aceste două afecțiuni între ele. La femei mamelele sunt cele de mai multe ori locul de predilecțiune a eczemei, pentru că pelea în aceste regiuni este în contact tot cu pele, când e de ajuns ivirea unei papule, care strînsă între pelea mamelei și pelea toracică să se întindă, și să dea naștere la o eczemă care să ocupe totă mamele, după cum

vedeți la bolnava acésta. Kaposi după numărósele casuri ce a observat conchide că cele mai de multe ori numai una din mamele este atinsă de leziune și bolnavii noștri, pe cari îi vedeți vin óre-cum în ajutorul conclusiunelor lui Kaposi.

Eczema se limită câte odată la burse unde este foarte rebelă, de aici se póte întinde pe gland, pe cópse, când ica numirea de eczema intertrigo; asemena póte să se întindă spre regiunea anală, perianală, producând dureri, merge spre regiunea sacralo-abdominală, în care cas ica numirea de eczema marginată. S'a constatat că acésta formă de eczemă este contagiósă prin aceea că doicele cari căutaseră copiii atinși de așa eczeme au căpătat și ele bóla la mâni. Köbner a descoperit existența unui parasit în eczema marginata, care parasit se aseménă cu tricophyton. Acest părăsit însă nu se găsește de cât la începutul bólei.

Am șis că în eczemă avem de multe ori scuame subțiri, dar cari pot deveni destul de gróse, cum se observă la spălătorese din cauza iritațiunilor continue. Acésta afecțiune póte să ocupe mânele, numai degetele, planta piciorului. In aceste regiuni diagnosticul trebuie pus cu multă hăgare de sémă pentru că se póte confunda cu erupțiuni sifilitice. In aceste casuri trebuie să ținem sémă de mersul bólei, de tratament, de profesiunea bolnavului, circumstanțe care ne pun pe cale de diagnostic.

*Drept ce se póte lua eczema? Cu care alte bóle de piele se póte confunda?*

In perióda I<sup>ia</sup>, când avem numai papule, se póte confunda cu un lichen ruber acuminatus, dar acesta începe mai tot-d'a-una la părțile externe ale brațelor; eczema începe ori unde. Papulele din lichen au scuame tari în vârful lor, la eczemă avem vesicule după cel mult 2-3 zile.

In perióda II<sup>a</sup>, nu se póte confunda de cât cu o miliară, de și acésta este tot o eczemă aseménându-se cu eczema sudorală; ea apare odată, nu e precedată de papule.

Cu pemfigus nuse póte confunda, fiind-că erupția începe tot-d'a-una prin bule mari; cu disydrosis nu se póte confunda, în acest din urmă cas avem vesicule tari, deși pline

cu licuid ele nu se distrug lesne, și au sediuri limitate. Când avem cruste se poate confunda cu psoriasisul, dar aici existența scuamelor lucii, cu depozite alburii și lipsa de zemuire ne scote din îndoială. Quinquaud dice că dacă eczema e miliară, lipsese zemuirea, însă această formă nu se poate nici odată confunda cu psoriasisul.

Dacă eczema ocupă pelea capului putem să ne gândim la alte dermatose precum este seboreea. Când am vorbit despre această bolă v'am spus că în seboree nu avem tumefacția ganglionilor cervicali, nu avem nici vesicule și nici papule, etc.

Cu sifilidele ulcerose ale peleii capului se poate confunda eczema? În sifilis găsim toate caracterele sifilidelor și ridicând scuamele, când există, găsim sub ele ulceratiuni tipice ale afecțiunii specifice cu culoarea caracteristică.

Cu un lupus erythematos iarăși nu se poate confunda, fiind că în această bolă mai în tot-d'a-una există pe lângă scuame albicioase și cicatrice albe, ceia ce lipsese în eczemă.

Eczema rubra generalizată este tot atât de rară, ca și pityriasis rubra și se deosebesc una de alta, prin aceea că în eczemă există zemuire, scuamele sunt mai late, mâncărimea mai mare; în pityriasis rubra avem din contră uscăciunea peleii, alterația sa și căderea perilor și alterația unghiilor. Eczema marginată este dificil de diagnosticat, putându-se lua drept un herpes tonsurans. Însă această formă de eczemă care este parasitară are sediul său de predilecțiune: regiunile inguinale, scrotale, crurale, rar pe fesse. În herpes zonele sunt rotunde, cu vesicule la circumferință, ele formează un cerc în care centrul pare atrofiat, mâncărimea este mai puțină ca la eczemă.

Eczema feței se poate confunda cu sycosis parasitar și ne-parasitar, însă după sum v'am spus în una din lecțiunile trecute, când v'am arătat 2 bolnavi tratați de confrăți drept sycosis, aceștia erau atinși de eczemă, căci zemuirea, întinderea erupțiunii pe pele, ne acoperită de peri, aparțin eczemei și microscopul este mijlocul cel mai bun și mai sigur

în punerea diagnosticului, căci dacă este sycosis parasitar el ne arată parazitul acestei morbe.

Chiar și fără microscop, bazați numai pe fenomenele celelalte, putem asemena doosibi o eczemă de un sycosis basându-ne pe zemuire, pe existența pustulelor, care pot fi acoperite de vezicule și care se întind, lucru important, și pe părțile unde nu este păr.

De și nu pot să vă presint astăzi și alte varietăți de această dermatosă, cred că este nemerit să vă vorbesc cu ocazia diagnosei, de o nouă formă de eczemă descrisă de Unna, care a numit-o eczema seboreică și din a căruia lu crare vă voi indica părțile cele mai principale.

Unna nu dă nici o importanță diagnosei «eczema cronică» și insistă în special asupra naturii acestei dermatopatii. Ast-fel în eczema feței copiilor mici el distinge trei tipuri deosebite. I-a eczemă simplu nervos al dentițiunei, II-a eczema tuberculosă sau mai bine dis scrofulosă, III-a eczema seboreică. Să vedem cum putem distinge aceste trei forme de eczeme între ele.

Vom avé aface cu forma scrofulosă, în cazul când afecțiunea va fi limitată la orificiile mucóse ale ochilor, ale nasului, a gurei și a urechilor, și va fi însoțită de keratite, catar nasal, otoree, cu vezicule mari eczematóse, cu oedem și adenopatie sub maxilară și fără mâncărime.

Avem o eczemă a dentițiunei când lesiunile elementare stau pe o pelo sănătósă și ocupă părțile mijlocii ale obrazului, fruntea în mod simetric cu obrazul, și în general fața externă și posterióră a mânilor; și când cu acestea orificiile oculare, nasale, bucal, sunt ne atinse.

Acastă formă de eczemă este însoțită de o mâncărime considerabilă și mai cu osebire la copii robuști cu pelea încă sănătósă.

Acastă eczemă dispore din momentul ce încep a eși dinții; însă ia póte recidiva ca ori-ce eczemă.

Simetria absolută și tendința la recidive distinge această eczemă de un herpes zoster.

Eczeza seboreică se presintă cu caractere particulare.



Ast-fel ea se observă la copil cari puțin timp după nascere sunt atinși de seborea capitis și la cari, prin urmare pelea este deja alterată.

Când seborea devine pronunțată, umidă, ea se întinde la urechi, la frunte, la obraji și fără a se întinde în vecinătatea ochilor, atinge genele și pe urmă se întinde pe umeri sub formă de plăci grase și seci.

Caracterul particular al eczemei seboreice este, că chiar când leziunile sunt umide aspectul lor unsuros, gras, predominant.

Acastă formă de eczemă are tendința a se generaliza de unde se poate ivi erupțiunea între spete, la organele genitale și pe membrele inferioare. Se pare însă că mai adesea ori localizațiunea eczemei seboreice este fața anterioară a sternului, pelea capului și între spete.

În eczema seboreică Unna găsesce trei forme: I-ia forma scuamოსă, II-lea forma crustოსă și III-lea forma umidă.

Leziunile elementare sau eflorescențele acestei forme se presintă ca pete rotunde scuamოსe sau crustოსe, ovale, de dimensiuni diferite, însă adesea ori de mărimea unghiei, dispuse pe unele regiuni în grupe separate, sau reunite sau confluențe, formând plăci mai mari ca o piesă de doi lei cu marginile polycyclice.

Aceste plăci eczematოსe au o colorațiune gălbenie și sunt inconjurate de o margine roșie. După Unna ar li tot eczema seboreică cauza roșeții ce se menține în obrazul unor femei, și cu vindecarea eczemei capitis ar dispărea și această roșată.

Însă simpla roșată a feței din obrazul unor persoane nu poate li pusă pe seama eczemei seboreice cum admite acest autor; diferite cauze pot întreține această staza congestivă a feței: o stare locală rezultată din staza vasculară sanguină; o stare generală ținând de o afecțiune cardiacă etc.

Eflorescențele primitive ale eczemei seboreice se asemănă une-ori cu plăcile unui psoriasis, se va căuta deci a nu se lua o eczemă seboreică localizată pe gambe drept un psoriasis.

Se va ține sémă de evoluția de sus în jos de la cap spre membre a erupțiunei în eczemă și căutând se va constata prezența unor cruste gróse, unsuróse, în partea superióră a corpului. Acestea nu se observă în psoriasis unde erupția este uscată și unde are, cum scim, o altă localizațiune.

Intr'adevăr, psoriasisul începe la cóte, genunchi, rare ori psoriasisul nu ocupă aceste regiuni și de și în acéstă eczemă, sunt cercuri cu centrul turtit ca și în psoriasisul figurat; în eczemă colorația leziunilor este gálbenie.

*Care este pronosticul eczemei?*

Ea este o afecțiune rebelă, póte fi chiar gravă la copii; căci póte aduce mórtea acestora, mai cu sémă când nu sunt tratați.

Chiar la ómenii în vîrstă bóla neliind tratată produce insomni, slábiciune generală, din care causă putem dice cu drept cuvînt că bóla devine rebelă. Eczemele produse prin iritațiuni depinđend de profesiunea bolnavilor, se vindică prin suprimarea cauzei producătóre. Cele ereditare se vindică fórte cu greú. Nicl odată nu putem spune cu siguranța unui bolnav afectat de eczema, că el se va vindeca cu desévérșire, căci bóla póte reapare. Am vėđut multe asemenea casuri, unde eczeme limitate chiar numai în unele regiuni se vindecau după un tratament óre-care, dar reapăreau în scurt timp.

*Cum tratăm, ce mijlóce terapeutice întrebuińăm pentru a vindeca, sau cel puțin a ameliora pe bolnavii atinși de eczemă?*

Trebue să ținem sémă în tot-d'a-una de bolnav. În acéstă bóla, mai mult de cât ori-care alta, este bolnavul după care ne conducem în tratament, iar nu bóla. Când avem aface cu un bolnav cu pelea mai grósa 'l tratăm alt-fel de cât pe unul cu pelea mai subțire, mai iritabilă.

Distinsul dermatolog, din Paris, Besnier dice că nu póte fi pele subțire și gróasă. În adevăr, din punctul de vedere istologic pelea este aceeași la ori-ce individ, sănătos însă, din alte priviri ori-cine póte aprecia, că pelea póte fi subțire și gróasă.

La o pele delicată nicl o dată nu vom întrebuińa iri-

tantele, căci ele în loc de a aduce vre-un bine, din contra agravează afecțiunea.

Tratamentul p $\acute{o}$ te fi împărțit în local și general.

Cel local depinde de peri $\acute{o}$ da dermatosei, așa: în eczema papuloasă trebuie să căutăm să calmăm mâncărimea, oprind prin ac $\acute{e}$ sta întinderea erupțiunii.

Se întrebuintează spirt de vin 150 gr., acid salicylic 2 gr., glicerină 15 gr., înlocuindu-se în unele casuri acidul salicylic prin T-ra Rusci 15 gr. Inbibăm e c $\acute{a}$ rpă în ac $\acute{e}$ stă soluțiune și frecăm ușor părțile bolnave pe cari le acoperim în urmă cu o pulbere inertă, amidon, orez etc. S'a recomandat de unii carbonat de sodă, magnezie, talc de Veneția în locul amidonului. În aceste pulberi putem pune puțină pulbere de iris pentru a le da un miros mai plăcut. Dacă nu s'a calmat mâncărimea nici prin ac $\acute{e}$ sta, și dacă există inflamațiune, turgescență a peleii, idroterapia este recomandată ca folositoare, dușele, fomențațiile, adică pun $\acute{e}$ nd pe bolnavi în c $\acute{e}$ rșafuri ude reci, sunt cele mai recomandate. Când avem cruste, zămuire, aplicăm tot amidon, dar e $\acute{u}$  întrebuintez cu mult succes în aceste casuri amidon cu oxid de zinc sau lanolina cu oxyd de zinc și acid salicylic. Cu acest tratament în câte-va zile veți ved $\acute{e}$  pe bolnavi că sunt f $\acute{o}$ rte mult ameliorați; acțiunea acestei medicațiuni este de a opri secrețiunea, și tendința la scuame. Dacă avem aface cu o eczemă a mamelelor, după ce vom pune o pulbere, le acoperim cu un strat de vată pentru a feri părțile de a fi în contact. Când avem pustule, cruste, ori-ec corp ce macerază și usucă dă rezultate bune, și pomada cu lanolină și oxyd de zinc este de recomandat. Unna care a pus în practică ichthyolul 'l recomandă și în eczeme, mai cu osebite, când sunt regiuni infiltrate, vechi. La eczeme limitate se p $\acute{o}$ te întrebuinta gutaperca cum s. ex. la eczema buzelor, unde produc $\acute{e}$ nd o macerație a peleii ea transudă și calositățile în eczeme cronice limitate se ridică. În alte casuri corpul grași și vaselina, lanolina, ol. jecoris cu acid salicylic pot asemenea fi întrebuintate când după 2, 3 zile

crustele cad; întrebuițăm apoi amidon sau vaselină cu oxid de zinc.

Francesii recomandă de multe ori un glicerolat de amidon (glicerina 50 gr., amidon 10 gr.) care se aplică pe părțile bolnave. Când avem tumefacțiunii mari ale obrazului putem întrebuița aqua Gopardi sau liniment ol. calcar, sau dușe locale recomandate de Besnier și cari se pot face cu aparatul lui Richardson. Une-ori întrebuițăm preparatele de gudron mai cu sémă la ezezemele diise ereditare și cari sunt următorele: ol. Fragarum. ol. Cadini, ol. Rusci, T-ra Rusci. Am avut în spital un bolnav cu ezezema papulosă, unde am întrebuițat T-ra Rusci, ungënd cu dînsa părțile bolnave la fie-care două zile, punënd d'asupra pulverea amidonată. Kaposi recomandă în unele ezezeme potasa caustică, acid chloridric și sulfuric, dar nu e necesitate să le întrebuițăm. În crăpăturile de pe lângă buze, narine, întrebuițăm cauterisația cu nitrat de argint. Când ezezema depinde de profesiune, atunci cel mai simplu tratament vindecă bóla, avënd grijă tot-d'a-una a suprima cauza iritantă. Șcôla germană nu prea ține sémă nici o-dată de diatesă, dar cū cred că trebuie să ne gândim în tot-d'a-una la constituția bolnavului, urmărind în acésta ideile emise de șcôla franceasă. Oprim pe bolnavi de a mânca lucruri iritante și excitante ca stridiele, sardele sărâte, carne de porc, chiar vinul curat trebuie oprit; recomandăm dieta strictă în ori-ce periódă ar fi bóla; emoțiunile morale asemenea trebuie evitate.

Apele minerale recomandate depind și de bolnavi; adică dacă avem aface cu un bolnav atins de dyspepsie, se înțelege o să-l recomandăm apele minerale de la Royat, Kissingen, etc.

Arthriticilor o să le recomandăm Vichy, Carlsbad. Anemicilor, Vals Dominique, cloroticilor o să le recomandăm apele feruginóse Spa, Orezza, etc. Celor debili hidroterapia, dar nu un timp îndelungat.

Ținem, prin urmare, în ezezema sémă de constituțiunea bolnavului care trebuie modificată, urmând într'aceste învățămintele patologiei generale.

Pe lângă cele menționate să specificăm aici tratamentul ce se cuvine diferitelor forme.

În general, în eczemele atonice, uscate și limitate putem întrebuința substanțe mai energice ca acidul salicylic, acidul pyrogalic și chiar chrysarobina. Aceste substanțe medicamentose dau mai bune rezultate când se întrebuințază sub formă de emplastro. În aceste, emplasturele cu acid salicylic ne dau cele mai bune rezultate.

În eczema dentițiunii se vor aplica pomești emoliente cu oxyd de zinc și ichthyol în proporție de 10% oxyd de zinc și 3% ichthyol.

Bromurul, calomelul în unele cazuri, sunt ajutătoare puternice în această formă.

În forma scrofuloasă a eczemei pe lângă pomada cu oxyd de zinc se va întrebuința alternativ, o pomadă cu precipitat roșu de mercur.

Pomada cu precipitat roșu este indicată în eczema uscată a pleópelor. Se va lua 0,15 centigr. pentru 30 gr. va selină.

Pomeștile cu pucioasă și resorcină ar da, după Unna, bune rezultate în aceste eczeme.

Pucioasa cu zinc, ar fi apópe un specific al eczemei seboreice forma umedă, după acest autor.

---

## PSORIASIS VULGAR

---

PSORIASIS PUNCTATA, GUTTATA, GYRATA, DIFUSA NUMULAR ȘI GENERALISAT.

Lección e culésă de d-nii *Al. Calalb* și *I. Margulius*, interni.

Psoriasisul vulgar, de care este atins bolnavul acesta, va face subiectul lecțiunii noastre de astăzi. Vorbindu-vă de această bolă voiți să vă atrag mai cu sémă atențiunea asupra tratamentului ei, asupra succeselor terapeutice ce le obținem prin întrebuințarea unor medicamente, pe cari le voiți menționa îndată, dintre cari unele sunt introduse de curând în dermatologie.

Tinărul acesta, de 18 ani, israelit, care a intrat în serviciul nostru la 4 Noembrie, e bolnav de 5 sau 6 luni, fără antecedente; are părinți, frați și surori sănătoși.

Acest lucru ne interesează foarte mult, fiind-că această boală a fost considerată mult timp ca fiind ereditară, și astăzi chiar se admite de unii ereditatea.

Erupțiunea la dînsul a început pe membrele inferioare, în sensul extensiunii prin nisce pete mici, roșietice, fără să îl producă vre-o jenă; după câte-va zile aceste pete s'au acoperit de nisce coji albe, lucii, cari prin scărpinare, cădeaă lăsând în locul lor plăci roșietice. Petele acestea în câte-va zile s'au întins pe părțile anterioare ale genunchelor și pe gambe, ajungînd a ave mărimea unor piese mari de 5 lei în argint; cu care a început și mîncărimea, care nu l lăsa să doarmă. După o lună erupția s'a întins pe membrele superioare, mai cu sémă la cote, apoi pe față, urechi, cap și gât, întindîndu-se apoi peste tot corpul.

Să vedem acum ce definiție se pôte da bólei de care su fere pacientul nostru, adică psoriasisului. Francesii îl consideră ca o afecțiune ce nu se termină nici odată, ținînd d'o diatesă dartrósă, arthritică.

Nu numai autorii noi o consideră ast-fel, dar și cei vechi o defineau tot așa.

Willan o considera ca o afecțiune scuamósă, punînd-o alătura cu pityriasisul; asemenea o consideră și Kaposi.

Dermatosa acésta consistă într'o îngroșare și roșată a peleii, cu ridicarea ei în părțile atinse, d'asupra nivelului peleii sănătóse. Erupțiunea este adesea-orî dispusă sub formă de papule roșcate și plăci, al cărora număr, formă și întindere variază; și cari sunt acoperite de depozite scuamóse, albelucítóre, argintii, sau ca sideful, care nu sunt de cât epidermice, colórea argintie ține de existența bulelor de aer printre producțiunile epidermice alterate. Se înțelege că în cas d'un psoriasis generalizat, difuz, nu se pot observa părți ridicate sub formă de plăci, de vreme ce îngroșarea și alterația peleii este totală, acest cas este foarte rar observat.

Cari sunt cauzele psoriasisului?

Tóte vîrstele pot fi afectate. Kaposi menționéză un cas de psoriasis observat de el la un copil de 8 lunî. De cûrând în congresul de dermatologie din America un autor Greenouch a citit un memoriu care a arătat că din 15.000 casurî de bóle de pele n'a vęđut de căt 394 de psoriaticî, adică 2%.

Tot din acéstă statistică a lui Greenouch se póte deduce și frecuența psoriasisului la diferite etăți, și s'a vęđut că acéstă bóla se observă mai frecuent între 20 și 30 anî; căci din 151 casurî la care s'a putut precisa epoca aparițiunei bólei vedem: 20 de casurî de la 1 la 20 anî; 35 de la 10 la 15 anî; 21 de casurî de la 15 la 20 anî; 40 casurî de la 20 la 30 anî; 19 de la 30 la 40; 10 de la 40 la 50; și în fine 6 casurî numai trecënd peste 50 de anî.

Sesónele n'au nici o influență, s'au întemplat casurî în urma unei simple iritațiunii, cum s'a vęđut un cas în urma unei înțepături cu acul.

Se înțelege că în așa casurî iritațiunile n'au lucrat de căt ca cause predisponente pe un teren unde afecțiunea era în stare adormită.

Sunt casurî carî ar puté arăta că acéstă bóla este întru căt-va ereditară și unîl ție și parasitară. Tot Greenouch din acele 394 casurî de psoriasis carî le-a observat, neputënd pune valóre mare de căt pe 97, n'a găsit de căt 31 ereditare. Aceste 97 casurî se raportă la bolnavi inteligenți, pe a căror informațiunii cine-va se póte basa. Aprópe de acésta sunt și alți autorî carî arată că ereditatea există, dar nu e ca la sifilis, unde părinții atinși dau copii sifilitici; pe când nu toți copiii din părinți psoriaticî sunt atinși de psoriasis; s'ar puté ție mai bine că ei se nasc cu o predispozițiune spre psoriasis. Besnier ție că ereditatea dá mai puțin casurî de psoriasis, de cum s'ar crede de unîl autorî.

Copilul de 8 lunî pe care l'a observat Kaposi avea într'a-devér pe tatăl său atins de psoriasis.

Acéstă bóla fiind-une-orî ereditară, nasce întrebarea, care s'a și pus de mulți autorî, dacă nu cum-va ea este și parasitară.

Lang a găsit un parazit ce l'a numit *Epidermophyton*, situat între stratul profund al scaumelor și plăcile roșietice. Indată Besnier a căutat în serviciul său de la St. Louis la mai multe casuri și în adevăr a găsit un parazit, care, după dînsul, n'ar fi însă patogen; ca în orî-ce hólă și aci se pot găsi paraziți, dar nu se pôte spune pînă acum cu siguranță că s'a descoperit microbul patogen al psoriasisului. Pe de altă parte Unna a constatat într'o familie contagiositatea ivită la doi copii, care a coincizat cu intrarea în serviciu a unei servitóre bolnave de psoriasis.

Lassar și alți dermatologiști au căutat să transmită hóla la animale, unii dice că au reușit alții, nu. In tot cazul a priori am puté dice că psoriasisul recidivând fôrte des, nu pôte fi de natură parasitară. Scim fôrte bine că hólele de acéstă natură mai că nu au recidive. Din contră, dacă ținem séma de modul simetric al distribuțiunei erupțiunei în acéstă dermosă și de manifestațiunile articulare ce însoțesc une-orî psoriasisul, natura nervósă ar puté fi mai bine primită. Pentru acésta noui cercetări istologice trebuesc facute.

Mulți autori își au pus și următórea cestiune: ce influență are sifilisul asupra erupțiunei psoriaticé?

Doring studiind acéstă cestiune arată într'un articol publicat de curând în arhivele germane de dermatologie, că la un bolnav din serviciul său, atins de psoriasis, căpătând și sifilis l'a urmărit de aprópe și a observat următórele fenomene: la cóte, unde erau cele mai multe plăci psoriaticé, ele dispărură încetul cu încetul, și în locul lor se arătară papule sifilitice caracteristice; decî, când un bolnav de psoriasis se infectă și de sifilis, cel întăiú loc cel ocupă acéstă din urmă afecțiune, sunt punctele ocupate de psoriasis. — El deduce din acésta că psoriasisul cedéză sifilisului. Sunt asemenea casuri cunoscute de ivirea unui epitheliom pe o placă de psoriasis. Acésta resultă probabil ca simplă coincidentă, recunoscënd că cauza iritația și slăbirea nutritivă a peleî pe locurile deja bolnave de psoriasis. Căt privesc însă vegetațiunile papilomatóse ce s'au observat



peste plăcile psoriaticice, acestea constituiesc o formă deosebită de psoriasis *dis «vegetant»* și care se observă de preferință la mâni, fața lor dorsală, pe urmă la sacrum și pe gambe. Acastă cestiune se pôte interpreta fôrte lesne prin aceea că ori și ce bôlă caută să se desvolte într'un loc unde întêmpină mai puțină rezistență. Deja de mult Verneuil a tratat acastă cestiune din punctul de vedere al traumatismului, adică influența ce aũ traumatismele asupra celor alte bôle. In fine, în vara trecută, d-r Heulz de la Bourboule, a publicat în arhivele dermatologice franceze, nisce observațiuni, unde acastă dermatosă a apărut repede în urma unor emoțiuni morale violente, și mai nainte și profesorul Hardy s'a rostit în așa fel dicând că frica și întristările dau nascere psoriasisului.

Din punctul de vedere al dispozițiunei elementelor erupțiunei putem divide psoriasisul în punctata, guttata, gyrata, difusa, numular și generalisat.

În prima formă, *disă punctată*, se observă papulele mici roșii răspândite pe pele de mărimea mciului acoperite cu scuame; prin presiune roșata dispore momentan.

În a 2-a formă se vede ici coela plăci mai mari alburii, crescând sub dependența celor precedente ca petele de stearină pe haină (forma *disă guttată*); une-ori acestea se adună mai multe la un loc, formând plăci mai mari, cât piesa de 5 lei, când constitue forma numulară; alte ori când aceste plăci ocupă suprafețe mai întinse, se numesc difusă; în fine când acoperă aprôpe tótă suprafața corpului devenind din acest punct de vedere grav, formeză psoriasisul generalisat. Avem forma gyrată când pe timpul regresiei plăcilor psoriaticice centrul lor dispărând, periferia roșie și scuamósă progresază, fac cercuri care-și perd punctele lor de unire, constituind forme serpiginóse. Afectiunea pôte să ocupe numai pelea capului (psoriasis capitis), alte ori fața, sau numai un cõt cum am văđut de curând un cas; alte ori numai lombele, antebrațele; une-ori există un psoriasis al unghiilor fără altă localizare și așa mai departe. Un singur lucru trebuie să știți și să vi-l întipăriți în memorie, că

psoriasisul vulgar nu ocupă mai nici o-dată palma și planta piciorului; când el se observă în aceste regiuni puteți spune aprópe cu siguranță că erupția e de natură sifilitică.

Ce leziuni caracterisă acéstă bóla?

Intâiu scuamele sunt rezultatul secrețiunei morbide epidermice, depunându-se în straturi multiple, unele peste altele, imbricate, formând plăci alburii lucitoare. Une-orí aceste plăci se vęd mai închise, cenușii, din cauza murdăriei saú a medicamentelor întrebuintate. Scuamele sunt mai gróse când erupțiunea a ajuns la finele evoluțiunei bólei, și mai subțiri când ea merge spre vindecare. Ele se ridic fórte lesne cu unghiile; de desubtul lor se vęd pete roșii cari observate cu o lupă, se vęd formate dintr'un număr mare de puncte roșietice ce corespund la capilarele sanguine ale papilelor dermului. De aceea ridicând mai brusc scuamele de la suprafața acestor efloresciențe, se pot observa picături de sânge în aceste puncte. Un caracter particular al psoriasisului este acel indicat de L. Duncan-Bulkley (1) care consistă în aspectul luciú, neted, umid, pembe, ce-l presintă eflorescențele psoriasice după ce s'a ridicat stratul scuamos cu unghia. Asemenea veți sci că în unele casuri plăcile psoriasice sunt înconjurate de o zonă congestivă; și la indiviđii ce se neglijeză cu totul aceste plăci scuamóse sunt tari, rezistente și se deslipesc mai cu greú. Pe pelea capului erupția are ceva de particular că se presintă sub formă de cercuri, de noduri, inegalități tuberóse, din cauza depositelor de scuame ce se forméază la suprafața părților holnave. Sub scuame găsím, după cum a arătat Lang, parasiți, pe cari însă după cum v'am spus nu putem să-i considerăm ca patogeni ai psoriasisului. Petele roșietice de desubt pot fi mai mici saú mai mari, după felul psoriasisului, ele pot li mai mult saú mai puțin proeminente după perióda bólei, ajungënd la nivelulul peleí când bóla merge spre vindecare. Secționând o papulă psoriatică

---

(1) Note on a hitherto undescribed point in the diagnosis of psoriasis in Archives of. Dermatol 1879, p. 129.

găsim leziuni inflamatorii adică, vasele sanguine din papilele dermului pline cu sânge, ceva mai dilatate, având împrejurul lor un mare număr de celule embrionare; și țesutul conjunctiv în mare abundență; din această cauză papilele sunt mai mărite de volum. Rețeaua mucosă a lui Malpighi foarte ipertrofiată și mai multe straturile de celule suprapunându-se unele peste altele și îmbătrânind, se transformă în scuame.

În câte-va secțiuni de piele luate din plăci psoriasice eu am constatat ca și alții leziuni inflamatorii în stratul superficial al dermului.

În epiderm am găsit un mare număr de celule din stratul Malpighien cu nucleii lor atrofiați, dispăruți, de unde aspectul de vacuole ce-l oferă multe din aceste celule.

În unele preparate am găsit dispariția stratului granulos și mărirea de volum a celulelor stratului țis basal.

Cât privește însă cestiunea de a se ști dacă întâiu dermul este bolnav în psoriasis cum crede Kaposi și apoi epidermul, sau acest din urmă ar fi întâiu leșat cum a admis Neumann, Auspitz etc., noi nu avem destule preparate studiate ca să ne putem pronunța.

*Care este mersul psoriasisului?*

Rar avem ocazie de a observa fenomene generale afară de o incomoditate. În psoriasisul generalizat însă, putem observa febra, anorexie, semnele unei dermatite, mâncărime, deci insomnie, agitație, bolnavii prezintă crăpături în unele părți cari devin mai dureroase. La față se poate observa pleoapele în ectropion, obrazul sbârcit și bolnavii slăbesc.

Acastă formă se observă însă foarte rar, bóla fiind în general locală și ne-dând naștere de cât la incomoditate, la o jenă, când erupția este întinsă; unii bolnavi, și am în cură în oraș un așa cas, se plâng de mâncărime foarte mult, de și erupția ocupă numai câte-va regiuni ale feței. Când erupția ocupă mai mult regiunea sternală și abdominală, bolnavii se simt strânși într'un corset. Când ocupă capul, bolnavii sunt ne încetat cu mânele în cap, din cauza mâncărimei și a unui prurigo ce se formază d'asupra psoriasisului.

*Mersul psoriasisului* e foarte cronic. Apare lent, afară de casurile ce izbucnesc repede în urma unei frici însemnate, ține câte-va luni și chiar ani, dispare câte o-dată chiar nefiind tratat bolnavul, pentru a se ivi iarăși după trecerea de câte-va luni sau ani; mersul psoriasisului este prin urmare din cele mai neregulate.

În mod general să reținem că psoriasisul are un mers eminentemente cronic; plăcile psoriasice evoluază și regresază une-ori repede, alte-ori și acesta este mai de obicei, se observă contrariul. Faptul acesta ține negreșit de natura intimă a procesului morbid și pe care nu o cunoștem încă pe deplin. Une-ori câte-va plăci constituie totă afecțiunea mai mulți ani, pe urmă fără cauză manifestă erupția se generalizează. Însă une-ori generalizațiunea bôlei s'a ivit în urma unor iritațiuni ivite pe suprafața tegumentului deja bolnav și mai adese-ori un psoriasis generalizat, psoriasis rubra cum l'a numit Rayer în 1857 în opera sa, s'a ivit când bolnavii și-au aplicat pe totă pelea substanțe medicamentose iritante. Eu am observat generalizarea unui psoriasis la un pacient în oraș, care și-a uns și pelea sănătoasă nu numai plăcile psoriasice cu chrysarobină. Aspectul ce-l avea psoriasisul în aceste circumstanțe sémănă cu tabloul ce ni-l prezintă bolnavii atinși de pityriasis rubra tip Hebra.

*Cu ce altă bôlă se pôte confunda psoriasisul?*

Psoriasisul pelei capului se pôte confunda cu seborea: am stabilit însă cum se face diagnosa în această privință, când am vorbit despre seboree.

Cu favus și tinia tonsurans iar nu se pôte confunda, pentru că în aceste bôle găsim parazitul caracteristic, și șcim că cercurile caracteristice ale unui favus și zonele unui herpes tonsurans se depărtază cu totul de cercurile cu deposite scuamose ale psoriasisului. Se va evita confusia cu un lupus erythematos, fiind-că aici găsim cicatrice.

Să nu se uite că în psoriasis capitis avem mesc gróse de scuame, noduri epidermice cari fac să se lipescă perii între ei, une-ori grămețile scuamose sunt străbătute de

perî. Când avem scuamele alburii, diagnosticul este din cele mai lesne.

Ne-am puté une-orî gândi la un sifilis inelar, dar anamnesa bolnavului, ne scóte din îndoială și în sifilis ridicând crustele găsim părți ulcerate cu caracterul sifilitic, nu cu caracterele psoriasisului.

Psoriasisul generalizat s'ar puté confunda cu pityriasis rubra, de Hebra, unde găsim o roșată uniformă cu scuame, însă în psoriasis plăcile sunt unele mai gróse, pe când în pityriasis tóte sunt egale. În pityriasis generalizat nu găsim nici o parte a peleî sănătóse, pe când în psoriasis există și părți sănătóse chiar când se dice că el este generalizat.

Unele sifilide papulo-scuamóse ivite repede ne face diagnosticul dificil, în așa casuri se va căuta antecedentele și porțile de intrare ale infecțiunei sifilitice.

Să nu credeți că aspectul rotund, colórea, starea uscată și localisația la genuchi și cóte este regulă în acéstă dermatosă. Când se presintă ast-fel diagnosa este fórte lesne de stabilit. Une-orî leziunile pot ocupa din contra părțile flexiunei membrelor, de aceea vom dice cu E. Besnier că pentru formularea unui bun diagnostic trebuie să analizăm complectul erupțiunei.

Se va căuta a nu se lua forma serpiginosă, gyrată a psoriasisului drept o sifilidă circinată papulo scuamósă. Erórea ce se face mai adese-orî relativ este aceea de a se lua o eczemă seboreică drept un psoriasis. În eczema seboreică pe lângă sediul sěu mai de predilecțiune pe fața anterioră a thoraxului și între spete, apoi avem scuame grase, unșuróse nu uscate ca în psoriasis. Une-orî s'a luat un lichen ruber plan drept un psoriasis. Se va observa că în lichen este o mán cărime fórte vie, și elementele eruptive încep a se vindeca în centru, întinděndu-se la periferie. În line scuamele în psoriasis de multe orî fiind infiltrate cu bule de aer au o colorațiune argintie.

Psoriasisul nu constituie o afecție gravă, afară numai de casurile când e generalizat, el este mai mult o incomoditate, mai cu sémă la fața unde produce o deligurare

a bolnavului. Numai din cauza tenacității bolii putem dice intru cât-va că este grav. Psoriasisul putem dice este o dermatosă incurabilă, căci recidivele sunt foarte frecvente la unele persoane. Inșă ceea ce este mai rău este că boala se poate transmite de la părinți la copii. Când este generalizat, sau ocupă numai pelea capului, se poate observa căderea părului, și am în oraș un caz la o femeie, care suferă de 6 ani de psoriasis capitis, și din cauza poate și a tratamentului rău dirijat, astăzi suferă de alopecie care poate nu se va mai vindeca.

*Cu ce tratăm pe bolnavii atinși de psoriasis?*

Înainte de toate trebuie să vă spun că tratamentul în această boală este atât intern cât și extern. Sunt mulți medici cari întrebuițeză arsenicul în ori și ce boală de piele, dar boala în care el este indicat mai mult, și unde aduce mai multe servicii este psoriasisul. Thibierge în tratatul de medicină (Charcot Bouchard) susține că arsenicul nu aduce serviciul în această dermatosă. S'a întrebuițai ol. Jecoris, ferul, ape minerale sulfuröse, arsenicale. Dar numai 2 medicamente întrebuițate la interior ne dau rezultate satisfăcătoare; acestea sunt: acidul fenic și arsenicul. Acidul fenic se dă în doză de la 0,20 până la 1<sup>gr.</sup> și 1,20<sup>ctgr.</sup> pe zi în pilule, urmându-se tot timpul cât durează boala. Arsenicul când este suportat de bolnav întrece în succesele sale acidul fenic; în 2 sau 3 luni boala se modifică cu totul, putem obține vindecarea și într'un timp mai scurt. În acest scop se întrebuițeză sau licórea lui Fowler, care este un compus de arsenit de potasă, sau licórea lui Pearson ce conține arseniat de sodă. Eu dau adese-ori licórea lui Fowler.

Se începe cu 10 picături pe zi și se merge crescând până la 30 picături. Kaposi întrebuițeză pilulele cu arsenic; dar nici odată nu suntem siguri de conținutul unei pilule, fiindcă nu ne putem baza pe dosarea exactă ce face farmacistul, căci este și dificil ca din masa pilulară să se divida doza exactă în fie-care pilulă. Dacă se întrebuițeză, se poate începe cu 5 miligrame de arsenic pe zi, până la 1—2 centigrame pe zi; ținem seama și de toleranța bolnavului. Ur-

măm acest tratament 2, 3, 4 luni și continuăm chiar după vindecarea bolnavului, scădându-se, se înțelege, dosa treptat, când ne decidem a înceta cu medicația acésta.

Injecțiunile subcutanate de arsenic, se pot asemenea întrebuința, însă punem în soluțiune și acid fenic ca să se conserve, punând la 10 gr. de soluție 0,50 ct.gr. de acid fenic; lie-care siringă trebuie să conțină 5 miligrame de arseniat de sodă, și facem regulat o așa injecția cu siringa lui Pravaz, în fie-care zi. — Aceste injecțiuni modifică mai repede erupțiunea, și cu așa sistem, ajutat și de tratamentul local, am curățit acum de curând un psoriasis generalizat de plăci gróse, în mai puțin de o lună de zile.

Sunt bolnavi unde întrebuințăm numai tratamentul local, iar la alții nici acesta, ca la bolnavi scrofoloși, anemici, unde pe lângă bóla existentă mai capătă un prurigo, o eczemă, din cauza medicamentului aplicat; din fericire rar se observă psoriasisul la asemenea indiviđi, și în fine în așa casuri putem întrebuința local pomeđi cu calomel, sau ol. cadini, care lucréză mai încet, însă nu irită pelea, prescris în dose mici. Dar la cei ce pot suporta bine tratamentul local, adecă la indiviđi bine constituiți, procedăm în modul următor: luăm scuamele ca să punem în evidență plăcile psoriaticé care nu sunt de cât o inflamație locală. în acest scop se ung părțile bolnave cu un corp gras, ca ol. Jecoris, ol. olivarium cu 1° acid salicylic sau ori-ce corp gras, pentru a muia stratul epidermic ca să cadă. Deci corpi grași au de scop luarea scamelor după părțile bolnave; sau acoperim aceste părți cu bande de cauciuc, cari oprind transpirația, epidermul se maceréză și cade; băile calde și de vapori lucréză tot în același scop. Scuamele odată căđute, se întrebuințéză mai multe preparațiunii de gudron, așa: ol. cadini în psoriasisul feței, de și la față ca și la cap, recomand mai bine calomelul 5°.

Băile de gudron permanente, cari se întrebuința de către Hebra la Viena și acum de Kaposi, nu le putem întrebuința la noi din cauza lipsei unor asemenea băi, sau mai bine ȓis a unor paturi numite băi. Instalația este ast-

fel că bolnavii stau și noapte în patul plin cu apă caldă în cât pacienții nu se obolesc, și stau așa une ori luni întregi. Iată cum se fac băile de gudron: după ce s'a spălat bolnavul bine cu săpun în baie, se unge cu t-ra rusci, olcadini, sau chrysarobină, și stă pe urmă în baie 4—5 ore. Cele de mai multe ori se întrebuintează numai chrysarobina care este formată din cristale galbene, extrase din pulberea de goa ce provine de la un arbore brasilian.

Englesul Balmano Squire, este cel întâiu care a întrebuintat acest medicament, după informațiile unui bolnav din Brasilia.

Indată după dînsul mai toți dermatologiști au început să întrebuinteze acest medicament, care aduce rezultate foarte bune numai în câte-va zile.

Chrysarobina se întrebuintează pe suprafețe nu prea întinse fiind că se poate să dea la naștere la intoxicațiuni: pe obraz nu se aplică, căci irită și dă conjunctivite. Formula care se întrebuintează este: chrysarobina 5 la 10 grame, vaselina 100 gr., după ce s'a uns fie-care placă care nu mai are scuame cu acest preparat. se recomandă a doua și o baie de puțină simplă sau cu pucioasă.

Trebuie să observăm însă fenomenele gastrice, mai cu seamă urina trebuie examinată, căci îndată ce vedem că ea este de culoare închisă, și negricioasă, încetăm cu medicamentul, sau scădem dosa; une-ori această pomadă poate da naștere la diaree, vîrsături etc., însă rar se observă cu așa dosă accidente. Eu n'am observat încă.

Un procedeu bun pentru întrebuintarea chrysarobinei este cel întrebuintat de curând de către Fox. El întrebuintează acid salicylic 2 grame, colodiū 60 grame, chrysarobină 5 grame, cu care se unge fie-care placă. Chrysarobina nu se absorbă din cauza colodiului, și acidul silicylic are proprietatea de a opri formarea scuamelor epidermice, și prin urmare medicamentul lucrează asupra plăcilor.

De curînd am vindecat 3 bolnavi cu acest medicament fără să observ vre-un accident, afară de unul atins de psoriasis al obrazului, care a căpătat o conjunctivită; prin ur-



mare la obraz nu se întrebuițeză, înlocuind chrysarobina prin ol. cadini sau chiar prin calomel după cum am dis.

Un alt medicament tot așa de bun și care e și mai eficient este acidul pyrogalic, el dă iar une-ori naștere la fenomene inflamatorii locale când bolnavii 'și aplică prea multă pomadă. Eliot recomandă aplicare locală de acid pyrogalic 5 grame, acid salicylic 2 grame, colodiū 60 grame, după cât-va timp se vede dispariția complectă a plăcilor psoriatică, nerămânând de cât puține cerculețe roșii. Am avut și eu un caz foarte grav de psoriasis care s'a vindecat într'o lună prin acid pyrogalic și injecțiunile de arsenic câte o seringă pe zi, după formula care v'am indicat'o.

Naphtolul, acidul salicylic sunt foarte suficiente în casuri mai superficiale, mai puțin învechite de psoriasis.

La bolnavul prezintă voiū întrebuița licórea lui Fowler la interior, începând cu 8 picături pe zi și voiū spori dosa până la 18 și 20 pe zi.

Local după ce voiū curăți părțile bolnave de scuame, voiū întrebuița. acidul pyrogalic după metoda lui Eliot.

Prin urmare, în tratameatul acestei dermatose, cu puține medicamente obținem rezultate bune.

Insă după cum știți eu insist în aceste dermatose și asupra alimentațiunei. Psoriasisul după recidivele sale frecvente nu pôte fi considerat ca o bolă locală și până când nu vom fi siguri de genașa intimă a acestei afecțiuni vom continua a face óre-care dietă pacienților noștri.

Ast-fel oprese pe bolnavi să mănânce bucate de o digeștiune iritantă și să bea bęuturi spirtoșe tari. Recomand a se evita turburările sistemului nervos prin diferite preocupățiuni, și prescriu băi calde sau de vapori pe lie-care zi.

O cură de hidroterapie în lie-care vară se impune asemenea indiviđilor nervoși sau anemicii atinși de acéstă dermatosă.

În fine, ca să termin cu cele ce aveam să vă spun asupra tratamentului vă voiū dice că de curând Haslund din Copenhaga a întrebuițat iodurul de potasiū la interior dat în dose masive. Autorul susține că a obținut rezultate des-

tuł de satisfăcătoare prin această substanță medicamentosă. Am întrebuintat în patru cazuri de psoriasis vulgar tipic. tratamentul recomandat de Haslund fără a obține însă curățirea, dispariția erupțiunii, de cât atunci când asociam tratamentul local de care v'am vorbit. Am mers crescând doza de iodur în lie care di până ce am ajuns a administra câte 30 și 40 grame zilnic. N'am observat în aceste cazuri fenomene de netoleranță a organismului.

## URTICARIA

URTICARIA IDIOPATICĂ ȘI SYMPTOMATICĂ; ACUTĂ ȘI CRONICĂ; URTICARIA INELARĂ, FIGURATĂ; URTICARIA PIGMENTATĂ; XANTHELASMOIDĂ.

### *Domnilor,*

Studiul dermatosei care va face subiectul lecțiunii noastre de astăzi s'ar părea că este de puțină importanță, cu toate acestea de multe ori în practica d-văstre, veți avea ocaziunea, să observați cazuri dificile de vindecat, și veți încerca o dificultate óre-care în punerea diagnosei. Dacă observați acest bolnav vedeți că el prezintă pe pelea regiunii cervicale anteriore și laterale, câte-va plăci papuloase de urticarie apărute de câte-va ore, și cari se ivesc pe diferitele regiuni tegumentare, în mod variabil de opt luni de zile, după cum vom vedé mai departe.

Orî-cât de mici suferințe produc aceste papule, totuși ele sunt supărătoare, și mai cu osebite când ele se observă la femei.

Acest bolnav, institutor, este în vîrstă de 45 de ani, prin urmare nu tocmai bătrân, ca să ne putem gândi la un prurigo senil, căci unul din caracterele principale ale urticariei, este mâncărimea.

În anamnesa pacientului găsim că de la 1865 la 1875, a suferit de turburări gastrice; a avut un ulcer sifilitic cu erupțiunii secundare, menționez toate aceste, spre a vă atrage atențiunea, că nu există nici o legătură între bóla lui actuală, și acelea de cari a suferit altă dată.

De un an de zile din lipsa de ocupațiune, acest pacient a avut turburări morale, și în Decembre trecut 'l-a apărut erupțiunea din care vedeți astăzi câte-va antheme.

Atunci, într'o noapte s'a pomenit cu mâncărime peste tot corpul, și a doua zi 'și vedu pelea acoperită cu o erupție de plăci roșitiece, rădicate d'asupra nivelului tegumentului extern diseminate și însoțite de mâncărime întinsă, și care după două-zeci și patru de ore, au dispărut. De atunci această erupțiune revine, dispare, și iar reappare, ocupând într'o zi o regiune, într'altă zi o alta, așa într'o zi această erupțiune ocupă membrul superior stâng, într'alta membrul inferior din această parte, și așa mai departe.

Acastă dermopathie se presintă sub formă acută și sub forma cronică. Pe d'altă parte unii autori o divid în urticaria internă și urticaria externă. Întocmai cum se poate observa și în febrile eruptive; scarlatina; pojarul, etc. unde exantemul poate atinge și mucósele.

Pe lângă aceste mai sunt și alte varietăți, una idiopatică care rezultă din cauze externe, și alta simptomatică ce recunoște cauzele interne, și care constituie adevărata bolă.

În fine, ca varietăți clinice și rare, vom menționa urticaria pigmentată observată la copii, și urticaria gigantică. În varietatea pigmentată, intră o varietate ce s'a numit și xanthelasmoidă; în fine, după aspectul ce ieau plăcile de urticarie avem și o varietate disă inelară și reunirea mai multor așa antheme inelare, constituiesc urticaria disă figurată.

Urticaria recunoște foarte multe cauze, așa sunt persoane care nu pot mânca smeură, fragi, căpșuni fără să nu capete această dermatosă.

La unii șunca veche când este introdusă în stomac, dă loc prin acțiune reflexă la această bolă; la alții stridiile. pescii de mare, raci, produc acelaș lucru. De asemenea laptele de proastă calitate poate produce la copii o urticarie persistentă.

Se poate admite și arthritismul însă nu în tot-d'a-una. Se admite că obeșitatea este în legătură cu ivirea urtica-

riei, însă scim asemenea că obesitatea este de multe ori sub dependența arthritismului.

O mulțime de insecte ca albinele, țîntarii, ploșnițele, omișile, produc prin mușcăturile lor, mai cu sémă la copii, urticarii foarte întinse. În timpul verei această erupțiune se observă des la copii, pe părțile descoperite, și sunt omișile care o produc în așa cas.

Singura locomoțiune a omișilor pe pele, dă loc la iritația tegumentului, și produce plăcile de urticarie. Se pôte însă admite că omișile în mersul lor să depue un licuid iritant pe pele, care să dea loc la mâncărime, de unde pacientul se scarpină și din acesta să resulte plăcile de urticarie.

Asemenea atingerea peleii cu urzicii, dă loc la urticarie, la copii mai cu osbire.

Asemenea s'a observat ivirea acestei erupțiuni în toate dermatosele însoțite de mâncărime însemnată; și alte ori singura trecere a unui purice pe pele, dă loc la unele persoane acestei dermatopatii.

Féréal dăce că licuidul din kistele hydatice ori de câte ori se revarsă într'o serosă produce urticaria, și basându-se pe acesta autorul a pus de multe ori cu siguranță diagnosa kistelor hydatice, ceea-ce constituiese urticaria hydatică.

Debove (1) cu licuidul filtrat scos prin puncețiune dintr'un kist hydatic a făcut injecețiune cu siringa lui Pravaz, sub pelea din regiunea abdominală la trei indiviși, indemnii de urticarie. Doi din acești indiviși au presintat în urma injecețiunii, plăci de urticarie. unul din ei a presintat șee minute după injecețiune trei plăci mari de această dermatosă în regiunea unde s'a făcut injecețiunea, și aceste plăci au dispărut după o oră.

La al doilea individ supus experienței; pe lângă erupția produsă pe locul injecețiunii s'a mai observat după două-

---

(1) Pathogenia urticariei hydatice de Debove. în darea de sémă a Academiei de sciințe. 1887 Decembre; veși Annales de dermatologie de Paris, No. 3 din 1888.

decî de minute la partea posterioară a trunchiului, mai multe plăci de urticarie, cari aû persistat o oră. După șese ore la acest individ s'a ivit alte papule de urticarie, pe părțile anterioare ale brațelor și antebrățelor.

Sunt și alți observatori cari aû constatat, că cea mai mică cantitate de licuid din kistele hydatice ajunsă în peritoneu, dă loc unei urticarii cutanată, ceea-ce înlesnesce în așa cas diagnostica afecțiunei.

Unele medicamente produc asemenea această erupțiune. Intre aceste medicamente vë pot cita: preparațiunile de balsam copahu; terebentina, chinina și altele.

Regretatul doctor Obedenaru, orî de câte orî lua chinină era cuprins de urticarie după un scurt timp.

Profesorul Kaposi dice că nu este desgustul acestor diferite substanțe ingerate, cari dau loc urticariei, căci s'a dat aceleași substanțe, acelor persoane, fără ca să scie ce aû luat, și plăcile de urticarie totuși s'aû ivit.

În general stările gastrice dispun la această erupțiune; însă une-orî se întempla ca persoane cu un stomac sănătos, în urma ingestiuunii unei substanțe, precum este muștarul englezesc, să fie isbite de o congestiune tegumentară scarlatiniformă, însoțită de mîncărime însemnată, și care să dureze două-spre-dece, sau două-deci și patru de ore.

Kaposi admite ca frecuent urticaria produsă prin iritațiunea nervilor gustului, și a căilor digestive prin unele substanțe; și în așa casuri, dice acest autor, urticaria depinde de un catar stomacal și intestinal, însoțit de fenomenele concomitante ale acestei stări, precum: grăța, diarea, vîrsăturile, febra; într'un cuvînt o stare gastrică însoțesce această formă de urticarie.

În fine, sunt urticarii de natură nervoasă; așa veți vedea la unele isterice după o supărare violentă, sau după o frică subită ivindu-se această erupțiune.

Sunt casuri de urticarii ce se ivesc în urma schimbării sociale a indivișilor, cine-va fiind prea sensibil își perde averea sau o parte din avutul său, sau funcțiunea ce ocupă; sistemul nervos fiind influențat, vine turburarea sistemului

vaso-motor și apoi urticaria; centrul nervoș lucrând asupra nervilor periferiei produc erupția pruriginoasă.

Cum se poate explica ivirea urticariei, în urma ingestiei unor alimente sau medicamente.

Am menționat deja și mai adăog și acum, că s'aun emis mai multe opinii asupra producerii acestei dermatose, și cei mai mulți autori admit, după cum am dis, ca cauză producătoare a ei, desgustul ce încercă unele persoane pentru cutare, sau cutare aliment sau medicament, și că acest desgust ar produce prin acțiune reflexă dermatosa ce studiem aici.

Kaposi dice că trebuie să admitem idyosincrasia unor persoane în așa casuri, și din această dispoziție rezultă că la așa indiviși, substanțele absorbite prin organele digestive, și intrate în sânge, să exerciteze influența lor asupra centrilor nervoși.

Pe de altă parte se scie că urticaria se ivesce îndată ce substanța alimentară sau medicamentosă a fost în contact cu mucosa bucală, de unde se poate admite o acțiune reflexă a nervilor gustului.

Prin urmare ivirea acestor erupțiuni în așa cas nu se esplică de cât în mod reflex; medicamentele sau alimentele lucrând asupra nervilor mucoșei digestive.

Urticaria ce se ivesce în urma mușcăturilor unor insecte, se poate esplică tot printr'acest mod; de ore-ce de multe ori fiind mușcați într'o regiune, vom vedea erupțiunea într'o regiune depărtată de punctul atacat. O afecțiune de rinichi, morbul lui Bright dă une-ori urticaria.

Se scie însă că există o legătură strânsă între rinichi și glandele sudorale; și turburarea rinichilor poate să influențeze glandele pele, și vice-versa; în cât aceste două feluri de glande se suplinesc în funcțiunea lor după cum cunosceti din studiul lor fisiologic.

La femeile dysmenoreice, amenoreice, și la perioda menopausei, se observă une-ori urticaria.

Asemenea în afecțiunile cronice ale ficatului, cari sunt însoțite de icter, stasa de bilă în pele dă nascere la mân-

cărimea tegumentului, și ca consecințe putem asemenea avea o urticariă; pot dice că în general toate stările însoțite de mâncărime, pot conduce la o urticarie. Am menționat deja urticaria sub dependența stărilor gastrice, adaog că și diabetul poate fi urmat sau însoțit de această erupțiune.

La bolnavul nostru însă nu putem acusa de cât influențele nervoase, ca provocătoare ale dermatosei. Kaposi dice că uneori se observă la copii de țiftă, că urticaria ține câte-va săptămâni și luni și cauza în așa cas constă în catarul stomacal, produs prin o proustă alimentațiune de lapte sau prea gras sau prea slab, etc. Să uu se uite însă că la copii și ploșnițele pot întreține această morbă un timp îndelungat, până ce se descoper insectele.

Cum începe o urticariă? In general erupțiunea este precedată de o mâncărime pronunțată, un adevărat prurigo, și în urmă se ivesce erupția.

In ce constă afecțiunea și care este mersul ei?

Une-ori avem simple papule, mai mari sau mai mici, putend ajunge de la mărimea unei piese de 50 de bani, la aceia a unei piese de 5 franci în argint, și une-ori putem avea plăci de urticarie și mai mari, după cum vom vedé. De obiceiă însă se ivesc plăci mici.

Aceste papule au o formă ovală, rotundă, sau neregulată și sunt ridicate de-asupra nivelului peleii, ele au o colóre pembe, sau de un roșiu mai mult sau mai puțin deschis. Insa de obiceiă, centrul este pembe sau de un alb strălucitor, și periferia roșie. La bolnavul nostru puteți vedé că aceste papule au întocmai aceste caractere. Unele din aceste plăci de urticarie presintă în partea lor centrală și ridicată nisce depresțiuni inegale, cari dau un aspect sârbărit, sau încrêțit peleii; altele însă sunt netede.

Ele sunt însoțite de mâncărime și usturime, și după Besnier și Doyon, placa de urticarie rezultă dintr'un oedem acut, localizat în pele. Oedem mai mult sau mai puțin pronunțat și considerat de acești autori ca un oedem anemic. De aceia centrul plăcii de urticarie ar fi albicios, și marginele roșii.

Când acest oedem este foarte pronunțat și se produce în mod brusc, stratele epidermice cornôse pot li rădicate sub formă de flictene; în care cas papulele bôlei aũ un aspect pemfigoid.

Dr. Jacquet (1) căutând să esplice modul de producțiune al plăcilor de urticarie, a făcut ôre-care experiențe asupra unor persône atinse de urticarie generalisată, aplicându-le un bandaj compresiv pe un membru întreg, și cu acest procedeu autorul țice că a împedicat în acea regiune mâncărimea și ivirea plăcilor de urticarie; rădicând aparatul protector saũ compresiv putem țice, plăcile se ivesc din noũ.

Din acêsta ar resulta, după Jacquet că pentru ca plăcile de urticarie să apară, este necesitate ca pelea să fie influențată prin contactul exterior, de aerul atmosferic. Căldura și frigul, prin urmare, intervin în mecanismul ivirei acestei erupțiuni.

Însă, Domnilor, dacã ar fi ast-fel, cum se face că urticaria se ivesce sub influența cauzelor interne, și pe regiuni ne-expuse chiar aerului atmosferic în mod imediat ?

Admițend însă că plăcile de urticarie rezultă dintr'un oedem acut anemic, dintr'o turburare vaso-motore; și că singura atingere făcută pe o pele aflată sub influența acestei morbe, deșteptă acest oedem; o compresiune ôre-care, cu atât mai mult un bandaj protector, va împedica dilatarea vaselor capilare, și va opri evoluția acestor antheme trecătoare.

Cum dispar aceste plăci de urticarie? In cele mai multe casuri s'a observat că papulele încep a se turti în centrul lor, a se șterge cu totul, pe când periferia lor, se întinde luând ast-fel forma inelară și contopindu-se, cu alte papule. Alte ori în același timp și centrul papulei dispare și periferia ei începe a se turti și a dispărea cu totul.

Une-ori se pôte întâmpla ca unele din aceste plăci să fie acoperite cu vesicule, și chiar cu bule, cea ce constitue

---

(1) Dr. Jacquet. Annales de dermatologie et de syphiligraphie, Paris, 1888.



urticaria buloasă și ruperea acestor vezicule dă loc la cruste și atunci aceste vezicule, bule și cruste, încurcă rău pe medic în punerea diagnosticului; însă cele mai de multe ori papulele de urticarie se turtesc și dispar fără a lăsa urme. Trebuie însă să nu uitați că la acești bolnavi atât este de sensibilă pielea în cât este lesne a provoca erupția, prin simple compresii făcute cu unghia, și după cum am menționat deja aceste anghime rezultă din mâncărime, care silind pe bolnav să se scarpine, se naște, o mică congestiune în partea locului, apoi probabil o paralizie vaso-motore; și ca rezultat final oedemul localizat, caracterizat prin anghimele erupției.

De și aceste erupții se pot ivi neîncetat o dată terenul favorabil, ele disparând lasă pielea intactă fără semne, rar rămâne o oarecare pigmentație.

Sunt însă cazuri care lasă semne prin zgârieturile ce și fac bolnavii scârpînându-se, și în urticaria produsă prin insecte vedem așa ceva; căci scârpînătura produce congestii locale care repetate pot lăsa în urmă o pigmentare mai pronunțată a regiunii bolnave.

Există însă, domnilor, o formă cu totul particulară de urticarie, foarte rară, cu caractere particulare, și care ar putea fi considerată în grupul altor dermatose; însă de vreme ce ea este descrisă sub numirea de «urticaria pigmentată» sunt dator să vă vorbesc și despre această formă, împrumutând din teza lui Paul Raymond (1) descripțiunea sa, de vreme ce eu n'am observat încă această formă.

Urticaria pigmentată a fost descrisă deja din 1869 de Nettleship sub numirea de urticaria cronică, care lasă în urma ei pete negricioase. În urmă mai mulți autori americani, englezi și germani au observat și publicat cazuri, care în 1883 au fost reunite și comentate de Colcott Fox. În 1884, distinsul meu confrate și amic dr. Brocq din Paris a analizat toate cazurile până atunci cunoscute într-o lucrare publicată în acel an în Annalele de dermatologie din Paris.

---

(1) Paul Raymond. Urticaria pigmentată, Paris 1888.

Însă în Franța nu sunt publicate până acum de cât patru observațiuni, ce se găsesc în tesa menționată a lui Raymond, casuri ce s'au diagnosticat la spitalul St. Louis din Paris.

Acastă formă de urticarie a fost numită diferit după autori; însă numirea de urticarie pigmentată este mai adoptată de și după mine nu este justificată pe deplin, de majoritatea autorilor.

După statisticile făcute până astăzi nu s'a publicat de cât 29 de casuri de această formă, și din cari 15 sunt publicate de autorii englezii; 5 de acei germanii; 4 de francezii, 3 de austriacii și în fine 2 casuri sunt datorite americanilor.

Trebue să știți, că această formă rară se observă la copii noi născuți, rare ori se ivesce după trecere de câte-va luni de zile de la nașterea copiilor.

De aceea pôte eți care nu v'ed decât adulți, cum am și s'n'am observat așa casuri.

Cu tôte acestea E. Besnier dice că a observat două casuri la adulți.

Pe de altă parte această dermatosă se observă de preferință la copiii sănătoși, însă c'un temperament limfatic, mai des la băieți ca la fete.

Contrariu cu viața cu totul trecătoare a plăcilor de urticarie din forma comună sau clasică; în forma pigmentată, după câte-va ore, sau după câte-va zile, plăcile papuloase ieau o colorațiune negricioasă, și volumul lor scade ore-cum. În acelaș interval colorea lor se schimbă și trece prin roșiu negricios, roșiu galben, și în fine devine galben deschis. Aceste schimbări în colorațiunea erupțiunei au făcut pe T. Fox, să dea numirea de erythem xanthelasmoid, acestei forme de urticarie.

Este bine de știut că urticaria pigmentată sub influența băilor sărate, sau de pucioasă, se pôte întinde pe tótă suprafața peleii.

De ordinar însă plăcile pigmentate se observă pe torace abdomen, pe spete; și în aceste regiuni ele sunt mai mari mai late, și mai numeroase; pe când la obraz, la planta pi-

ciórelor și la podul palmei, ele sunt mai mici și mai puține.

Une-orî se pot observa aceste plăci și pe mucósa cavităței bucale, unde ele au o colorațiune gălbenie palidă și un aspect mai neregulat.

Ceia ce este de reținut din acéstă formă, este că, aprópe tóte colorațiunile se pot observa în plăcile ei, și că volumul lor variază de la acel al unui bob de linte, până la acel al unei piese de 50 de banî. Ele se pot atinge prin periferia lor, formând ast fel plăci mai mari.

Sunt casurî unde pelea acestor copii, fiind ast-fel acoperită cu pete de colorî mai mult sau mai puțin negriciose gălbenii etc., ne dă aspectul pelei leopardului, sau a pás-trăvilor.

Ca și în forma comună, și aici, mîncărimea este destul de pronunțată, și acest simptom se deșteptă prin simplul contact al aerului, când se desbracă copiii; cu timpul însă mîncărimea încetéză.

În timpul verei une-orî se ivesc vesicule și mici bule pe suprafața plăcilor de urticarie.

Asemenea se pot observa casurî cu plăcile maculoze sau late, și casurî cu plăcile ridicate, proeminente.

Evoluția erupțiunei ajunge la complecta ieî desvoltare în timp de un an de zile, și plăcile formate persistă; pe când în urticaria comună, după cum am văđut, unul din caracterele erupțiunei, este viața cu totul trecătoare a papulelor,

Odată erupția ajunsă la complecta sa evoluțiune, ceia ce după cum am đis, nu se obține de cât după un an, afecțiunea póte dura 6—8 sau chiar și 10 ani, când, în fine, vindecarea definitivă se stabilește.

*Cu tótă durata lungă a formei de care ne ocupăm, copiii se desvóllă regulat și starea lor generală nu este de loc influențată.*

Care este cauza pigmențațiunei în acéstă formă? Preparațiunile microscopice au arătat lui Raymond, și mai înainte lui Unna, existența unui mare număr de celule mari, protoplasmatiche situate în derm, și care probabil sunt colorate prin hematina aflată în soluțiune, de unde și colorațiunea variabilă a plăcilor în urticaria pigmentată.

Ceea ce ar da dreptate însă dermatologiștilor cari consideră această formă ca o urticarie, este observația publicată de Deligny (1). Acest autor a observat o pigmentațiune trecătoare ivindu-se în urma unei urticarii recidivindă. Iată acea observațiune: O copilă de două ani, alăptată de doică, fiind vaccinată la etatea de 5 luni, a fost atinsă cinci-spre-zece zile în urma vaccinării seale de o urticarie vulgară, care ocupa trunchiul și membrele, fără febră, cu puțină mâncărime, și care erupțiune după 24 de ore dispăruse.

După opt zile, isbucnesce o nouă erupțiune de urticarie însoțită de mâncărime violentă compusă din pete erythematoase, având în centrul lor plăci roșii sau violete și unele chiar negricioase.

După trecere de 24 de ore, plăcile devenise cenușii, și lăsa o pată pigmentată, care se șterse după câte-va zile.

Așa isbucniri de plăci de urticarie se iviau la fie-care opt zile, și acesta s'a repetat timp de cinci-spre-zece luni, având în tot-d'a-una aceleași caractere. În urmă, aceste antheme devenise mai puțin pronunțate, în cât cele din urmă isbucniri urticariene aveau caracterele comune ale acestei dermatose. În antecedentele miciei paciente s'a constatat arthritismul.

Revenind la varietatea clasică, sau comună a urticariei, adăogăm că pe lângă plăcile externe ale dermatosei, se pot ivi în același timp, așa antheme și pe mucósele interne: bucală, epiglotică, laryngienă și în aceste casuri se pôte observa ca și în plăcile de urticarie de pe pele, să aibă un volum considerabil; une-orî însă se întâmplă, și acesta este mai des, ca plăcile de urticarie ce ocupă buza superióră, pleopele, prepuțul la copil, să devină enorme și să producă copiilor dureri; dar și la adulți așa plăci enorme devin incomode, chiar când nu sunt însoțite de antheme pe suprafața mucóselor. În forma comună orî-care ar fi numărul și volumul plăcilor de urticarie, viața lor este, cum am đis, cu totul trecătoare, daca considerăm durata plăcilor ivite și dis-

(1) Deligny, urticaria pigmentată. Union médic. 26 Avril, 1888, Paris.

părute; căci alt-fel, cu intermitențe, se pot observa casuri de urticarie cari să dureze câte-va luni și chiar ani, și la bolnavul nostru această erupțiune a început de acum 8 luni, constituind urticaria cronică.

Sub titlul de urticaria gigantică și de urticaria internă Rapin (1) studiază casurile clinice ce au fost descrise de alți autori ca nodosități reumatismale trecătoare și ca oedeme efemere ale arthriticilor; și vă pun în vedere țișele acestui din urmă autor pentru a evita orî-ce confușiune.

Rapin observând aceste manifestațiuni la persoane, cari fusese mai de multe-ori isbite de urticarie, și basându-se pe modul repede de evoluțiune al țiselor nodosități său oedeme, considerând și recidivele frecvente ale acestor manifestațiuni, s'a creșut în drept a le contopi în urticariă.

Cât privesce lipsa de mîncărime în evoluția acestor nodosități său oedeme, acesta nu este după acest autor un motiv suficient, pentru a da un alt nume acestei dermatose căci evoluția acestor antheme pôte fi său nu însoțită de puțină mîncărime. După Rapin, plăcile de urticarie pot lua dimensiuni colosale; și o placă se pôte întinde de la mână la ante-braț, braț și la omoplat, de acea s'a și dat numirea de urticariă gigantică unor așa casuri.

Erupția se pôte mărgini la una său la două plăci, și ocupă de preferință, gâtul, fruntea, mână.

Când se ivesc plăci pe pelea capului, ele sunt tari, și se asemănă mult cu nodositățile reumatismale, însă ele sunt trecătoare, ca tôte plăcile de urticarie.

În mai multe din observațiunile săle, Rapin ar fi constat fenomene indicând o erupție analógă pe suprafața mucóseși digestive. Cu tôte raritatea urticariei interne, acest autor crede că de multe-ori ea nu este cunoscută, și relativ ar esista mai dese ori.

---

(1) Rapin: Urticaire géante, urticaire interne (in *Revue médicale de la Suisse romande*. Novembre et Décembre 1886; et *Annales de dermatologie et de syphiligraphie* No. 1, de 1887 Paris.)

Acastă varietate de urticarie internă se pöte întinde de la mucösa bucală, la cea intestinală.

Când ocupă mucösa bucală avem umflarea ieí, la esofag, am avea durere în regiunea corespondentă, în stomac, și în intestine am avea icniturí, vërsăturí, diaree și colicí. După Rapin, bolnavíi aú o dyspnee pronunțată în casurile de urticarie a mucösei digestive.

Georges Thibierge din Paris comentând lucrarea lui Rapin, se miră pentru care motiv, acest din urmă autor nu admite posibilitatea urticariei și pe mucösa arborelui respirator, unde ea se pöte ivi, ca și pe mucösa digestivă după acest din urmă autor.

Thibierge ñice că este fôrte posibil, că unele bronchite cu forme pseudo-asthmatiche, să nu fie de cât urticarii ale mucösei broncho-pulmonare; iar urticaria mucösei larynxului este stabilită deja după acest autor, care se baséză pe observația lui Hillairet și Gaucher (1). După mine însă nu este de loc probată existența acestor forme; însă cât privește lueta și epiglota, ele pot fi atinse de urticarie și vëdute chiar cu ochiul liber, în care cas avem fenomene de asphyxiă.

Distinși dermatologiști de la Paris, Besnier și Doyon, vorbind de urticaria internă, în opera lui Kaposi, se întrebă dacā nu se pöte admite existența urticariei, prin acțiune reflexă pe suprafața mucösei tracheo-bronchice, în mod primitiv și izolat, dând loc la fenomene alarmante cari ar dispărea cu repediciune.

Acesta ar fi cel puțin, ñice acești autori, opinia unor medici, patronată mai cu osebite de Noel Gueneau de Mussy, și dacā lucrul nu este demonstrat, ñice Besnier și Doyon este cel puțin posibil și este bine de sciut această în practica medicală.

Eú până acum n'am observat nici un bolnav cu accese de dyspneă, care să li trecut repede; și am puté stabili un așa diagnostic de urticarie intern; digestiv, saú respirator;

---

(1) Veđi No. 1 din 1887 a Analelor de dermatologíă din Paris.

numai atunci când în cursul unei urticarii externe, am vedé de-o dată ivindu-se fenomene alarmante interne, și car să dispară repede.

Este óre de trebuință ca să mai stabilim un diagnostic diferential? Eú cred că după cele aici menționate, diagnosa acestei dermatose este lesne de făcut, însă este important să cunoșcem cauzele ce-i dau nascere, și cari ne servesc în tratamentul ce urméză a se întrebuița.

Forma cea mai comună, mai frecuentă, urticaria ab-ingestas, și care, cum scim, la unele persoane apare în urma ingestiei unor substanțe alimentare sau medicamentoase, și când se ivesce ori de câte ori acele persoane au introdus în organismul lor dișele substanțe, va fi lesne de cunoscut prin simpla declarațiune a pacienților.

Anthemele acestei dermatose nu pot fi luate drept altele, căci nu cunoșcem nici o erupțiune care să se presinte sub formă de plăci sau papule mai mult sau mai puțin oedematizate albicioase în centru, de un alb chiar strălucitor la unele persoane și roșii la periferie, cari plăci să dispară repede, fără a lăsa urme, și a doua di să vedem pe alte regiuni ivirea unor noi asemenea plăci însoțite sau precedate de mâncărime și usturime.

Se va căuta dacă urticaria este idiopatică, adecă dacă recunoșce o cauză externă sau symptomatică, recunoscénd o cauză internă, acest lucru este fórte important, după cum se înțelege, pentru a stabili prognosa și tratamentul.

Dacă esamenul urinei ne arată o alterațiune a rinichilor și când urticaria este cronică; negreșit că suntem în drept să admitem forma cronică și symptomatică.

Dacă în fie-care nópte bolnavii sunt turmentați de mâncărime, și au plăci de urticarie și când nu găsim caracterele scabiei, atunci avem înaintea noastră o urticarie care póte depinde de insectele ce se pot afla în camera pacientului ascunse une-ori sub diferitele cadre cu portrete, etc., ce se află în camere.

Une ori însă veți întâlni casuri, și dílele trecute am avut o dómná, care ori de câte-ori se află séra la teatru, sau la

vr'o adunare, după o oră saū doue simția că se încălția avea neliniște, mâncărime, și era nevoită să plece acasă, unde scărpinându-se plăcile de urticarie apăreacă. In aceste casuri se pôte învinovăți căldura și șederea la un loc și pôte și o stare nervoasă, cum era cazul ce vă menționez; la alții se pôte întelni o diathesă arthritică; și în line la alții urticaria vine în fie-care séră, ca orî-ce acces de friguri. Aceste casuri se vindecă fórte bine prin administrarea unui purgativ, și a douē saū trei doze de chinină, date cu câte-va ore înainte accesului eruptiv.

Când, în cursul unei urticarii, observăm pe lângă erupția externă, fenomene de dyspneec, obstrucțiune a căilor respiratoriū saū digestive, suntem în drept a formula diagnosa urticariei internă și gigantică când vom avé plăci enorme. Cât privesce forma rară pigmentată de urticarie, se va căuta a nu se confunda cu unele erytheme, cu lepra anesthetică, cu xerodermia pigmentată, cu xanthelasma, vitiligo și cu unele forme de syphilis hereditar.

Prognosa urticariei este, în general, favorabilă, când ea ține de o stare de idiosyncrasie a individului, de iritația produsă pe pele prin trecerea unor insecte și în general când urticaria este idiopatică. Sunt însă casuri cari ne obligă la un prognostic mai rezervat, și în aceste intră tôte urticariile symptomatice, când erupția ține de o stare particulară a organismului, de o diathesă arthritică, de un morb al lui Bright, saū de revērsarea în cavitatea peritoneală a licuidului dintr'un kist hydatidic.

Besnier din Paris a observat un pacient care de mai multe luni nu se putea scăpa de urticaria ce-I venise brusc în urma unui abus de fragi; însă în așa cas acest distins dermatolog admite o diathesă arthritică. Pe de altă parte vă pun în vedere că urticaria la copii cu mers cronic este un ce serios, fiind-că se pôte perpetua erupția și să lie origina unui prurigo de Hebra.

In tratamentul acestei dermatose ne vom conduce după causele ce aū dat loc erupțiunei; și mai înainte de tôte cum



pacienții sunt turmentați de mâncărime, vom căuta a calma cât mai repede acest symptom.

Eu am obiceiul în casurile de urticarie să dau mai înainte un purgativ salin și când erupția vine în mod intermitent, dau chinină. Este de nețăgăduit că une-orî urticaria este de natură palustră, am observat așa casuri cari s'a vindecat numai prin chinină. Dacă urticaria depinde de influențe nervoase, prefer bromhidratul de chinină câte 0,70 ctigr. pe ȕi, urmat mai multe ȕile.

Pentru a calma mâncărimea atât de nesuferită, vom recomanda și acésta după persoanele ce avem de tratat, ca rufăria de corp și a patului pacienților să fie curată și nu de pânză aspră sau căldurósă, rufăria de pânză de olandă sau de ață românăscă este de preferat, ca nu încălȕesce și evită ast-fel o causă ce pe un teren predispus va da naștere unei așa erupțiuni.

Bolnavii se vor unge séra când se vor pune în pat cu preparatul următor:

1° spirt de vin	}	ă	ă
» » de lavandula	}	100 grame.	

Glycerină pură 15 gram.

Aconitină 1 gram.

Și vor aplica praf de amidon sau de orez pe regiunile udate cu preparatul spirtos.

La unii bolnavi, la cei nervoși, hidroterapia ne va da bune rezultate, asociată mai cu sémă cu bromhidratul de chinină.

În urma urticariilor produse prin mușcăturile unor insecte se pot unge părțile cu amoniac și se vor da și băi calde de 30°C.

La arthriticii pe lângă medicațiunea externă vom trata diathesa, cu apele minerale bicarbonate, sodice, Vichy, Vals etc. și vom recomanda o dietă alimentară; și băi alcaline calde.

În privința băilor în urticaria vă recomand a studia idi-osyncrasia pacienților. Nu la toți reușesc băile.

Acelaş lucru vom face când urticaria ţine de o leziune a rinichilor.

În unele cazuri, la cei cu pelea uscată, băile de vapori sunt indicate precum și injecțiunile cu pilocarpină.

Medicamentele care influențază systemul vaso-motorilor ca ergotina, sulfatul și bromhidratul de chinină, valeriana, se vor întrebuința în formele cronice, rebele și unde cauza nu se poate bine preciza. Purgativele saline repetate asemenea sunt utile în forma cronică.

La femeile nervoase se va obține o repede vindecare prin întrebuințarea tribromurelor, a unei diete în care să nu figureze substanțele acre pipărate, și cu ajutorul băilor calde cu tărâțe. La altele băile reci dau mai bune rezultate.

Ca local pe lângă preparatia spirtosă formulată mai sus, la unii pacienți putem prescrie ca să-și ungă regiunile supuse erupțiunei cu spirt de camfor, în care se adaugă 1% acid salicylic sau carbolic.

Schwimmer recomandă soluția următoare :

Apă distilată 100 grame.

Sulf. de atropină 0,10 centigrame.

Spre a se aplica sub formă de comprese, pe suprafețe mici de pelea afectată. Acest autor și Besnier din Paris, recomandă și la interior sulfatul de atropină, câte un miligram pe zi.

La persoanele slabe, preparațiunile amare, bicarbonatul de fer, de sodă, sunt indicate. La unele femei se va căuta, dacă bóla nu ține de o leziune a uterului. La copii mici, se va examina laptele doiceii și felul alimentației copilului, dacă el este întărcat.

Când erupția vine la ore aproape regulate, se vor unge regiunile cu spirtul de mai sus, mai înainte de accesul eruptiv.

Ca să termin cu tratamentul voiú insista ca în urticaria de natură alimentară, un purgativ, un vomitiv, curmă lesne mersul bólei. Asemenea în formă arthritică salicylatul de sodă, colchicul, ne pot da bune rezultate.

Când urticaria depinde de un icter cronic se va căuta un tratament în sensul unei turburări în circulațiunea biliară. Când prin aplicațiunile locale aici recomandate, nu isbutim

a calma mâncărimea, putem recurge la aplicări de licuide cu cloral și apă chloroformată; aplicând imediat o pulvere de camfor amestecată cu pulvere de oxyd de zinc și de scrobélă. In casurile de urticarie internă ne vom adresa la medicațiunea ante-nervôsă: etherul, bromurele, valeriana, etc.

In unele casuri cronice putem reuși cu preparațiunii de arsenic și o dietă, care se va adopta în ori-ce cas.

Termin, amintindu-vă că în urticaria mai mult ca în ori și care altă hólă, nu mai descoperind natura intimă a afecțiunii vom vindeca pe pacienți.

## PEMFIGUS

PEMFIGUS ACUT ȘI CRONIC; SEDIUL LESIUNILOR; OBSERVAȚIA BOLNAVULUI; RARITATEA ACESTEI DERMATOSE; EVOLUTIA PEMFIGUSULUI; PATOGENIA ȘI PREDISPOZIȚIA EREDITARĂ A PEMFIGUSULUI; VARIETĂȚILE; BULELE IN PEMFIGUS; SIMPTOMELE; PEMFIGUS FOLIACEU ȘI PEMFIGUS VEGETANT; PEMFIGUS ACUT EPIDEMIC; PEMFIGUS SYPHILITIC SAU SYPHILODERMIE BULÔSĂ; DIAGNOSA ACESTEI AFECTIUNI; PROGNOSTICUL; TRATAMENTUL LOCAL ȘI GENERAL.

### *Domnilor,*

Inainte de a vă presinta bolnavul, care va face subiectul lecțiunii nôtre de astăzi, permiteți-mi a vă atrage atențiunea asupra acestor planșe, fôrte bine esecutate, și cari ne arată nisce varietăți rare de pemfigus foliaceu și de pemfigus vegetant.

Bolnavul pe care-l aveți înaintea domnielor vôtre, presintă un pemfigus vulgar cronic; el este de profesiune măcelar și dedat la vițiul beției, căci ne spune că bea câte patru și cincî oca de vin pe lie-care și. Tóte organele par în starea lor normală după esamenul făcut; însă bătăile cordului sunt cam lente și putem număra de la 50 la 60 de pulsații pe minut. Se pôte ca cordul să fie pré încăr-cat cu grăsime.

Observând bine suprafața întrégă a tegumentului extern, puteți observa pe cõpse și gamba dréptă varice superficiale fõrte pronunțate, și care probabil aũ provenit din turburările circulatorii, rezultat al abuzului bẽturilor spirtõse.

Vẽ atrag atențiunea asupra acestor leziunĩ ale venelor, avẽnd õre-care importanțã în ce privesce patogenia afecțiunei bulõse de care suferẽ acest pacient. Cu atãt mãi mult sunt dator sã mențiõnez aceste leziunĩ, când sciũ cãt este de obscurã etiologia pemfigusului.

Dacã observați de aprõpe mucõsa bucalã a acestui pacient, vedeți cã ea presintã urmele a douẽ bule ce aũ existat acum douẽ zile. Mãi zilele trecute, bolnavul aflãndu-se deja în serviciul nostru, a presintat o bulã mãricicã ca o alunã pe mucõsa faringienã, cea ce-ĩ fãcea deglutiția dificilã.

Vẽ puteți închipui la ce ar putẽ da nascere aceste bule, dacã ele ar fi numerõse și situate pe o regiune așã de importantã.

Pe tegumentul extern, bulele aũ fost și sunt și astãzi împãrștiate pe sprincena dréptã, pe buze, torax; mãi puține pe umere, dar mãi pronunțate pe cõpsa și pe gamba dréptã.

Este de remarcãt cã la acest bolnav bulele ocupã, și sunt rãspãndite mãi mult pe partea dréptã a corpului, și cã chiar pelea de la rãdãcina membrului viril este atinsã.

Pentru a cunõsce mãi bine amẽnunțimile și mersul bõlei la acest bolnav sã-mĩ dați voie a vã pune în vedere observația și anamnesa acestui pacient, care a fost luatã de d. Segalla, intern al serviciului.

Pacientul L. S., de anĩ 37, celibatar, de profesiune mãcelar, intrã în cura acestui serviciũ la 14 Aprile 1887.

Pacientul spune cã are pãrinți cari sunt sãnãtoși, asemenea și douẽ surorĩ ale sale. El a avut și un frate ce a succombat în urma unor hemoptisii frecvente.

Ca antecedente personale bolnavul õice cã a zãcut de douẽ orĩ de tifus; și la ultima datã a fost tratat în spitalul Brãncovenesc, acãsta acum șese anĩ.

La vĩrsta de 18 anĩ a avut un șancãr însoțit de o ade-

nită inguinală stângă, care a durat aproape două luni, când s'a vindecat pe deplin. Acum două ani a mai fost atins de această erupțiune.

Spune că a fost bine până acum o lună, când aflându-se la măcelărie, se pomeni, pe când lucra, că simte căldură în ochi și amețelă, începând tot-o-dată a tremura din mâini și din picioare.

După spusele camaradului său de profesiune avea și puțină spumă la gură. Ne spune că pe timpul acestui acces care a durat ca la un sfert de oră, perdu complet cunoștința. În aceeași zi după ameați a avut iarăși un acces. Bolnavul este apoi bine, în timp de cinci, șese zile, când sculându-se dimineața vede că are pe piele o bășică de culoare alb galbenă, de mărimea unei mică nucă, și situată pe cósă dréptă. Această bulă era plină cu licuid. A doua zi bolnavul străpungând o c'un ac a vădut că se scurge un licuid gălbeniu și cam sirupos. Se presintă la ospiciul Pantelimon, unde capătă o pomadă cu care se unge la bășica deschisă. În zilele următoare alte asemenea bășici se ivesc pe diferite regiuni ale corpului și a căror urme le vedem și astăzi.

Bolnavul ne spune că bășicile erau de diferite mărimi, începând de la aceia a unui bob de porumb și până la aceia a unei mică nucă. Asemenea țice că bășicile nu aveau toate aceiași culóre: unele erau alb gălbenii, altele de un roșu negricios. Ivirea bășicilor celor mai mari nu era însoțită nici de o durere, nici de mâncărime; pe când cele mai mică erau însoțite de puțină mâncărime.

După spargerea bășicilor, făcute la cele mai multe cu un ac, Ț rămânea puțină usturime, și a doua zi se ivea o crustă pe același loc.

Regiunile ocupate de aceste bule le vom menționa la starea presentă. Notez însă, că după spusele pacientului, cu o săptămână înainte de a intra în spital, a avut și în gât o asemenea bășică; că două trei zile după aparițiunea celei din gât Ț-a eșit o asemenea bulă în partea stângă și anterioară a boltei palatine, și a doua zi încă o altă bășică

pe partea dreaptă a acestei regiuni. Pacientul spune că bășica din gât ținu două zile, în timpul căreia a avut greutate în diglutițiune; că avea obiceiul de a bea de la patru la cinci oca de vin pe zi, acum însă ar fi mai moderat în această privință.

Starea prezentă. Bolnavul de constituție forte, musculatura bine dezvoltată, nu prezintă nimic anormal din partea sistemului respirator.

Din partea aparatului circulator notăm 60 de pulsații pe minut și o dilatare varicōsă a trunchiurilor venose de la membrul inferior drept; dilatare care este mai puțin pronunțată la membrul inferior stâng.

Temperatura este normală. Nimic de notat din partea sistemului digestiv și genito-urinar.

Pe suprața pelcii prezintă o mulțime de bule și de cruste și chiar denudări ale dermului din cauza ruperei premature a unora din aceste bule.

Prin observațiune găsim la partea internă a degetului celui mare de la piciorul drept o zonă rotundă cam de mărimea unei monede de 50 de bani, de culōre roșie, sângerândă, durerōsă, rest al unei bule care a existat. Îndărătul maleolei interne de la același picior prezintă iar o zonă morbidă de mărimea unei monede de un leu, acoperită de crustă de culōre roșiu închisă, pe care crustă nu o putem deslipi fără a produce durere bolnavului. La partea postero-internă a gabei drepte găsim o pată de culōre roșiu închis și câte-va cruste.

În aceiași parte de-asupra părții externe a genunchiului se vād trei zone morbide; unele cu dimensiunile unei piese de 50 de bani și altele cu a unei piese de un leu.

Aceste sunt acoperite de epidermul ce a format peretele bulei, și în centrul acestor leziuni se vede în unele locuri mici cruste, iar în altele denudare superficială a dermului. În fine, una din aceste zone morbide este înconjurată de un mic cerc roșiu erythematos.

De-asupra părții interne a aceluiași genunchiu găsim

asemenea urme de bule, ceea-ce se observă și în regiunea posterioară a cõpsei drepte.

Pe partea fesieră din drépta găsim mici cruste diseminate, de culóre roșie. In latura dréptă a toracelui și către basa axilei găsim câte-va mici cruste și bule mici. Pe brațul drept la partea superioară găsim câte-va cruste cari se reunesc între ele.

Pe partea anterioră a toracelui găsim în dreptul măr-gineii drepte a sternului câte-va cruste mici, alături cu altele mai mari. Aceste cruste sunt uscate și unele sunt de culóre roșu închis, altele gălbenii. Ridicând unele din aceste cruste, găsim în locul unora din ele un epiderm nou, iar în locul altora, se vede denudația dermului, cu culóre roșie sângerândă și umedă.

De-asupra mamelonului drept vedem o crustă de formă neregulată rezultată din existența și ruperea mai multor bule anterioré.

Pe abdomen găsim mici cruste diseminate. Pe brațul stâng la partea antero-superioară vedem o crustă mai mare, de formă neregulată; alături se găsesc altele mai mici cu o colorațiune roșie închisă.

La partea internă și superioară a brațului drept găsim asemenea o crustă mai mare, rezultat al ruperii a două bule anterioré.

La partea postero-externă a aceluiași braț găsim o crustă de formă elipsoidă înconjurată de un cerc roșu inflamator. Pe ambele antebrațe și pe mâni nu presintă nimic.

În regiunea pubienă presintă asemenea câte-va mici bule, pline cu licuid cari sunt situate în partea përosă a regiunii.

Pe scrot nu se găsesc lesiuni, asemenea și pe cõpsa și gamba stângă.

În partea stângă și anterioră a cavităței bucale nu găsim, după cum am menționat, de cât o denudare a mucõsei boltei palatine, de formă semielipsoidă, rezultată din contopirea a două bule ce au existat.

Colórea acestei zone este roșietică. Acéstă zonă este despărțită prin linia mediană a boltei palatine de o bulă ce

există în partea dreaptă a aceiași regiuni. Acastă bulă are mărimea unei alune, este plină cu licuid de culóre gălbenie. La partea postero-superióră a lobului urechei stângi, se vede urma unei bule mici.

Forma tuturor acestor bule variază în general, și ast-fel găsim forma rotundă, eliptică, lungăreță și forme neregulate; unele au o formă serpiginósă.

La 15 Aprilie, găsim alte două bule în partea internă și superióră a brațului stâng, alături cu crusta descrisă. Aceste anteme, au una mărimea unei alune, și alta mărimea unei nucii. Deschidénd una din aceste bule și esaminând licuidul la microscop, găsim globuli de sânge în stare normală, și prea puțin globuli de puroiú. În această zi observăm că bulele din regiunea pubienă și aceia din partea dreaptă a boltei palatine sunt deprimare, de óre-ce s'a scurs conținutul prin spargerea lor.

La 16 Aprilie, bulele apărute din ziua precedentă în regiunea supero-internă a brațului stâng sunt sparte, iar în locul acestor bule se vede epidermul ce forméză bula. Acest epiderm, dacă este ridicat, lasă să se vadă dermul de culóre roșiu sângerândă, presentând chiar două mici focare hemoragice.

La 17 Aprilie găsim altă bulă pe partea mediană și anterióră a còpsel drepte de mărimea unei alune, plină cu licuid de culóre gălbenie. Epidermul ce forméză peretele acestor bule este subțiat, fiind distins prin conținutul licuid. Asemenea mai găsim în această zi alte bule de-asupra mamelonului drept, aceste bule însă sunt mici cât un bob de porumb, de culóre roșiu închis, avénd un conținut hemoragic. În aceeași zi găsim încă o mică bulă, la partea internă a brațului drept, de culóre roșiu închisă.

Esamenul chimic al conținutului unei bule cu culórea gălbenie, ne arată presența albuminei; însă cristale de ureă nu sunt.

Considerând începutul acestei erupțiuni ce datéză de două ani, fiind-că bolnavul țice că a mai avut la țisa epocă o asemene dermatosă, putem țice că avem a face cu o



formă cronică de pemfigus vulgar, și trebuie să știți că casurile de pemfigus nu sunt tocmai frecvente.

La Viena în timp de 13 ani s'aun observat numai 107 casuri de pemfigus; pe când cele-l'alte afecțiuni cutanate represintăun un număr de 50.000 de casuri.

Raritatea casurilor și formele sub cari se presintă această bolă au făcut că fie-care observator să numéscă diferit dermatosa de care vă vorbesc, și să presinte nisce statistice mai mult sau mai puțin exagerate.

Ast-fel Martius citat de Kaposi în statistica sa descrie 97 de varietăți de pemfigus, ceea ce lesne înțelegeți că este o exagerare considerabilă. Să vedem acum, domnilor, cum am puté defini pemfigusul, și cari sunt cauzele cari 'i dau nascere.

După Bazin, bula este sinonimă cu pemfigusul. Inșă această opiniune nu trebuie aplicată în mod riguros, căci există diferite afecțiuni însoțite de bule, și cari nu constituiesc un pemfigus. Bulele de arsuri, din gangrene, din variolă, din erythemul bulos, etc.; nu țin de pemfigus.

Pemfigusul este ceea ce de mai multe ori o afecțiune cronică a peleii caracterisată prin ivirea unor bule de mărime diferite puténd ocupa totă suprafața tegumentului extern; une-ori se pôte ivi și pe tegumentul intern. S'aun observat casuri și pe mucósa stomacală. El are un mers lent și cronic; pe când unele bule apar, altele dispar; cele ce dispar nu lasă în urma lor de cât numai nisce pete pigmentate.

Inșă în urma vindecărei unei període a dermatitei lui Duhring-Brocq, unde avem bule, rămân une-ori cicatrice, ceea ce ați putut observa la o femeie în serviciul meu.

O așa erupțiune pôte fi produsă și prin medicamente externe, prin substanțe iritante, etc., chiar ieri am vădut un bolnav, la care, pentru un ulcer între degetele picioarelor, 'i se recomandase aplicări de pulvere de iodoform, ce după câte-va zile 'i-au provocat o erupțiune bulosă pe fața dorsală a piciorului și pentru care am fost consultat. *Inșă erupțiunea ast-fel produsă nu pôte fi considerată de cât ca o erupțiune bulosă artificială, fără o importanță clinică apreciată.*

V'am vorbit de acest cas fiind-că a fost considerat ca un adevărat pemfigus de un confrate.

Chestiunea patogenică a pemfigusului este una din cele mai dificile, ea a dat nascere la numeroase discuțiuni.

Nodet, în tesa sa, dă 11 observațiuni, din cari deduce că cauza cea mai apropiată a pemfigusului constă într'o atoniă neuro-paralitică a vaselor sanguine, din partea locului unde se ivesc bulele. Cazul nostru ar intra în această ordine de vederi.

Dr. Joseph a publicat în anul trecut (1886) o observațiune în care se atrăgea atențiunea asupra predispozițiunei ereditare la ivirea bulelor, citând casul unei femei de 37 de ani cu 2 copii, care avea bule numeroase pe tegumentul extern. La această pacientă bulele ocupaū mai cu osebite regiunile comprimate cu corsetul; și orî-ce iritațiune a peleî ȳ producea erupțiunii de urticaria. Ceî doi copii ai seî de la vârsta de douî ani și până la cincî-spre-dece ani aū presintat bule pe diferitele regiuni ale peleî și chiar la această etate predispoziția la eșirea bulelor nu dispăruse încă.

Dr. A. Goldscheider acum 4 ani (în 1882) publică în jurnalele americane un cas intitulat «Predispozițiune ereditară la erupțiunii bulose» în care face istoricul unui soldat; ce după un mers puțin prelungit a căpétat bule la picioare și care mai în urmă s'a întins la regiunile supuse comprimărilor; așa s'a ivit bule unde se încingea cu centuronul și la regiunea cervicală unde 'l strîngea gulerul cu cravata. La acest pacient o frecare de trei minute, făcută pe orî-ce parte a peleî, da loc la bule după câte-va ore.

Insă în acest cas pôte că pe lângă predispoziția ereditară să fi contribuit și compresiunea făcută mai energică cu ore-care scop, ceea-ce a dat loc la o turburare în circulațiune, de unde bulele, deși în familia acestui soldat atât tatăl seū, mama și copii unei surori a lui, aū suferit de pemfigus. Mai mult încă, un frate al acestui soldat a fost exclus din serviciul militar pentru afecțiunea bulosă, în cât vedînd acest lucru, am avea dreptul să admitem în adevăr o predispozițiune ereditară.

Dr. Valentin din Germania a publicat cazul unui băiat de 16 ani cu predispozițiune ereditară buloasă. Cea mai mică presiune, chiar jăretierele îi produceau bule pe pele; însă iarna nu avea nimic. In familia acestui pacient s'a găsit 11 membrii ai ei, cari suferiau de pemfigus.

Kaposi și Köbner au constatat și ei ereditatea la un bolnav de 23 ani. Tot Köbner a observat în 1886, într'o familie mai mulți copii de la 10 la 15 ani, cari căpătau bule după ori-ce compresiune; și mai cu osebire în timpul verei. La toți acești copii transpirația plantară era esagerată.

In fine un american dr. R. H. Sabin a publicat anul trecut (1886) o observațiune de pemfigus cu albuminurie. Acest cas este al unei femei care, după a 3-a, a 4-a și a 5-a facere a fost atinsă de pemfigus generalizat, și mai târziu murind s'a găsit la această nenorocită rinichiul alb, adică o nephrită interstițială.

Hebra și Köbner au observat la femei isterice, aparițiunea unui pemfigus, coincidând une-ori în timpul facerei, și dispărând după facere; și alte ori se ivia regulat pemfigusul numai după facere.

Aceste casuri nu constituiesc pemfigusul adevărat, individualizat, casurile lui Hebra și Köbner pot fi considerate ca «Herpes Gestationis.»

Domnilor. In tratatele didactice veți găsi o mulțime de teorii cari pretind a explica cauza intimă a acestei dermopatii. Așa unii zic că urea fiind în mare cantitate în sânge ar da naștere afecțiunii buloase. Unii acuză uratele, alții fosfatul de calce, albumina și amoniacul, ca fiind în exces și este bine să știți că turburările chimice ale urinei au fost considerate ca cauză a pemfigusului, de la finele secolului trecut, idei cari, cum vedeți, se emit încă și acum.

Asemenea s'a emis părerea că unele substanțe iritante introduse în organism și eșind prin pele ar fi cauza bulelor.

Pe de altă parte analiza licidului din bule a dat diferite rezultate autorilor și ast-fel s'a găsit: amoniac, urea, acid acetic și sēruri diferite!

Bamberger însă n'a găsit nimic important în licidul din

bule; iar în casurile când lichidul din bule conținea principii imediați, se găsea și alterațiunile ale rinichilor.

Ast-fel putem dice că coexistența unei afecțiuni a rinichiului ne conduce a admite eliminarea pe pele a substanțelor, ce în stare normală a organelor uropoetice, se elimină prin ele.

În lichidul scos din bulele bolnavului nostru nu s'a găsit de cât câțiva globuli roși de sânge; și prin examenul chimic s'a constatat prezența albuminei

Urina pacientului nostru este limpede și nu presintă de loc albumină.

Schwimmer a observat un cas de pemfigus generalizat precedat de un Zoster în urma unui violent traumatism.

Unii autori au găsit oarecari leziuni din partea măduvei spinării. Kaposi (1) din studiul a nouă măduvi provenite de la așa casuri, a găsit într'un singur cas o sclerosă difuză a măduvei.

Schwimmer și Babeș au găsit o rarefacție a periferiei măduvei într'un cas. În alt cas distinsul nostru coleg de la Universitate a constatat oarecari leziuni medulare mai cu seamă în cordonii lui Goll și în rădăcinile posterioare.

Nu insist asupra erupțiilor buloase observate de diferiți nevrologiști în cursul diferitelor afecțiuni ale centrilor nervoși, fiind-că eu nu consider aceste erupțiuni ca ținând de un pemfigus.

În privința acésta, precum vedeți, n'avem încă nici un drept să dicem că pemfigusul recunoște de cauză o leziune medulară.

De aceea cum am avut ocasiunea ca să am toate organele de la trei bolnavi ce au murit în urma pemfigusului foliaceu, am făcut studiul istologic al nervilor periferici, al nervilor peleți, al ganglionilor spinali, al rădăcinilor nervoase, al măduvei, și a diferitelor viscere. Studiul acesta este descris într'un memoriu pe care îl vom presinta la congresul de

---

(1) Pathel et Trait. des maladies de la peau. 2<sup>me</sup> édition française 18<sup>71</sup>, p. 816, 871.

dermatologie, ce se va ține la Viena în Septembrie 1892. Să vă fac însă cunoscut pe scurt leziunile cari cred că pot fi mai lesne puse pe sēma acestei dermatose. Am găsit în nervii peleii atât în trunchiurile grōse cât și în cele subțiri un mare număr de fibre atrofiate, după cum puteți observa în aceste preparate microscopice. Aceiași alterațiune o puteți vedea în fibrele nervōse ce străbat ganglionii spinali. În pele puteți observa o atrophie particulară a țesutului grāsos, cu un aspect frumos obținut prin întrebuintarea acidului osmic. Am găsit leziuni în mēduvă însă cari nu pot fi considerate de cât ca secundare leziunei nervilor cutanați (1).

Să vedem dacā pemligusul are o patogenie microbienă. Mai întâiu s'a căutat agentul patogen în conținutul bulelor de pemligus, unde mai mulți observatori au găsit bacterii.

Paul Gibier a găsit bacterii în formă de lanț în conținutul bulelor, în sânge și în urină.

Demme citat de Kaposi a găsit diplococi în sânge, în bule și a obținut culturii pure.

Babeș a găsit streptococi în conținutul bulelor dintr'un cas care nu era un pemligus tip.

P. de Michele (2) a găsit un microorganism pe care l'a cultivat. Culturile pe gelatină semēnaū cu acele ce se obțin cu streptococcus pyogen cereus.

Experiențele pe animale cu aceste culturii n'au dat nici un rezultat.

La rîndul sēu F'eleti (de Catane) (3) dice că a găsit în sân-

(1) Pentru mai multe amēnunțuni veđi «Du pemphigus foliacēe, Etude-histologique des lēsions trouvées dans trois cas semblables, par le dr. Petriini (de Galatz). Brochure de 48 pages avec 2 pl. en couleurs 1892.

(2) Contribution à la recherche des microorganismes dans le pemphigus chronique (Giornale italiano delle malat, vener. et della pelle mars 1891. p. 19.

(3) Congrès de la société Italienne de médecine interne tenu à Rome en Octobre 1890.

gele și licuidul din bule dintr'un cas de pemligus cronic două speciї de micrococi din genul staphylococilor. El admite natura infecțioasă a acestei dermatose.

În fine, într'un alt cas învățatul nostru coleg, profesorul Babeș a găsit un bacil căruia i dă mare importanță în producerea acestor antheme.

Ceea ce pot să vă spun în privința diferiților microbi descoperiți în această dermatosă, este că microbii se constată când bulele sunt constituite și nu chiar din ziua întâia, deci cauza primitivă a formării buleilor pe pele nu poate fi pusă pe sēma microbilor. Însă microbii diferiți, acei piogeni cari se ivesc în urma denudărilor epiteliale, epidermice, au negreșit un rol însemnat prin aceea că ei agravează starea locală și generală a acestor bolnavi. *Deci în mod secundar trebuie să dăm o oarecare parte microbilor găsiți în așa casuri.*

Terminând cu cele ce avem de spus asupra patogeniei acestei afecțiunii, să vedem acum prin ce se manifestă ea.

Autorii au admis trei varietăți de pemfigus cari sunt: pemfigus vulgar cronic; pemfigus foliaceu care l'ați vădit figurat în planșa din atlasul lui Hardy; și un cas ce v'am prezentat la spital și varietatea cea mai gravă și disă pemfigus vegetant; în fine s'a mai descris o varietate particulară, care este pemfigusul noilor-născuți.

Din punctul de vedere însă al evoluțiunii bulelor în pemfigus, putem dice că avem numai două varietăți: (a) într'un cas bulele se sparg și epidermul se reface, și b) în alt cas bulele spărgându-se, epidermul se exfoliază și nu se mai reface (pemfigus foliaceu). În fine ca varietăți clinice putem observa, un pemfigus cachectic, altul pruriginos, serpiginos, circinat, hemoragic, diseminat, în grupă, benign și malign. Alte-ori putem ave un pemfigus permanent; și une-ori el se mărginesce la o singură bulă care se poate împropăta un timp îndelungat.

Dr. Riehl din Viena a publicat trei casuri cu aspect deosebit, și din care voesc a face o nouă varietate de pemfigus cu basa buloasă și tendința ipertrofică, în care varietate

papilele dermice sunt mărite. Inșă acéști varietate intră în tipul vegetant al afecțiunei și care ne este deja cunoscut.

De asemenea Danielssen a observat la leproși bule de pemfigus cari une-orî precedau cu câte-va luni de zile lepra; inșă în așa cas nu putem admite de cât o simplă coincidență, căci așa lucru s'a observat de Kaposi și de Hebra, unde la un bolnav atins de prurigo de Hebra, s'a declarat un pemfigus care a durat aprópe un an.

Afecțiunea bulósă în acest cas s'a vindecat, pe când prurigo a apărut iarăși.

În așa cas se póte admite că terenul era pregătit, în cât după un prurigo s'a ivit un pemfigus, și acest din urmă vindecându-se, bóla cea mai veche, prurigo, și-a reluat din nou drepturile lui pe tegumentul extern.

H. Ripley, american, a observat un cas de pemfigus la un copil de patru ani, cu predispozițiunii la urticarie, și care în urma unui pojar a avut un pemfigus generalizat pe tegumentul extern, afară de podul palmelor și planta piciorilor.

Erupțiua bulósă era însoțită de febră, starea generală gravă, unghiile au căzut, s'au ivit altele noi, și printr'un tratament tonic micul pacient s'a vindecat.

La începutul bólei în forma vulgară, bolnavii presintă une-orî fenomene febrile, gastrice, fenomene ce preced cu o zi sau două aparițiunea bulelor, și bolnavul nostru cu pemfigus vulgar precum și acela cu pemfigus foliaceu a avut tot-d'a-una înaintea izbucnirii scriilor de bule așa fenomene febrile; bulele au apărut mai întâiu pe membre, s'au distins prin licuidul conținut, devenind ca nisce pungi, cari crescând din ce în ce mai mari ajung a se rupe. Dühring dice că bulele se observă mai des pe gambă, eu în câte-va casuri am observat acéști predominare. Inșă în pemfigusul foliaceu bulele sunt răspândite mai mult pe trunchi și membrele superioare, gât, față, cap.

Temperatura la bolnavul nostru a fost și este în tot-d'a-una normală. De la începutul bólei și mai în tot-d'a-una, febra scade cu evoluția erupțiunei.

Mărimea bulelor este variabilă și ast-fel putem întelni casuri, unde bulele să aibă mărimea de la un bob de mazăre până la o alună, sau nucă, și une-orî chiar cât un ou de găină. Mai multe bule mici se pot uni și constitui o bulă mare.

Forma lor este rotundă sau ovală; une-orî se ivesc întâiu pe crytematoze și în urmă bule. Unele din bule sunt inconjurate de un cerc roș, foarte limitat însă, iar alte orî bulele apar pe pelea cu aspectul sănătos.

Bulele cele mari la bolnavul nostru nu produc nici arsurii nici mâncărime; pe când cele mici produc acest symptom.

Coloarea acestor bule este transparentă la început, pe urmă devin gălbenii și acesta depinde de modificarea conținutului lor licuid.

Haight esaminând bule de pemfigus cronic și bule de arsuri, a observat ici și colo resturi de celule epidermice îngrămădite unele peste altele, proeminând în cavitatea plină cu licuid a bulei, care cavitate ocupa spațiul dintre stratul cornos și rețeaua lui Malpighi; papilele erau puțin mai depărtate între ele, mai rădicate, oedemațiate, și vasele lor puțin dilatate.

Însă Auspitz în două casuri n'a găsit aceste modificări în papile; dar în bulele ivite repede după arsuri a observat infiltrarea papilelor cu globuli albi, ceea ce se vede în orî-ce inflamațiune (1).

Când afecțiunea se întinde, ocupă regiuni întregi și erupția devine confluentă, putem vedé complicațiuni de edem; angiocită, și pemfigusul devenind une-orî serpiginos, bolnavii au insomnie și mâncărime mare.

Acastă mâncărime la unii bolnavi este pré pronunțată de unde sgârieturile epidermice produse de scârpînăturile bolnavilor; și această varietate s'a numit «pemfigus pruriginos».

Când evoluția bulelor se face cam neregulat, se observă că bulele apărute se distind de conținutul lor, fără tendință

(1) Veđi Dr. Petrini-Galatz loco cit. pagina 13, 33 și 34.



de a se sparge; deschidând medicul bulele se obține cicatrizare în forma vulgară a afecțiunii.

De obicei evoluția unei bule ține de la 1—2 la 3 și 4 zile; și când unele dispar altele reapar, și ast-fel o așa stare se poate continua timp de 2 și chiar 6 luni une-orî.

După spargerea bulelor, cicatrizarea se face în 5—6 zile; crustele rezultate din pereții bulelor și din conținutul lor cad, și lasă în locul lor niscă pete verdui pigmentate.

Acastă evoluțiune se observă numai în pemfigus vulgar cronic; în pemfigusul foliaceu cicatrizarea nu se face, și regiunile atinse de bule rămân denudate cu ruperea acestor antheme, epidermul nu se înoescce și așa se poate întâmpla ca un membru întreg să rămâie denudat. Pacientul ce v'am arătat la spital presinta mai tot triunchiul denudat de epiderm, de unde starea gravă în care se afla, și acăsta explică gravitatea varietăței pemfigusului foliaceu.

Din fericire însă acastă varietate gravă de pemfigus se observă foarte rar.

În pemfigus foliaceu bulele sunt late, turtite și nu pline cu lichid ca în cel vulgar, și ele se rup mai înainte de a se desvolta complet. În line, erupția se întinde repede peste tot corpul, și după Duhring și eu am observat acăsta că pe acelaș loc, se fac mai multe bule în mod succesiv; epidermul se exfoliază mereu și acăsta stare poate să dureze une-orî mai mulți ani.

Une-orî se poate întâmpla ca pe terenul unui pemfigus foliaceu să mai apară și vegetațiunî constituind forma numită «pemfigus vegetant», care se ivesce pe regiunile denudate; și mai cu osebire în regiunile axiliare, inguinale, une-orî și pe suprafața altor regiunî. În acăsta formă vedem niscă ridicături roșietice, ca vegetațiunile, și după aspectul afecțiunii ast-fel presintată, vechii autori francesi între carî vă vom menționa pe Alibert, au numit'o «frambesia și considerând'o ca de natură silitică, au numit'o «frambesia silitică». În timpî din urmă profesorul Neumann de la Viena în 1886, a studiat din nou acăsta varietate rară

a afecțiunii, și a publicat lucrarea sa în arhivele de dermatologie ce apar în Viena.

Însă cu toate progresele făcute, chestiunea pemfigusului în general și a formei vegetante în particular, nu este încă pe deplin cunoscută de majoritatea observatorilor, căci nici nu s'a observat până acum un număr însemnat de așa cazuri, spre a se li putut face un studiu cu totul complet.

Neumann, comunicând Societății de medicină din Viena în anul 1886 luna Ianuarie, cazul unei paciente atinsă de pemligus vegetant, dăse că vegetațiile observate sunt rezultatul măririi de volum a papilelor dermice și adaogă, că pemfigusul foliaceu și vegetant a fost considerat de Hebra, și descris de Kaposi ca «frambesia sifilitică».

La bolnava lui Neumann, care era o femeie de 31 de ani, bulele au apărut de odată în regiunea axilară, unde după ruperea acestor antheme epidermul nu s'a mai reînnoit, cicatrizarea nu s'a observat, și pe suprafețele ast-fel denudate, s'a ivit vegetațiuni secretante.

Mai pe urmă s'a ivit bule pe mucoasa bucală și faringiană, apoi pe brațe, pe spete, abdomen, pept, buzele mari și în această din urmă regiune s'a ivit condylome. În urmă bolnava a sucombat. Ehrmann, asistent la Neumann, cercetând 9 cazuri din punctul de vedere anatomo-patologic, a găsit la 3 cazuri, punte de ramolire în măduva spinării corespunzând la regiunea pelei, unde erupția buloasă a acestei forme era mai abundentă. Însă Riehl a examinat un caz în acest sens și n'a găsit nici urme de o myelită, de unde el respinge raportul stabilit de Ehrmann, între pemfigus vegetant și leziuni ale măduvei spinării.

Pe de altă parte Riehl distinge pemligus foliaceu de cel vegetant. Această distincțiune o face și eu; ast-fel admit ca adevărat pemligus cele 3 varietăți următoare: Pemfigus vulgar cronic (b) pemfigusul foliaceu și (c) pemfigusul vegetant: celelalte afecțiuni buloase nu sunt de cât diferite erupțiuni pemligoide, etc. În pemfigus vegetant după acest autor, se ivesc negi sau vegetațiuni de la 2 la 5 milimetri

care încep la baza bulei cicatrizate chiar; pe când în pemfigusul foliaceu nu începe de loc cicatrizarea.

Kaposi care a observat 15 cazuri de pemfigus vegetant, admite pemfigusul vulgar și pemfigusul foliaceu cu sau fără vegetațiunii, și ast-fel după Kaposi o formă se poate transforma în alta; și alterațiile semnalate în mедуva spinărei după acest autor, pot fi considerate ca accidental, lucru spre care toți tindem a crede.

Doyon, fără a face o mare deosebire între aceste forme de pemfigus, dice că există un pemfigus vegetant care se manifestă ast-fel de la origină.

Însă cum v'am dis deja chestiunea pemfigusului vegetant nefiind încă pe deplin studiată, nici în opera lui Kaposi și Hebra, nu găsim subiectul tratat.

Neumann (1) însă a publicat un memoriu asupra pemfigusului vegetant din care se vede că această varietate începe prin bule pline cu lichid purulent, și rădicând epidermul bulei se vede în centrul său la bază, o rădicătură albicioasă, care se întinde repede în înălțime și în lărgime, consituind ast-fel o vegetație neegală, papilomatósă care este înconjurată de o zonă escoriată, și ceva mai departe de acest punct se vede o rădicare bulósă epidermică. Vegetația secretă un lichid fetid care se transformă în cruste subțiri; rădicând crustele se constată sub ele vegetațiunile cari une-orî sunt acoperite de un strat subțire de epiderm, iar alte orî sunt presărate de rădicături puntiforme, lenticulare. Sediul de preferință al acestor antheme la om este: mucósa cavităței bucale, pelea de la simfisa pubienă, de la partea internă a cósnelor, și în regiunile fessiere.

Aceste lesiuni presintă mare asemănare cu condylomele sifilitice conflente, cu cari se pot lesne confunda.

Lucrarea remarcabilă a profesorului Neumann este însoțită de două planșe colorate pe cari am onóre a vi le presenta, și unde se poate vedé că pacienta care a dat oca-

(1) Neumann Ueber pemfigus vegetans in Viertel-Jahrschrift für die Matologie und Syphilis 1886.)

siune acestui memoriu, presintă lesiuni întinse în creștetul capului, pavilionul urechei drepte, pe spete, regiunile fesiere, pe brațe, torace, abdomen și pe fața internă a cōpselor.

Plăcile vegetante sunt mari: în creștetul capului, la unghiul inferior al omoplatului drept în regiunile fesiere, în partea inferiōră stângă a toracelui și la partea internă a cōpselor.

Din cele până aci menționate lesne puteți înțelege că această formă de pemfigus este cea mai gravă; însă din fericire și cea mai rară.

Cât privesce pemfigusul acut al noilor născuți, unii autori au pus la îndoială existența sa, și Duhring a ținut că această formă de pemfigus nu este de cât un impetigo contagios. Cu toate acestea de și eu n'am avut ocaziune până acum a observa așa casuri, după unii autori s'ar fi observat chiar în mod epidemic și sunt autori cari au publicat așa forme.

Moldenhauer a descris o mică epidemie observată la copii, însă unii autori au acuzat băile prea calde făcute copiilor, ca cauză acestor manifestațiuni de pemfigus, iar alții se întreabă dacă aceste casuri nu erau casuri de varicelă.

Pe de altă parte Besnier de la Paris ține că pemfigusul noilor născuți există în realitate; că el este contagios, și că el a observat așa casuri la Paris.

Kaposi ține că n'a observat așa casuri și nu se poate pronunța. După Besnier această formă se poate observa pe totă suprafața pelei, afară de palme și planta piciorilor; că evoluția ei este periodică ca și a formei vulgare cronice și poate fi vindecat în trei săptămâni; de și se poate observa și casuri de morțe în unele casuri.

Senator de la Berlin a publicat în 1886, observațiunea unui pemfigus acut la o fată de 16 ani și un alt autor a publicat observațiunea unei fete de 4 ani. Aceste două casuri însă fiind precedate de pojar, nu le putem considera ca casuri tipice de pemfigus, ci ca erupțiuni polymorfe care s'a numit de unii febră buloasă.

În fine, Hervieux de la Paris a observat și el o epidemie de pemfigus la copii.

Autorii ce au observat această varietate de pemfigus, și că copiii se nasc sănătoși, și după câte-va zile, se ivesc pe unele regiuni ale corpului nisele bule mici, cari evoluează în timp de 3—4 săptămâni, după care timp dispar, când bolnavii se vindecă.

Aceste cazuri observate la copii nu trebuiesc luate ca cazuri de pemfigus sifilitic; căci în această din urmă varietate există bule și pe podul palmei, și pe talpa piciorului, precum vedeți în această planșă din atlasul lui Neumann.

Pe de altă parte în pemfigusul syphilitic sau syphilodermic buloasă, bulele sunt late de odată și purulente; ele sunt precedate de papule și avem în așa caz ceea ce Fournier numește «syphilodermic buloasă.»

Ținând în seamă cele ce v'am spus apropo de evoluția bulelor, de cicatrizațiune, precum și de celelalte fenomene ce aparțin diferitelor forme, cred că veți pute lesne ajunge la un bun diagnostic al dermatosei de care ne ocupăm, mai cu seamă că ați vădit și bolnavul care face subiectul acestei lecțiuni, precum și planșele demonstrative a formelor ce nu am putut să vă prezint.

Cu toate acestea nu este de prisos să vă atrag atențiunea asupra bolilor cu care pemfigusul se poate confunda, și a vă arăta pe scurt caracterele distinctive.

Seim că aplicarea unor substanțe iritante pe piele, ca cantarida etc. pot produce bule și sunt indivizii cari au necesitate a simula o așa boală spre a se sustrage de la un serviciu: însă în acest caz avem un pemfigus local, și punând bolnavul în observațiune se va constata că alte bule noi nu se mai ivesc.

Cu flictenele produse prin arsuri nu putem confunda un pemfigus vulgar, fiindcă lichidul din flictene este gălbenuș de la început, flictenele sunt mai mari decât bulele, în fine bolnavul ne spune că s'a ars; și în cele din urmă, ca și cu bulele produse prin substanțe iritante puse pe piele, alte bule în urma arsurilor nu se mai ivesc; pe când în ade-

văratul pemfigus, după cum v'am spus, când unele bule dispar, altele apar și această se urmărește mai mult timp.

S'ar pute face une-oră confuzia cu un erythem bulos. Însă în această din urmă dermatosă vedem niște plăci roșietice pe deasupra cărora sunt și bulele, dar lucru mai principal e, că pe lângă acestea se mai observă și papule, pustule, ceea ce nici odată nu se observă în adevăratul pemfigus.

Cu toate acestea, când suntem în perioada acută a unui pemfigus, trebuie să fim tot-d'a-una rezervați în formularea diagnosticului.

Cu hydroa buloasă a lui Bazin nu putem confunda afecțiunea ce studiem, din cauză că, în dermatosa lui Bazin, bulele sunt mai mici și ele sunt mai aglomerate unele lângă altele, de preferință ocupă regiuni limitate ca fața, și partea dorsală a mânelor; și evoluția acestei dermatose este mai repede, hola trece mai curând ca pemfigusul.

Pe plăcile anestetice ale leproșilor s'a observat une-oră aparițiunea unor bule pemfigoide, însă cred suficient a vă atrage atențiunea asupra acestei întâmplări spre a evita o eroră de diagnostic.

Aparițiunea bulelor se poate observa în cursul diferitelor morbe, și această nu ne va face să dicem că suntem în prezența unui pemfigus adevărat.

Pentru a evita eroră trebuie să nu uităm caracterele menționate ale adevăratului pemfigus cronic vulgar: starea cronică, ivirea bulelor, modul lor de evoluțiune, unele dispar, altele reapar, prezența crustelor, rezultat al ruperei bulelor: petele pigmentate, și puțin mai departe de aceste leziuni ivirea altor noi bule, etc.

Pemfigusul vulgar cronic nu se va confunda cu dermatita herpetiformă a lui Duhring Brocq; fiind-că în această din urmă dermatosă există o erupțiune polymorfă și se observă: papule, pustule, vezicule, bule, cari isbuenesc prin perioade; și de și hola durează prin evoluțiuni succesive ani întregi, starea generală a pacienților este tot satisfăcătoare. lucru ce nu se observă în pemfigusul vulgar.

În scabies, în urticaria, în erythemul polymorf, în arsuri de gradul al doilea; bromurul, iodurul, pot da naștere bulelor, și cu toate acestea nu putem dice că în așa casuri avem un pemligus.

La unele persoane antipyrina produce o erupțiune buloasă care de o dată te faci să te gândești la un adevărat pemfigus, am observat un așa cas (1).

Fiind deci preveniți de greșelele ce se pot face, și observând bine casurile de pemligus vulgar clasic, veți pute ajunge la un bun diagnostic.

A se lua un pemligus drept un impetigo herpetiform este cam greu, căci în această din urmă dermatosă avem bule pustuloase, avem puroiul de la ivirea bulelor. Cât privește pemligusul Zoster în care asemenea avem bule, trebuie să nu uităm că în așa cas erupția este localizată și urmăzește traiectul unei ramuri nervoase.

Se va căuta a nu se confunda un pemligus la copil noi născuți, ivit în urma băilor prea calde c'un pemfigus sifilitic. În această din urmă formă putem observa existența bulelor sau la nașterea copilului (pemf. congenital, sifilitic) sau după câte-va săptămâni. Însă se știe că în așa cas bulele ocupă de preferință planta picioarelor, și podul palmei; bulele sunt late, purulente cum v'am menționat deja, și după cum ați văzut în atlasul lui Neumann. Asemenea se va observa a nu se lua un pemligus vulgar circinat, drept un herpes iris; căci în această din urmă dermatosă avem iarăși dese-ori o erupție polymorfă.

Formele de pemligus foliaceu, vegetant, cronic vulgar, și serpiginos, se pot lesne separa între ele, după caracterele descrise mai sus.

Terminăm aici cu diagnosticul acestei dermatose, și dicem că spre dificultatea acestui diagnostic, Dühring, cuprinde în dermatita herpetiformă, care poartă numele său, cele mai

---

(1) Annales de Dermat. et de syphiligraphie No. 2 din Fevruarie 1892. Eruption pemphigoide antipyrinique par le dr. Petriani (de Galatz).

multe varietăți de pemfigus (1); însă am arătat în câte-va cuvinte cum se poate evita crórea.

În privința prognosticului trebuie mai în tot-d'auna să fim rezervați; și mai cu seamă când avem a face cu un bolnav cachectic, la care bulele sunt numeroase, nu pline cu licuid, și cu fenomene interne. Căci chiar vindecându-se bolnavul, se poate întâmpla ca după unul sau două ani bóla să reapară, după cum s'a întâmplat și cu bolnavul nostru.

Cât privește prognosticul pemligusului foliaceu, și vegetant el este cât se poate de defavorabil.

Pemfigusul vulgar cu bule pline și puțin numeroase se vindecă mai adesea-ori.

Eu am avut fericirea să vindec la spitalul Colentina un pemfigus cronic generalizat la o femeă bătrână, printr'un tratament tonic, feruginos, pe lângă tratamentul extern, și întreținerea curată a rufăriei bolnavei.

Copiii noi născuți cari, după cum v'am spus, pot fi atinși de un pemfigus acut al noilor născuți, se pot vindeca, cele mai adese-ori în timp de cinci la șese săptămâni; pe când cel sifilitic al acestor copii durează de obicei mai mult timp.

Cum tratăm pe acești bolnavi?

Ca și în alte dermatose și în acesta, avem mijloce externe și interne, spre a ajunge la vindecarea bolnavilor.

Medicamente interne cu reputațiune mai eficace sunt tonicele, cu alimentația tonică, reparatoare, și mai cu osebire dacă avem a trata pacienții slăbiți, rău nutriți, și în vîrstă înaintată, vom da de preferință, ferul cu chinina, și când se poate apele minerale, arsenicale și feruginoase, ca Dominique (Vals) Levico, etc.

S'aun recomandat însă foarte multe medicamente pentru vindecarea pemfigusului de și cele de mai multe ori acestea nu aun dat rezultatele anunțate.

Hutchinson și R. W. Taylor (2) precum și alți dermato-

(1) De la Dermatite Herpétiforme de Duhring par le dr. Brocq Paris, 1888, chez G. Masson. Editeur.

(2) Journal of cutaneous and venereal diseases, p. 362. Decembre 1886



logiști, după mai multe observațiuni au stabilit, că arsenicul are o acțiune curativă în pemfigus. Se înțelege însă că medicația arsenicală nu se va întrebuința de cât în casurile cronice ale acestei dermatose.

Une-ori mîncărimea ce însoțescă bóla împedică somnul pacienților, și în așa cas chloralul, morfina, sulfonalul sau paraldehyda sunt natural indicate. Poțiuni cu aqua laurocerasi și beladonă calmază adesea-ori mîncăririle pacienților.

Ca mijloce externe ne servim pentru bulele deschise de aplicări de pulvere de amidon simplă sau cu sub-nitrat de bismuth și pulvere de talc, peste care, după întinderea leziunilor, punem vată și legăm ușor cu feșe de tifon. Când avem suprafețe mari atinse de aceste antheme, și avem și denudări epidermice întinse, însoțite de inflamație, aplicarea compreselor muiate în apă de Goulard, ne dă bune rezultate.

Când avem suprafețe acoperite cu cruste vom aplica corpuri grași, conținând și acid salicylic sau boric 3%, spre a face să cadă crustele, și în urmă vom aplica iarăși pulverea de amidon menționată, făcând și bandajul apropiat.

Când bolnavii au febră, se înțelege că după împrejurări vom da chinină, antipyrină, sau phenacetină, dând pe și două grame în patru doze, și a se lua câte un praf la două ore.

În casurile grave, în pemfigus foliaceu mai cu osehire, întrebuințăm băile calde continue, precum se face în casurile de arsuri întinse, ținând bolnavul în așa baie, trei, patru și chiar cinci luni, cu ore-cară intermitențe, până când se obțin ore-cară ameliorări. Acest mod de tratament, se întrebuințează mai cu sémă la clinica dermatologică de la Viena, unde după cum v'am spus, există o instalațiune specială de băi continue. *Vindecările însă ale pemfigusului foliaceu sunt cu totul excepționale.* Se înțelege că aici la noi, unde lipsesc o așa instalațiune, nu putem întrebuința băile calde de cât cel mult câte-va ore pe și, și acésta cu ore care dificultate.

Să nu credeți însă că chiar cu sistemul băilor de la Viena se pôte obține vindecarea pemfigusului foliaceu.

În contra acestei forme de pemfigus, Besnier cu autoritatea sa dice că până acum n'avem mijlôce de vindecare.

În pemfigusul vulgar cronic băile calde sunt suficiente și folositoare și de trei ori pe săptămână.

În forma vegetantă întrebuițăm cauterisațiile cu nitratul de argint, ca și în ori și ce exerescență, pe lângă care prescriem tonicele cu băile calde prelungite pe cât se va puté.

Negreșit că în pemfigusul sifilitic pe lângă topicele aplicate, ca și în forma vulgară, vom întrebuița tratamentul specific, și în așa cas siropul de Gibert își găsește indicația sa. În pemfigusul simptomatic de o leziune a rinichilor vom întrebuița tratamentul apropiat al nephritelor dieta de lapte, poțiunea lui Semola cu iodure de potassium etc.

Când pemfigusul la femei este însoțit de turburări ale menstruațiunei, când, cu alte cuvinte, avem un pemfigus isteric, ne vom preocupa mai înainte să vindecăm starea generală a unor așa bolnave.

La bolnavul nostru pemfigusul fiind sub dependența unei atonii vasculare, cred că este foarte rațional, și acesta voi face pentru acest cas, voi întrebuița idroterapia și arseniatul de sodă, și când acest tratament nu mă va da bune rezultate, voi încerca și cu tonicele ca: ferul, quinquina, apa minerală, arsenico-feruginosă de Vals (Domnique). etc.

Un lucru ce nu trebuie uitat, este întrebuițarea băilor de puțină, de două și trei ori pe săptămână și chiar zilnic, dacă se pôte și în pemfigusul pruriginos putem da băi gudronose; băile sulfurose le prescriem în forma simplă vulgară a acestei afecțiuni.

Cu acesta se înțelege că se va întrebuița un pansament curat și antiseptic cu acid boric pentru bulele deschise, cu pulverile indicate mai sus. Părțile denudate se vor acoperi cu pomești emoliente și prafuri inerte, menținute cu feșecurate de tifon. Grație acestui mod de tratament, am avut, cum am dis, fericirea a vindeca un cas de pemfigus generalizat cronic la o femeie bătrână, și acest rezultat l'am obținut într'o lună de zile, timp relativ destul de scurt pentru așa dermatose.

Acum în urmă am întrebuințat cu deplin succes, thyolul, ca pansament al bulelor deschise, în proporțiune de 20%. Prin urmare forma vulgară se poate vindeca.

## LUPUSUL ERYTHEMATOS

LUPUSUL DISCOID, L. CONFLUENT, L. GENERALISAT, L. ERYTHEMATHOID, ISTOLOGIA PATOLOGICĂ, ETC.

Lecciónes culésă de d-nii *Al. Calab* și *I. Margulius*, internii.

### *Domnilor,*

Subiectul lecțiunei noastre de astăzi va fi asupra lupusului erythematos, bôlă de care este atinsă pacienta ce vă presint. Acéstă dermatosă este încă în studiu în ceea ce privesce natura ei.

Ast-fel Kaposi pune acéstă afecțiune printre atrofiile cutanate; pe când E. Besnier și Doyon, D. Hallopeau și alți învățați dermatologiști admit natura sa tuberculosă, punând o alături cu lupusul scrofulos sau tuberculos.

Leloir (1) prin cercetările sale istologice și experimentale formulază conclusiuni cari nu sunt în favórea celor ce admit natura tuberculosă a lupusului erythematos.

Vidal, ca și acest din urmă autor, basându-se pe un număr însemnat de casuri, urmărite mai mulți ani, se pronunță contra naturei tuberculóse a acesteia dermatose.

Dacă acum voiți să cunoșceți opinia mea în acéstă privință vă pot declara că până acum am tratat mai multe casuri de lupus erythematos, și prin studiul observațiunilor mele am ajuns a mă pune din partea observatorilor cari negă natura bacilară a dermopathiei ce ne ocupă astăzi.

Pentru a ajunge să-mi fac o opiniune în acest din urmă sens, am analizat rezultatele ce s'au obținut prin diferitele cercetări experimentale, precum și prin injecțiunile cu

(1) Archives de physiologie normale et pathologique, Paris, 1890, Octobre pages, 690 et suivantes.

limfa lui Kock, care n'a luminat de loc acest punct patogenic.

Am studiat asemenea istologicesce diferitele organe luate de la un pacient ce a sucombat în serviciul meu, în urma unui lupus generalizat, cu complicațiunii de phlyctenodermie buloasă și pneumonie hemorhagică.

Dacă lupusul erythematos ar fi de natură tuberculă și bacilară, ar fi trebuit în cazul ce vă menționez să găsească agenții săi leziunile patologice. Aceste vă arată deci cât este de importantă lecțiunea noastră de astăzi.

Bolnava ce vă prezintă este atinsă, precum vedeți, de un lupus erythematos al feței. Este tânără în etate, de 18 ani și a intrat în serviciul nostru la 6 Maiu a. c.

Antecedentele ei fiind foarte importante, să le menționăm pe rând cu atențiune și să ținem seamă de ele la punerea diagnozei precum și la tratament.

Din copilărie ea suferă de ochi; a avut dese conjunctivite, de natură limfatică de sigur; spune că i se roșiau ochii și o jena, avea amigdalite de 2—3 ori pe an. Pentru acestea a urmat multă vreme cu sirop de iodur de fer.

Acum 7 ani i eși în vârful nasului o ridicătură roșie ca un bob de linte, tare la pipăire și care a doua zi se coji; n'o jena de loc. A făcut băi la Lacul-Sărat, fără ca această nodosită să dispară. Un medic i-a făcut apoi ore care cauterisă, și de atunci, dice ea, i s'a umflat fața. În trecut trebuie să vă spun că cauterisațiile nu sunt întru nimic vinovate în producerea acestei roșete, care ocupă astăzi o parte din fața bolnavei.

Acastă colorațiune se însoțește de tumefacțiune și crăpături dice ea, prin care se scurgea o materie galbenă. După cum vedeți, bolnava a avut la început o eczemă caracterisată prin zemuire, eczemă limitată numai la față, care, cu orecări medicațiunii, mergea mai bine, apoi iar se reproducea.

A dus'o așa până acum doi ani, când începură să apară pe dosul nasului nisce plăci roșii, la început despărțite între ele, și care din ce în ce se apropiară prin marginile lor, acoperindu-se de scuame cenușii, aceste plăci se iviră apoi

pe ambele părți laterale ale nasului; acum trei luni ele se iviră și în creștetul capului, unde după cum vedeți, plăcile sunt lipsite de păr și reprezintă cicatrice depri-mate, netede, cu scuame aderente pe margini. Mărimea acestor plăci erythematose, cari la început erau cât un bob de mei, de linte, se întinseră din ce în ce.

Bolnava are frați și surori. Ea a avut patru frați și cinci surori, din cari trăesc trei frați și două surori, din aceștia un frate al ei ar ave adenopatie submaxilară. Părinții săi trăesc și sunt, după spusa bolnavei, sănătoși.

Dacă o examinăm acum cu atențiune, vedem mai întâiu de tôte că ea presintă o mulțime de ganglionii ipertrofiați, atât în regiunile laterale ale gâtului cât și în regiunea axilară dreptă. Pe vârful nasului și părțile sale laterale vedeți plăci roșii închise, cari plăci ocupă și o parte din obraz. Pe partea dreptă a obrazului se observă două plăci roșii, de volumul unei piese de 50 de bani, acoperite cu scuame cenușii cu mărginele regulate, proeminând de-asupra peleii, fără ca dermul să fie infiltrat, îngroșat.

Pe partea stângă a obrazului, vedeți asemenea cinci plăci cu același aspect și caractere, una din ele având dimensiunile unei piese de un leu cu forma curbă și concavitatea dirigeată spre nas.

Pe pavilionele urechilor se observă câte o mică placă roșietică, cu centrul turtit, acoperită cu scuame albicioase aderente; pe regiunile mastoide se vede acelaș lucru.

Ganglionii limfatici atinși și măriți de volum sunt astfel distribuiți:

În partea stângă a regiunii cervicale găsim trei ganglionii voluminoși, tari, indolenți, cari produc rar o mică suferință pacientei.

În fossa sus claviculară dreptă se află iarăși două ganglionii voluminoși, unul mai superior de volumul unei miei nucii, altul inferior ceva mai mic, ambii tari la pipăit și indolenți.

Nasul e cam tumefiat, probabil din cauza substanțelor iritante ce și-a aplicat pacienta și din constituția ieii limfatică.

Erupțiunea se oprește la rădăcina nasului; plăcile, unele sunt izolate, altele reunite; ele prezintă marginele ridicate și la mijloc o depresiune acoperită cu totul de o scuamă cenușie, care cu timpul devine grosă și este foarte aderentă.

Dacă observați pelea capului, ceva în sus de frunte și mai cu seamă spre regiunea occipitală, găsiți și aci o suprafață bolnavă, erythematosă, acoperită de scuame aderente cenușii și pe unele locuri de cicatrice netede, lucii, caracter important, distinctiv de lupusul vulgar, unde aceste cicatrice devin vicioase. Ele nu produc nici durere, nici mâncărime. Indărătul acestor cicatrice spre occipital, vedeți plăci roșii de mărime, unele cât piesele de 50 bani, altele confluențe, formând plăci mari cât piesa de 5 lei, și acestea sunt acoperite de scuame aderente; unele din scuame au dispărut, din cauza tratamentului.

Totă această erupțiune constituie cea ce se numește *Lupus Erythematos*, boală descrisă mai întâiu de Bielt la 1828 sub numele de *Lupus Superficial* sau *Erythem Centrifug*. Hardy l' descrie sub numele de *Scrofulidă eritematôsă*, în 1845 Hebra numi această dermatosă *seboree congestivă*, basându-se pe origina bôlei ce se află în glandele sebacee, și v'am menționat că Besnier o consideră ca o formă mai ușoră a lupusului vulgar. După Besnier deci, considerând cazul nostru, care este pe un teren limfatic, ar trebui să admitem aici un lupus tuberculos, însă n'avem aici precum vedeți, caracterele lupusului tuberculos după cum vom vedea la diagnostic. Avem un lupus erythematos pe un teren limfatic. Nimic nu împiedică pe limfatic să presinte ori-ce altă afecțiune. Coincidențele se observă frecuent în clinică.

Thomson definesce această boală zicând că este un lupus superficial, definiție bună, căci nu prejudecă natura și arată că diferă de cel vulgar, care se întinde în profunditatea țesăturilor.

Studiile ulterioare însă, ale lui Neuman, Thin, Geber, Stroganov ale lui Kaposi precum și cele mai recente ale lui Leloir și ale mele, au arătat că nu numai țesăturile superficiale, ci și cele profunde pot fi atinse de această afecțiune

erythematosă, de aceea scarificațiunile trebuiesc făcute profund și că ea pôte să existe și acolo unde nu sunt glande sebacee. În 1851 Cazenave, ocupându-se de această varietate de lupus, îl descrie cel dintâiu sub numele de lupus erythematos, numire admisă apoi de toți dermatologiiștii, numit și lupus al lui Cazenave.

Se vedem acum în ce constă această specie de dermatosă

După cercetările cele mai noui făcute de Robert Morison, în laboratoriuul lui Pick din Praga, lupusul acesta ar avea de sediū, saū numai glandele sebacee saū și cele sudoripare. Lesiunea la această varietate de lupus după acest autor ar fi ca și în cel vulgar, dar în acesta din urmă e mai gravă.

Este însă o diferență considerabilă în această privință: în lupusul vulgar găsim baciliū tuberculosei, infiltrațiune celulară nodulară, ceea ce lipsesc în lupusul erythematos.

Luând un fragment din placa bolnavă, prin o secțiune care să mērgă până la țesutul grāsos, întărind apoi în acid osmic saū alcool absolut și colorând preparatele prin hematoxilina, cu eosina saū prin picrocarmin se găsește după Morison un proces inflamator începēnd împrejurul vaselor la interior și în afară de glandele sebacee și sudorale, interesând și nevriema nervilor respectiv. Acest proces inflamator se întinde în tot restul dermului, unde se observă celule embrionare, și o înmulțire de celule epiteliale în epiderm. Se înțelege că cu alterația glandelor sebacee, de unde numirea dată de Hebra de seborea congestivă acestei forme de lupus, foliculiū părului se altercă la rīndul lor, și ca consecință avem căderea perilor pe locurile bolnave, cea ce observați și la pacienta noastră. Într'un cas esaminat de Morison, proliferarea celulelor epiteliale malpighiene era atât de abundentă, în cât limita normală dintre stratul cornos și mucos al lui Malpighi era ștersă pe unele locuri, iar celulele pe cale de distrucțiune, cele mai superficiale erau umflate, mărite de volum, cu nucleul în parte atrofiat, lucru ce se observă în toate celulele pe cale de regresiuie, când un strat începe a se necrosa și a se înlocui prin altul.

În preparațiile lui Morison, inflamația dermică era așa de înaintată, în cât glandele pelei nu se mai vedeau, însă vasele erau dilatate și mărite de volum.

După cercetările lui Morison, nervii ce înconjură glandele sudorale și sebacee, ar prezenta nodosități și nu numai că nevrilema se găsește înconjurată de elemente embrionare, dar aceste celule ar străbate chiar printre fibrele nervilor, de unde aspectul nodoros al acestor nervi și strangulația lor pe unele locuri. Veți vedea mai departe leziunile ce am constatat și eu în cazul de care v'am vorbit.

Din punctul de vedere anatomo-patologic, după cum v'am spus deja, lupusul erythematos se deosebesce de cel vulgar prin aceea că, la această din urmă, găsim bacilul caracteristic și tubercule sau noduri profunde, în acel erythematos s'au găsit numai niște coefi cari n'au însă nici o importanță, și apoi aici leziunea este superficială, n'avem ulcerații și cicatricile nu sunt vicioase, avem pseudo-cicatrice. Din punctul de vedere microscopic, Morison consideră această formă de lupus, ca o *dermatită glandulară erythematosă*, numire care nu este pe deplin justificată.

Să vedem acum cari sunt cauzele cunoscute ale lupusului erythematos, și dacă ele diferă de acele ale lupusului vulgar.

Înainte de toate trebuie să vă spun că, și pentru această ca și pentru multe bôle, există și se numără o mulțime de cauze banale.

O seboree simplă poate adesea-ori să dea naștere lupusului erythematos, din cauza hyperscrețiunii glandelor sebacee.

Un erysipel, o eczemă — cum e cazul bolnavei noastre, pot asemenea fi cauze. Variola prin turburările secrețiilor locale poate să dea naștere acestei bôle; dar pe lângă aceste toate trebuie și un teren favorabil, pe care să se potă altoi bóla.

Dysmenorea, amenorea pot într-o cât-va să contribuie la aparițiunea bôlei, de aceea această dermatosă se observă mai des la femei, și este de remarcat că la femei afecțiunea se întâlnește mai des la cele anemice, pe când la bărbați,



la cei mai robuști, după cum am observat mai multe cazuri. La perioada critică a femeilor afecțiunea este mai tenace, mai tot sângele stând în obraz, cum se țice. După cum se observă lupusul vulgar la scrofuloși tot așa de bine poate să apară și cel erythematos, când trebuie să căutăm a face distincțiunea, fiind foarte importantă. Un lucru care nu trebuie uitat, este că pe când lupusul erythematos începe la o etate mai înaintată, de la 20 ani în sus în general, cel vulgar începe din copilărie. Acest singur fapt luminează une-ori pe medic în formularea diagnosei.

Lupusul erythematos constă în nisce plăci roșietice închise mai des, cu marginile ridicate roșii, cu centrul deprimat luciu sau crustos une-ori, și care plăci încep ca pișcăturile de purici. Ele pot ocupa diferitele părți ale corpului, mai des însă fața. Kaposi a văzut un cas de lupus erythematos discoid, adică consistând în plăci erythematose izolate, rotunde și împrăștiate pe o mare parte a corpului. Besnier și eu am observat un cas generalizat. Locurile însă ce le ocupă de preferință sunt fața, de obicei la față el ocupă dosul și marginile nasului, luând forma cunoscută a unui fluture, pe urmă ocupă pelea capului și aci mai cu seamă, se observă forma discoidă, cele mai de multe ori.

Tot discoidă este forma de lupus erythematos ce se observă la fața inferioară a degetelor, a picioarelor și a mânelor.

Plăcile roșietice, papulele afecțiunii, pot ocupa numai periferia corpului și atunci diagnosticul devine dificil, dar foarte rar se observă această erupțiune numai la mâni și la picioare.

Kaposi distinge în evoluțiunea acestei dermatose două forme, una constituind, cum am menționat deja, lupusul erythematos discoid, și alta formând lupusul erythematos diseminat. Besnier țice că distincțiunea clinică ce face profesorul de la Viena, se poate atribui tipului erythematos simplu al lupusului, și tipului mixt erythematos-acneic. Besnier însă în clinicile sale distinge trei varietăți: a) L. erythematos izolat, solitar și discoid, ocupând pelea capului și a obrazului, varietate considerată de acest autor

ca ușoră. b) *L. erythematos confluent, acuminat*, consistând în plăci mari până la o piesă de 5 lei în argint și ocupând cea mai mare parte a feței și a pelei capului. Am avut ocaziune să primesc în cabinetul meu o bolnavă cu o așa varietate de lupus. În fine, a treia varietate este când plăcile acestei dermatose se întind pe cele mai multe regiuni ale corpului, și unii din d-niile vóstre, și amintesc, póte, o femeie atinsă de un lupus erythematos generalizat, ce se afla în serviciul meu de la spitalul Filantropia. În cât eu până acum am observat două cazuri generalizate de această formă de lupus. La acea bolnavă plăcile caracteristice ale afecțiunii de care ne ocupăm, ocupa mai totă pelea obrazului și a capului, și de aici se coborau în jos pe regiunea occipitală, cervicală, și cu intervale de pele sănătoasă se întindeau aceste plăci până la regiunea sacro-lombară. Pacienta era slăbită, însă nu prezenta alte fenomene generale. Cu toate acestea, fenomenele toracice, și arthropatiile sunt admise de Besnier, chiar în a 2-a varietate a acestei dermatose.

Une-ori forma acestei dermatose se prezintă ca o simplă roșcă, o iperemie superficială a dermului, care dispare sub presiunea degetului, și în acest caz erupțiunea sémână mult cu o eczemă, c'un psoriasis, cu o acnee roșie mai întinsă, și într'un așa cas, ce am avut ocaziune să observ, n'am putut stabili diagnosticul de lupus, de cât după două zile, din cauză că bolnava venise unsă pe obraz cu o alifie, și trebuia să o vedă fără nici un artificiu; și ceea ce m'a servit mai mult, a fost aderența scuamelor și colórea cenușie, nu argintie, ce exista pe unele atheme isolate după urechi, precum și existența unor cicatrice netede deprimare cu scuame aderente periferice.

Formele de lupus tip simplu erythematos și tip acneic sunt mai tot-d'a-una reunite la acelaș bolnav; așa, la pacienta de care vă vorbesc acum, cea mai mare parte a feței era acoperită de plăci roșietice, deprimare în centru, erythematóse fără cruste la suprafață, ca în tipul simplu erythematos; însă pe după urechi, părțile laterale ale gâtului erau plăci aco-

perite de cruste cenușii, foarte aderente, și examinând cu lupa aceste plăci veți vedea orificiile glandelor sebacee, de unde și numirea de lupus acneic.

La ce se datorează această aderență a scuamelor pe plăcile erythemato-acneice? Ridicând cu dificultate o scuamă veți vedea că prelungirile epiteliale de la crustă intră în interiorul orificiilor glandulare, și astfel se înțelege aderența acestor scuame.

În fine, de și rar, uneori se observă o formă mixtă de lupus erythemo-tuberculos, în acest caz pe lângă nodurile cu toate caracterele lupusului vulgar, se mai găsește la acești bolnavi, una sau două plăci de lupus erythemato-acneic (1).

Acastă formă, care a făcut pe unii autori să puie alături cu lupusul tuberculos, lupusul erythematos, nu poate fi de cât un lupus mixt sau un lupus tuberculos complicat de erythem atrofie și numit lupus vulgar erythematoid de Leloir.

Care este mersul acestei dermopatii?

Am menționat cum încep plăcile erythematoze, să adăugăm că în forma discoidă afecțiunea este constituită în timp de câte-va luni în modul următor după Kaposi: mai întâi marginea roșie a plăcii se cam rădică, centrul se deprimă, și marginea se întinde. Partea centrală puțin turțită deprimată ia o culoare lucitoare puțin, și alte-ori ea să acopere de scuame uscate foarte aderente, după cum le-am descris deja. Mai târziu când placa este constituită, cu toate caracterele sale, se observă la periferia ei niște puncte negricioase, datorite comedónelor ce vă sunt cunoscute.

Putin câte puțin placa erythematoasă să întinde în circumferință și de la mărimea unei piese de cinci-șeci bani ajunge la aceea a unei piese de cinci lei în argint, și când această placă ocupă nasul cu părțile sale laterale, ia forma unui mare fluture, al căruia corp ar sta pe nas iar aripele ar fi întinse pe laturile sale. Uneori plăcile erythematoze

---

(1) Un așa caz se găsește astăzi în serviciul meu de la Spitalul  
ina.

aŭ dispoziția discoidă regulată; alte ori, de și mai rar, aŭ o dispoziție serpiginoasă, când o placă se întinde și se unesce cu alta vecină.

De ordinar o placă constituită, discoidă, stă ast-fel fără mari schimbări, luni și ani de zile, apoi dispare lăsând o mică cicatrice în centrul său, și veți vedea că cam așa lucru se petrece și în evoluția tuberculelor sau nodurilor din lupusul vulgar; însă ca și în această din urmă afecțiune, și în lupusul erythematos, pe când o placă merge spre resorpțiune, o alta alături se formază și ast-fel procesul morbid poate dura ani îndelungați. Inșă în lupusul vulgar vom ave ulcerațiuni, distrucțiuni deci profunde ale părților moi, pe când în lupusul erythematos ori cum ar fi, numai epidermul va fi alterat.

În fine, cu durata prelungită a acestei dermatopatii, se ivesc un număr considerabil de așa plăci, și se pot întinde cum v'am menționat deja și pe alte părți ale corpului, de cât la obraz, dând loc la forma confluentă a bólei, în care caz erupțiunea se poate întinde și pe mucósele bucale și palatine și chiar pe a conductelor auditive, etc.

Ca fenomene generale vom menționa mâncărimea, care une-ori, la obraz, este foarte pronunțată, arthropatiile, și erysipelul ce se ivesc dese ori în cursul acestei afecțiuni.

Erysipelul se poate ivi după Besnier și fără aplicării de tratament sau scarificațiuni pe obraz, și Kaposi dice că une-ori s'a ivit un erysipel mortal. În așa casuri se poate prea bine ca să li fost un erysipel grav, care a intectat și viscerile organismului.

Albuminuria și chiar nefrita epitelială însoțesc cu o anasarcă bine pronunțată, lupusul erythemato-scrofulos (1), de unde și prognosticul rezervat ce trebuie să formulăm în casurile mixte și mai cu osebite când erupția este mai confluentă.

Inșă, în general, inconvenientele ce rezultă din dermatosa

---

(1) Se poate vedé în spitalul Colentina, în serviciul meu, un așa caz pentru moment.

acésta sunt cicatricele, pleşuvia carî pot ocupa o suprafaţă mai mult sau mai puţin întinsă; une-orî se vîd cicatrice ca cele ce se observă în urma variolîi.

Sunt casurî une-orî acute de acest fel de lupus şi chiar supra acute, când avem febra, durerî în membre, în articulaţiuni, putîndu-se găsi în acelaş timp câte o-dată şi albumină în urină. Pentru a constata acésta turnăm după recomandaţiunile lui Gubler o picătură de acid azotic pe laturea sticlei cu urina, şi când vedem că se face pe locul unde trece acidul o cîţă roşie deducem că rinichiul nu este prea alterat, banda roşie este de bun prognostic, şi lipsa ieî ar fi defavorabilă bolnavilor.

Se întîmplă une-orî să vedem slictene emoragice micî precedînd ivirea lupusului şi atunci avem a face cu o formă mai gravă. Kaposi dice că din 8 casurî de lupus generalisat 4 aû sucombat de pneumoniî, de unde reese gravitatea lupusului erythematos generalisat; mai mult încă, Besnier a observat un cas în 1873, care l'a numit galopant, fiind-că evoluţia şi terminarea fatală a morbei s'a efectuat în timp de un an de zile; şi din contra o servitoare din serviciul sîu presintă un lupus erythematos generalisat, cu cedema membrilor, bronchite şi totuşi face serviciul de infirmieră; aceste exemple ne vor servi decî în reserva prognosticului.

Să vî pun aci în vedere în câte-va cuvinte observaţia pacientului cu lupus erythematos generalisat, a căruia organe, cum am çis, 'mi-a servit pentru studiul istologic. Acésta observaţiune se găseşte în tesa d-lui dr. Albénu, care a urmat serviciul meû, şi căruia l'am consiliat acésta tesă.

Este vorba de un individ în etate de 43 de ani, fără manifestaţiuni scrofulóse sau silitice, la care lupusul s'a generalisat în timp de patru ani pe tegumentul extern şi pe mucósa buselor şi a cavitătei bucale. Acest pacient mergea destul de bine atît ca stare locală, precum şi ca stare generală, când de o dată; (era pe timpul epidemiei de influenţă) este cuprins de febră, cu o cefalagie violentă; vertigiû, vâjiiturî şi o tusă uşoră însoţită de spute sanguinolente.

A doua zi, constatăm o erupțiune de bule mari pe suprafața pelei trunchiului; precum și existența unor ralură fine, subcrepitante și sibilante, mai cu seamă în pulmonul drept. În zilele următoare, bulele devin foarte mari, ele sunt moi, nu distinse cu totul prin licuid și ocupa aproape totă fața anterioară și posterioară a trunchiului.

În regiunea lombară și pe regiunile fessiere epidermul este denudat peste tot de un licuid de culoare gălbenie.

După zece zile individul sucombă în urma acestei erupțiuni buloase considerabile. Am făcut cum v'am spus, studiul istologic al tuturor organelor luate de la acest caz, am studiat toate visceralele precum și sistemul nervos. Aici însă vă pun în vedere numai studiul istologic al organelor după care am ajuns la ideea că lupusul erythematos nu este de natură tuberculoasă. Să încep cu autopsia, în resumat.

*Aspectul exterior.* Epidermul este cu totul dispărut de pe suprafața pelei din regiunile scapulo-umerală dreaptă și stângă; fața anterioară și posterioară a toracelui prezintă ici și colo denudațiuni mari epidermice și terțul inferior al antebrațelor este de asemenea exfoliat mai în întregime, exfoliațiunea întinzându-se spre degete; iar pe fața anterioară și internă a antebrațului stâng, epidermul este complet ridicat. Această denudare epidermică se observă și pe fețele palmare ale mânilor.

Pe cõpse epidermul e dispărut de jur împrejur, așa că se prezintă suprafețe denudate, de culoare roșie-gălbenie, întinzându-se imediat de sub plica inguinală până la genuchi.

Penisul și scrotul sunt denudate de epiderm pe mai totă suprafața lor. Regiunile fessiere sunt denudate de epiderm și prezintă aceeași colorațiune roșie gălbenie.

Pe spate denudarea epidermică se întinde de ambele părți, pe câte o suprafață lungă de la regiunea scapulo-umerală până la fese și largă cât o palmă de mână, respectând partea mijlocie ocupată de erythemul lupos.

Pe față se văd câte-va denudări epidermice mici, pe frunte și pe regiunea malară, pe obraji, pleoape de asemenea și pe cefă.

*Deschiderea cadavrului.* Pulmonul drept mai voluminos de

cât cel stâng, lobul superior prezintă la suprafață o colorațiune cenușie; vârful este congestionat, congestiunea se constată și în partea superioară a lobului inferior. Pulmonul stâng prezintă o congestiune minimă. Mucósa laryngo-tracheală nu prezintă nimic de remarcă; cea a bifurcațiunii tracheei e puțin congestionată.

Ganglionii bronchiei sunt de colorațiune negricioasă. Unul din acești ganglionii negri are volumul unei nucii mici și în centru prezintă o colorațiune albicioasă; e resistant la secțiune.

Cordul de volum normal, endocardul puțin congestionat congestiunea se întinde în sus pe origina aortei, unde sunt urme de atherome. Valvulele sănătoase, musculatura cordului de colorațiune galbenă-cafenie.

Ficatul mărit de volum, de colorațiune gălbăniă foarte pronunțată atât la suprafață cât și la interior. Prin secțiune se scurge puțin sânge fluid din venele sus-hepatice. Vesicula biliară distinsă de bilă verde și puțin consistentă, pereții vesiculei subțiați.

Splina de volum normal, consistentă la secțiune, de colorațiune cafenie-închisă și la extremitatea inferioară periferia prezintă o colorațiune negricioasă.

Rinichiul drept este mărit de volum, foarte congestionat capsula se ridică foarte lesne și sub ea se vede arborisațiunea vaselor sanguine. Rinichiul stâng prezintă același aspect și aceleași alterațiuni macroscopice.

Pancreasul nu prezintă nimic de semnalat macroscopic, este puțin congestionat.

Stomacul prezintă pe mucósă puține puncte de congestiune. Intestinele nu prezintă nimic de semnalat.

Vesica urinară nu prezintă nimic de semnalat.

Fragmente din pele erythematósă, din pulmonii, splină, ficat și rinichi, câți-va ganglionii bronchiei, măduva spinării cu ganglionii spinali și câți-va nervii periferiei s'au luat pentru examenul istologic.

Resultatul examenului istologic este următor:

Atât fragmentele din pele cât și din pulmonii, cari s'aun supus cercetărilor cuvenite pentru căutarea bacililor lui Koch, au arătat lipsa completă a acestor bacili. Metodele, întrebuințate pentru acest scop, au fost metoda lui Ehrlich și a lui Fränkel.

Din diferitele fragmente sus-menționate, după ce au fost întărite prin alcool absolut sau licórea lui Müller, s'aun secționat la microtom preparate fine, cari s'aun închis definitiv în balsam de Canada. Examenul acestor secțiuni la microscop arată următoarele:

*Pelea.* Se constată o atrofie considerabilă a stratului cornos al epidermului, disparițiunea acestui strat în multe părți și exfoliațiunea sa în unele regiuni sub formă de mese conice. Celulele rețelei Malpighiene sunt în mare parte atrofiate, protoplasma celor mai multe din aceste celule a dispărut și este înlocuită cu vacuole albicioase; nucleii acestor celule sunt vesiculoși, prezintă o dublă margine și în interior numai urme de nucleoli. Stratul basal al celulelor cilindrice a dispărut aproape în totalitate, stratul granulos și lucidum nu se observă.

În unele preparate se observă mici regiuni, unde în locul celulelor stratului mucos al epidermului, se constată vacuole ca de 14  $\mu$  diametru de formă ovoidă; în aceste preparațiuni se întâlnește deși puțin atrofiat, stratul celulelor cilindrice. Prelungirile corpului papilar sunt dispărute într'o mare întindere; cele mai multe din papilele dermice sunt șterse și limitele acestor papile nu se mai pot circumscrie în cele mai multe regiuni atinse. Fibrele epidermice sunt cu totul dispărute.

Protoplasma unora din celulele stratului môle al epidermului sunt îmbibate de granulațiuni negre de pigment. *Existența acestor celule pigmentate n'a fost până acuma observată de alți autori.* Granulațiuni de pigment, de și mai puține, se întâlnesc de asemenea liber pe suprafața elementelor der-



mice, precum și în celulele corpiilor papilare existente. În unele preparațiuni aceste granulațiuni pigmentate, negricioase, sferice, formeză mese mai mult sau mai puțin mari de la 8 și până la 14, 16  $\mu$  diametru, unele cu forma ovoidă, altele sunt neregulate, lungărețe, situate împrejurul extremității inferioare a prelungirilor papilare și cari par a fi situate în interiorul vaselor limfatice dilatate. S'ar păre, că aceste granulațiuni pigmentate umplu corpul unor celule embrionare sferice, însă în unele regiuni tot la baza corpiilor papilare aceste granulațiuni sferice par a forma ele singure mesele sferice și lungărețe. Aceste granulațiuni și mese de granulațiuni în alte preparate au o colorațiune gălbenie.

Este probabil, că aceste granulațiuni de pigment își au originea în distrucțiunea unor globule roșii de sânge, fiind-că în unele preparațiuni întâlnim așa globule la suprafața preparatelor sau chiar în afară de preparat. Aceste globule sunt mici și înconjugate de o margine negricioasă și printre ele se ved o serie de mărimi, unele mai mari, altele mai mici, ceea-ce vine în confirmarea ideei, că granulațiunile observate și menționate în epiderm au o origine hematică.

Dermul este infiltrat printr'un mare număr de granulațiuni sferice, embrionare și la baza unor corpi papilare rămași, se observă în interiorul celulelor embrionare granulațiuni pigmentate negre.

Vasele sanguine ale stratului superficial al dermului sunt dilatate și pline cu globule roșii; din dilatațiunea lor rezultă că ele sunt aproape în contact imediat cu rețeaua Malpighienă. Dilatațiunea acéstă interesază mai cu sémă venele, pe când multe din arteriole au păreți sclerosate, împrejmuiți de celule embrionare și cu un lumen strimt. Fibrele conjunctive ale acestui strat sunt îngroșate, strânse compact unele peste altele, formând un țesut dens, fibros, și în multe locuri foarte palid colorat prin carmin.

În multe locuri dermul presintă un țesut compact, în care dispozițiunea fibrelor conjunctive nu este manifestă. În alt loc se constată o atrofie a acestui țesut, pe suprafața căruia

se găsească numeroase celule embrionare, mese de granulațiunii gălbenii și vase limfatice dilatate, góle, în endoteliul cărora se observă de asemenea puține granulațiunii pigmentate, negricioase.

În stratul mijlociú al dermului, lucru ce isbesce de-odată privirea observatorului mai cu sémă în unele preparațiuni este aspectul ce presintă glandele sebacee, unele vase sanguine și glandele sudoripare.

Glandele sebacee, sunt ipertrofiate, formând un strat destul de des în direcțiunea transversaiă a dermului pelei. Unele din aceste glande presintă o dilatațiune considerabilă, care interesază atât acinií glandulari cât și canalul escretor, de asemenea dilatat; în unele regiunií doué atari glande, fiind vecine, se contopesc în sus spre canalul escretor într'un singur canal, care are lumenul deschis și în interiorul căruia se vede pătrundând un dop de celule epidermice cornóse, așa că se observă în mod fórte evident comunicarea acestui canal escretor pe suprafața epidermului. Înprejurul multora din aceste glande sebacee lipsesc, sau sunt cu totul atroliatií foliculií piloși; se observă însă mesele de fibre musculare netede și o masă de granulațiunii embrionare, întindându-se mai cu sémă în porțiunea dilatată a canalului escretor. Este asemenea de observat dispozițiunea multor din nucleiií fibrelor musculare, ce se observă pe lăturile acestor glande. În privința celulelor glandulare se constată, că aceste elemente umplu aproape tot acinul glandular, presentând un nucleu sferic, bine colorat cu carmin și un corp protoplasmic cu aspect vesiculos de o colorațiune transparentă. Unele din aceste glande sebacee sunt inkystate în țesutul dermului, unele înconjurate de o atmosferă de celule granulóse embrionare. Unele din aceste glande sebacee sunt divizate în 3 sau 4 acinií prin traverse conjunctive, unii din acinií presintă o alterațiune considerabilă a celulelor ast-fel în cât ele nu mai prsintă nucleu și forméză mese albiciose, scua-móse. În unii acinií celulele glandulare, fiind distruse, lumenul acinului este plin cu un detritus albicios, în care abia se mai vęd ici colo urmele unui nucleu.

Fibrele conjunctive nu prezintă nici o alterațiune în stratul mijlociū al dermului; pe suprafața lor însă se constată un mare număr de celule embrionare.

Vasele sanguine ale acestui strat sunt dilatate și pline cu sânge. Unele din aceste vase și chiar cele mai mari, cari sunt obliterate cu globule roșii, prezintă în centrul lor, în alte artere pe lângă, un grup numeros de globule albe, cari sunt colorate în roș prin reactivul întrebuițat. În alte vase aceste elemente celulare albe ale sângelui sunt puțin distruse, formând reticule óre-cum fibrilare; endoteliul acestor vase însă nu prezintă nici o iritație. *Existența unui așa mare număr de globule albe în interiorul chiar al arterelor n'au fost până acum observat de nici un autor, ceea ce face, prin urmare, împreună cu altă considerațiune, de care vom vorbi originalitatea acestui cas.* În unele vene din acest strat al dermului se observă, de asemenea, o mai mare cantitate de globule albe, ca în stare normală. În unele vase parte, din globulele roșii sunt distruse, formând un fel de reticul în interiorul lor.

Glandele sudoripare prezintă unele o proliferațiune a celulelor glandulare; aceste celule sunt însă mici, ratatinate, obturând prin numărul lor lumenul tubilor glandulari, altele sunt înconjurate cu o mare cantitate de țesut conjunctiv, formând ast-fel nisce păreți tari. Canalele escretóre ale unora din aceste glande obliterate prin celule embrionare, se întind până aproape de epiderm. Unii din acești tubi glandulari cu greu s'ar mai pute privi ca glande sudoripare, din cauza transformării sclerotice, ce au încercat, dacă alături nu s'ar găsi câți-va atari tubi cu un aspect mai puțin alterat.

În hipoderm, sau stratul inferior al dermului, se vede o proliferare considerabilă a țesutului grăsos, cu infiltrațiune de celule embrionare prin unele locuri. De asemenea se constată o sclerosă mai mult sau mai puțin pronunțată a vaselor sanguine; unele din ele sunt dilatate și pline cu sânge, conținând de asemenea un mare număr de globule albe și arătând o ușoră proliferațiune a celulelor conjunctive.

Alterațiunile găsite în pele probéză decî, că lesiunile istologice al lupusului erythematos sunt de natură inflamatorie cronică, cu alterațiuni ale glandelor sebacee și sudoripare; iar în cazul present, precum se vede, s'a constatat o existență abundantă de elemente celulare albe în interiorul vaselor sanguine, precum și existența de granulațiuni de pigment în epiderm și chiar în stratul superficial al dermului, pigment care recunoște, după cele ce am observat o origine sanguină. N'am vorbit nimic de nervi, fiind-că în preparațiunile de pele aceștia nu erau destul de bine vizibili. La studiul măduvei spinării, a ganglionilor spinali și a nervilor musculari, se va vedé dacă se găsesc lesiuni din partea sistemului nervos.

*Pulmonii.* Examenul lor istologic în privința bacililor lui Koch, am arătat, că a fost cu totul negativ, dar s'a constatat o antracosă foarte manifestă și întinsă atât pe suprafața traverselor conjunctive, ce separ vesiculele între ele, cât și pe părății vaselor și în interiorul chiar al alveolelor pulmonare. Granulațiuni de pigment, de un negru foarte închis, se observă în mai mare cantitate sub pleură, precum și pe părății vaselor sanguine, suprafața pleurei viscerale este acoperită cu un mare număr de granulațiuni embrionare. Granulațiuni de pigment se întălnesc și în celulele epiteliale ale alveolelor pulmonare, precum și sub formă de mese granulose în interiorul unor vase sanguine. În unele din vesiculele pulmonare găsim celule sferice pline cu aceste granulațiuni negre, iar împrejurul unora din aceste alveole se găsesc mese de celule inflamatorii, cari în unele regiuni ale pulmonilor sunt foarte abundente, obliterând chiar multe din vesiculele pulmonare. Vasele pulmonare atât cele mari, cât și capilarele sunt foarte dilatate și pline cu sânge, ast-fel în cât pulmonul represintă aprópe aspectul unui angiom cavernos.

Resultă decî, că pulmonii presintă alterațiunile unei pneumonii interstițiale și alveolare și din cauza cantității abundente de pigment, se póte dice că avem aici o *pneumonokoniosă*.

*Ganglionii bronchiei*, cari erau puțin măriți de volum, presintă

chiar cu ochiul liber o colorațiune negricioasă. Preparatele microscopice colorate cu picro-carminat arată mai pe totă suprafața lor o împâslire a țesutului conjunctiv a acestor ganglionii și o cantitate considerabilă de pigment negru-închis. Reticulele și celulele limfoide ale ganglionului sunt dispărute în cele mai multe preparate și înlocuite prin țesut conjunctiv ordinar. În alte preparate se mai găsesc celule limfoide, colorate foarte intens prin carminatul întrebuintat; în unii ganglionii s'au constatat mese de un țesut aproape caseos, care nu era însă mărginit de cât prin fibre conjunctive. În alți ganglionii se disting reticulele, în care se ved celule limfoide degenerate. Elemente epitelioid, celule gigante nu s'au constatat, precum nu s'au constatat nici în pulmonii.

Constatam deci în ganglionii o sclerosă conjunctivă și o abundentă cantitate de pigment, precum și o transformare aproape caseoasă sub formă de insule cu multe celule limfoide.

*Splina.* Preparațiunile microscopice din acest organ arată și aici o antracosă foarte manifestă, fiindcă se găsesc granulațiunii negre în mare cantitate împrejurul corpusculilor lui Malpighi, precum și pe părțile periferice ale vaselor sanguine. În interiorul unei vene din acest organ se găsesc de asemenea câte-va celule sferice conținând asemenea granulațiunii negricioase. Vasele sanguine conțin și aici, ca și în pele, mai multe globule albe de cât în starea normală, ele au pereții scleroși și multe din ele sunt golite de sânge. Reticulele și celulele limfoide nu mai sunt aparente, multe sunt ratatinate; țesutul conjunctiv al organului e mai abundent, mai compact.

*Ficat.* Dispozițiunea în raze a celulelor ficatului este conservată aproape ca în starea normală, unele din ele prezintă degenerare grăsoasă; corpul protoplasmatic al unora din aceste celule a dispărut, rămânând numai nucleul, ceea ce dă aspectul unor vacuole albicioase, când se observă preparatele chiar cu mărire mai mică. Este însă de notat, că și în ficat, deși în mai puțină cantitate, se constată granu-

lațiunii de pigment, formând mese situate la periferia vaselor sanguine, cari sunt golite de sânge. Se găsesc de asemenea granulațiunii de pigment în câți-va lobuli mari sferici și în interiorul unor vase sanguine, alături cu globule roșii. Menționăm de asemenea câte-va capilare biliare dilatate.

*Din examenul acestor câte-va organe reese că s'a constatat anthracosă în pulmonii, ganglionii bronhici, splină și ficat și o mare cantitate de pigment în pele* Dacă observăm bine acest pigment vedem că ocupă în aceste organe anume regiuni, *periferia vaselor sanguine, periferia pleurei*, unde după cum se știe, există o mare cantitate de vase limfatice. Prin urmare, pigmentul constatat a circulat *prin căile limfatice* în regiunile și organele cele mai depărtate.

Cât privește originea acestui pigment, de și nu putem intra în intimitatea acestei chestiuni, fiind-că s'a emis prea multe păreri asupra ei, totuși cred, pentru motivele arătate mai sus, că el și-a luat originea din distrucțiunea globulelor roșii. Cât privește anthracosa pulmonară și a celor-l-alte organe, individul ne-având un meșteșug, care să-l fi pus în contact mai îndelungat cu inhalațiunii de cărbune pulverulent, am avé pôte dreptul să înclinăm tot pentru o origine sanguină.

Acest cas, precum vedeți, este foarte important din mai multe puncte de vedere.

Mai întâi este un cas generalizat de lupus erythematos și care ne-a dat ocasiune a studia istologicesce toate organele, ceea ce până acum nu s'a făcut. Pe urmă el ne arată că de și s'a ivit o complicație acută din partea pulmonilor, cercetările microscopice au fost negative în privința bacililor lui Koch.

Dacă, într'adevăr, lupusul erythematos ar fi de natură tuberculosă ca cel vulgar, ar li urmat ca bacilii adormiți sau atenuați, cu viață latentă ce s'a admis de unii învățați în țisa dermosă, să se deștepte, se învieze, să se înmulțescă și se-l putem găsi. Deci acest cas contribuie foarte mult pentru a stabili că lupusul erythematos nu este de natură bacilară.

Ce se fac bolnavii atinși de dermatosa de care ne ocupăm. ce sfișit au ei?

Luat de la început un lupus erythematos orî cât de rebel ar fi, pôte, cu tôte acestea să fie vindecat. Cât privesce consecințele sale și mai cu sémă rêmânerea cicatricelor, trebuie să fim fôrte reservați, să nu ne pronunțăm dinainte, căci se pôte întâmpla să rêmâe aceste cicatrice.

Când ocupă pelea capului, aduce, cum am đis, pleșuvia. La cel generalizat trebuie să ne gândim de la început chiar la fenomenele generale și mai cu sémă la acele din partea rinichilor, pulmonilor, etc.

Cât privesce diagnosticul diferențial lupusul erythematos nu se pôte confunda cu cel vulgar, dacă ne vom aminti caracterele acestor dermatose; cel vulgar, începe din copilărie și presintă noduri, tubereule intrând în derm; pe când acesta începe mai târđiú, de la 20 anî în sus și presintă plăci roșii turtite în centru, cu mărđinî scuamóse, alături veți găsi cicatricele netede, luciú, deprimare, precum și comedóne cu scuame aderente. Kaposi cu tôte acestea a vęđut un caz la un copil de 3 anî; Neumann la un băiat de 19 anî și pacienta nóstră e mai mică de 20 anî, însă să rețineți că la cel vulgar avem tubereule pe când aci avem plăci tipice, ce acum le cunoșceți.

Mai greú se pôte distinge de eczema cronică a feței; chiar de curénd a venit o bolnavă la mine cu acéstă bólă și am trebuit să aștept vre-o trei đile ca să pot pune diagnosticul. Așteptăm să vedem ivirea vesiculelor și zemuirea caracteristică eczemei, însă une-orî acestea lipsese și în eczema scuamosă, uscată, trebuie să fim fôrte deprinși cu așa afecțiunii spre a evita un diagnostic greșit, și este fôrte rar, ca placa lupusului să nu prezinte cicatricea centrală tipică.

Cu greú se pôte confunda cu psoriasisul, dacă esaminăm bolnavul cu atențiune, căci la psoriasis avem scuamele lucitóre, mai multe la un loc, albe și carî să ridică cu ușurință, însă une-orî lupusul sémănă mult cu psoriasisul, de unde, cum đic unii, lupus psoriasiform, însă în așa cas orificiile glandelor

sebacee, comedónele, cicatrița centrală va servi în diagnosticul lupusului erythematos.

În sifilisul orbicular al feței și al capului cu care asemena se poate confunda lupusul erythematos discoid, se ved marginele festonate, tari, lucii, ceea ce aici nu există; se vor căuta și antecedentele. Cu un erythem pernio al nasului (nas degerat) nu se poate confunda, fiind că n'avem cicatrice și scuame aderente.

În favusul, ce se poate observa și pe diferitele părți ale corpului, după cum v'am dat exemple când v'am vorbit despre această boală, se observă godeurile caracteristice, și în placa faviică epilată, nu se observă cicatrița centrală ca în lupus erythematos. În lupusul erythematos de la cap se va vedé la periferia plăcilor, scuamele aderente și o margine roșie.

În acnea roșie vedem nasul roșiu, și roșata de și se întinde pe obraz, une-ori este uniformă, nu avem scuame, nici comedóne, și lipsesc petele cicatriciale netede.

Când ocupă palma mâinei e mai greu de diagnosticat și atunci trebuie să luăm anamnesa bolnavului și să observăm bine plăcile morbide.

Kaposi dice că în cas de lupus generalizat ar fi observat aceleași plăci pe bolta palatină, pe mucósa bucală, ceea ce am observat și eu în cazul cu necropsic, și așa plăci se pot lua drept plăci sifilitice, mucóse, în așa cas trebuie să căutăm antecedentele pacientului și caracterele erupțiunii.

În fine, se va căuta a nu se confunda dermatosa de care ne ocupăm cu herpesul tonsurans, în care cas trebuie a se face esamenul microscopic, a se căuta parazitul tricofitiei.

Boala fiind diagnosticată, ce tratament întrebuițăm pentru vindecarea ei?

Aci ca și în multe alte bóle, medicul trebuie să caute dacă nu poate face binele cel puțin să nu facă mai mult rău ca natura (Kaposi.) Veți găsi în multe cărți recomandându-se cauterizațiile cu potasa caustică, dar după mine acest tratament nu este tocmai recomandabil, fiind că lasă în urma sa cicatrice mari și viciose.



Cele mai simple medicațiuni și tratamente sunt și cele mai bune, și acestea sunt foarte diferite; unora le face bine un metod, altora altul. Brocq prezintă multe observațiuni în cari a fost nevoit să întrebuițeze diferite tratamente și la același bolnav a întrebuițat când un sistem, când altul de tratament.

Întrebuițăm spălăturile cu spirt de săpun de potassă ca să luăm scuamele, și ca să împedicăm secrețiunea esagerată a glandelor sebacee; ungem părțile cu vaselină sau cu oleiul de migdale sau altele, spre a lua scuamele, apoi aplicăm emplasure de Vigo mercurial în fie-care și spălând mai întâi plăcile cu spirtul menționat.

Aplicațiunile de *sapo viridis* întins pe flanelă, dă asemenea une-orî bune rezultate și de multe orî se obține vindecarea prin acest mod de tratament.

Besnier a întrebuițat vesicatoarele și dice că a avut rezultate satisfăcătoare. Brocq recomandă gălbenușe de ou amestecat cu oțet, care se aplică pe părțile bolnave.

Cea ce este însă mai de recomandat este emplasurele de Vigo sau de *sapo viridis*; și când nu merge bine cu unul încercăm cu cel-alt. În unele casuri întrebuițăm glicerină iodată 15 la 5; și cauterisațiil parțiale cu ferul roșu pe părțile bolnave.

Asemenea întrebuițăm colodiu ricinat 50 gr. acid pyrogalic 5 gr. acid salicilic 1 gr., la fie-care două zile, această preparațiune bine aplicată mi-a dat bune rezultate.

De asemenea se recomandă chrysarobina 5 grame sau chiar 10% în lanolină 15, vaselină 65 grame.

Intern se dă iodurul. Anderson și Colligan recomandă iodurul de amidon preparat în modul următor: iodur de potasiu 1 gr. 50 pulv. de amidon 30 gr., se topesc în apă distilată 200 gr. Din această soluțiune se dau 3—4 lingurițe pe zi.

Besnier recomandă iodoformul, cea ce facem și noi, întrebuițăm 20—30—40 centigrame pe zi. Resorcina în pomadă și acidul lactic sunt recomandate de Besnier. Ca să termin cu tratamentul, iată ce vă recomand:

Maî întâiû facerea diagnosei, nu uitați *depresiunea cicatricială a plăcii* lupusului erythematos, și scuama aderentă, cu comedónele saũ orificiile glandelor sebacee; în urmă, trebuie prin corpiî grași menționați să rădicăm scuamele, spălăm cu spirt de săpun de potassă și la uniî bolnavi aplicăm: emplasure de Vigo, la alții, emplasure cu *sapo viridis* saũ după spălăturî cu spirtul menționat ungem părțile cu vaselină 30 gr., precipitat alb 1 gr. 50; și peste pomadă praf de amidon. Inșă de obiceiũ când ne servim de precipitat, spălăm părțile cuspirt de săpun de potasă 150 gr. și cu sublimat corosiv 0.50 centigr. Inșă mult maî bune rezultate se obțin prin scarificațiunî liniare, aplicări de plasure de Vigo, și iodoform la interior.

Scarificațiunile se întrebuițeză fórte mult de Vidal și Besnier, ele ne daũ, une-orî destul de bune rezultate.

Une-orî cauterisațiile cu galvano-cauterul sunt asemenea de recomandat.

## LUPUS VULGAR (TUBERCULOS)

LUPUSUL PLAN, L. PROEMINENT, L. HYPERTROPHIC ȘI ELEPHANTIASIC,  
L. SERPIGINOS NEULCERAT, L. FIBROS SAU SCLEROS, L. ULCERAT SUPERFICIAL ȘI PROFUND, L. VORAX, L. COLLOID, L. MYXOMATOS,  
L. VULGAR ERYTHEMATOID.

Lecțiune culésă de d-niî *Al. Calab* și *I. Margulius*, interni.

### *Domnilor,*

Presentându-vẽ acești patru bolnavi, toți atinși de afecțiunea numită lupus vulgar, voiũ să atrag maî întâiû atențiunea domniilor-vóstre asupra diferitelor particularități ce presintă fie-care din ei, și apoi vorbind în general despre această bółă, să vẽ arăt punctele cele maî importante, și cari ne intereséză când ne aflăm în fața unor asemenea pacienți. Acestea după cum veți vedé îndată, sunt în prima

linie patogenia și natura bólei, apoi diagnosticul și tratamentul. Un lucru veți afla de la acești patru bolnavi, important și util de reținut, că fie-care din ei a suferit și au semne din copilărie de adenopatii multiple sau gâclei, cum le numesc pacienții noștri

Acum observând bine acești 2 bolnavi tineri, unul de 16 ani, și cel-l-alt de 19 ani, îndată vă veți gândi la cel dintâiu la afecțiunea adevărată de care este atins, la un lupus vulgar pe când la cel-l-alt, ați crede că aveți a face cu o afecțiune deosebită limitată la larynx. Inșă d-lor, amândoi au una și aceeași bôlă, numai sediul este diferit: la cel d'intâiu afecțiunea este pronunțată la nas, buze, gură, după cum vedeți cu strămtórea orificiului bucal; pe când la cel de al doilea afecțiunea și-a găsit un alt sediú, s'a localizat de o cam dată, nu știú pentru cât timp la pharynx și larynx, producând o stenosă a acestor organe, stenosă care se vede fórte bine cu laryngoscopul, de și apreciabilă și cu ochiul liber.

Acest al treilea bolnav, care este într'o vîrstă ceva mai înaintată, de 32 ani, presintă, precum vedeți o formă deosebită de aceea prezentată de cei l'alți doi - forma plană cu retractia ulcerativă a aripei nasului la stînga și cu un început de așa alterație la drépta; ceia-ce mai este de remareat la acest bolnav și care constituie un punct fórte interesant în etiologia bólei, este coesistența unei carie costale și semnele unei cicatrice vecine cóstei atinse, unde pacientul dice că a avut mai înainte o mică tumefacțiune, care a supurat cât-va timp. A fost aici o gomă scrofulo-tuberculósă.

În fine, a patra bolnavă, presintă un lupus formă turgescentă, și care este pe cale de vindecare, în cât aspectul acestei bolnave diferă de al celor-l'alți, prin starea de ameliorare considerabilă în care se găsesec astăzi, ameliorare datorită scarificațiunelor repetate și grăbită acum în zilele ultime prin ivirea neașteptată a unui erysipel facial pronunțat, care a modificat și mai mult în spre bine starea sa lupósă.

Precum puteți afla de la acești pacienți, toți au avut în copilăria găleii, sau adenopatii cervicale, și repet acest punct de anamneză pentru că mai toate lucrările actuale tind a considera această afecțiune ca intim legată cu tuberculoza, arătând că este o analogie intimă între lupus, tuberculoză pulmonară, ososă, ganglionară etc. După mulți autori de mare valoare, lupusul nu este de cât o tuberculoză locală a peleii.

Lupusul scrofulo-tuberculos ocupă de obicei fața, însă el se poate întinde la totă suprafața peleii, și a diferitelor mucose în relațiune de vecinătate cu pelea. Ast-fel el poate ocupa fața, mai des nasul, și când începe la nas are relativ un mers mai repede, după cum a observat Besnier, de cât când începe prin mijlocul unei părți a obrazului. El se poate întinde la pelea capului, pe părțile laterale și anteriore ale gâtului; pe membrele superioare, umere, brațe, ante-brațe și la mâni. În această din urmă localizare lupusul poate diforma cu totul mânele cu degetele, după cum veți vedea în observația unui bolnav ce am în spital, și al căruia portret în ulei vi-l presint. El se poate observa pe diferitele regiuni ale trunchiului, pe fese, pe cõpse, pe gambe și picioare, ceea ce presintă bolnavul menționat.

Cât despre formele sau varietățile ce presintă această afecțiune putem avea următoarele: Lupusul plan și lupusul proeminent; l. hipertrophic de multe ori și elephantiasic, cum veți vedea din observația ce vă citez; l. serpiginos ne-ulcerat după aspectul ce l'ieau leziunile lupice, l. fibros sau scleros care încercă une-ori resorbțiunea spontană; l. ulcerat superficial și profund; l. vorax care ni-l presintă pacientul cu localizarea bólei la pharynx și larynx.

Pe urmă avem de menționat varietățile descrise și numite de Leloir atipice ale lupusului vulgar cari sunt: Lupusul colloid, l. myxomatos, l. vulgar erythematoid l. scleros care constituie tuberculoza verucosă sau tuberculul anatomic descris de Richl și Paltauf de la Viena.

În forma coloidă neoplasmul lupic are un aspect stielos, puțin opac, el este înprăștiat pe pele, nu are tendința a se

reuni în mese mari, și cum încercă degenerarea coloidă în secțiune prezintă cavități kystice neregulate. Stați fără să se ulcereze, dispărând une-ori de la sine; însă de obicei se vindecă anevoie și recidivază des. Este o varietate foarte rară, Leloir dice că n'a observat de cât 6 cazuri, localizate pe diferitele regiuni ale feței; însă mai cu seamă regiunile zygomatiche, maseterine și nasogeniene.

În forma myxomatōsă după Leloir, neoplasiile sunt moi, de aparență gelatinōsă, proeminēză pe pele, sunt turgescențe voluminoase.

Un așa cas vi-l prezintă una din bolnavele de cari v'am vorbit; unde după cum ați observat lupomele sunt traversate de vase sanguine dilatate.

După Leloir lupomele acestei varietăți se ulcerază anevoie ceea ce am constatat și eu în alt cas ce am în serviciu și al căruia portret vă prezint. În acest cas vedeți că leziunile ocupă lobulul urechei drepte. — Din 12 cazuri observate de Leloir 6 ocupă lobulul urechei.

Să vedem în ce mod s'ar pute defini această bolă. După Hardy, lupusul este o scrofulidă ulcerōsă sau pustulōsă și vedeți aceste planșe din atlasul lui Hardy, în care se prezintă un bolnav cu distrucțiuni considerabile ale feței, forma ulcerōsă, și o bolnavă cu forma numită pustulōsă, de Hardy și care este tot lupus vulgar.

Acastă formă ulcerōsă merge în profunđime, distruge părțile moi ajungând chiar până la os.

Definiția însă dată de Hardy nu este sulicientă și înainte de a ajunge la o definițiune mai modernă, să vedem ce idei aveau autorii mai vechi despre această afecțiune.

Laennec a admis identitatea între scrofulosă și tuberculosă.

Sauvages și Bordeu s'au gândit la contagiositatea scrofulii și au emis părerea că scrofulosa este o tuberculosă a peleii. Mai mult încă, ieii au đis că scrofulosa cuprinde tuberculoasele tegumentare osóse și chiar viscereale.

De aceea este de remarcă că în urmă Wirchov să încercă să separe scrofulosa de tuberculosă anatomicesce și

sunt Charcot, Friedländer, Cornil, Thaon etc., cari prin studiile lor ajung a nu face o deosebire între scrofulosa și tuberculoasa cutanată.

După E. Besnier, Leloir și alți autori moderni lupusul vulgar este o scrofulo-tuberculoasă tegumentară. Pe când ulcerile tegumentare ce se observă uneori în tuberculoasa pulmonară constituie o tuberculoasă pură a peleii, nu o scrofulo-tuberculoasă. Ca ulcere tuberculoase ale peleii avem deci pe acelea ale ftisicelor și tuberculoasa papilomatasă sau tuberculul anatomic. Însă ea și lupusul vulgar tuberculul anatomic tegumentar se ivesc prin inoculațiunii de dinafară de ordinar. Lupusul constituie tipul cel mai principal al tuberculozelor peleii, celelalte tuberculoase tegumentare nu sunt decât varietăți. Deci noi vom studia numai acest tip principal pentru care vă presint mai mulți bolnavi.

De odată veți ști că lupusul se distinge de celelalte tuberculoase ale peleii prin aspectul special, de culoarea zahărului ars ce-l presintă elementele lupose, numite „*lupome*” și cari sunt nise neoplasiilor parazitare. Un alt caracter al acestor neoplasiilor este că ele se ivesc din tinerețe aș un mers cu totul cronic, și isbesc copilandrii cari aș o apariție și o stare generală foarte satisfăcătoare.

Probă este și un pacient al meu (veți observația mai departe) la care bóla a început din frageda copilărie, acum patru ani s'a însurat și a dat un copil până acum sănătos. Deci vedeți cronicitatea ce oferă această afecțiune.

Eu însă prefer a numi această dermatosă lupus tuberculos, arătând prin această numire că în producțiile lupose găsim bacilul lui Koch. Deosebirea dintr'un *lupom* și *tuberculoom* consistă în mai puținii bacili în cel d'întăiu ca în cel din urmă. Din contra în lupome sau leziunile elementare ale lupusului avem mai multe celule gigantice.

Pentru ce acesta? În pulmonii bacili se pot înmulți mai bine, stau într'un mediu de cultură mai bun, la o temperatură potrivită, pe când pe pele nu se găsesc acele condițiuni. De aceea tuberculoasa această cutanată este mai puțin virulentă conținând mai puținii germei morbiđi. în



Ca și orî-ce bôlă parasitară și lupusul vulgar nu vine direct la toți indiviđii cu constituții limfaticе sau scrofuloase, și se cer pentru acêsta ôre-carî condițiunii. Ast-fel trebuese porți de intrare pe terenul pregătit, ca constituție, pentru ca bôla să evolueze. O eezemă a feței, un impetigo la copil limfaticî unde nutriția este încetinită (Bouchard) au atâtea porți de intrare ca copilî să se pôta contamina prin bacilul tuberculos, de unde începutul evoluțiunei lupusului. Din acest moment copilul este scrofulos, cu produsele sêle se pôte da tuberculoza la purcei de India și la epuri de casă.

Am vêđut că chiar autorii vechi au đis că aceste leziuni sunt de natură tuberculoasă. Bordeu și Sauvages au đis că scrofuloza este o tuberculoasă locală a peleî și a ganglionilor limfaticî. Probă sciințifică s'a dat în urmă, de Cornil și Friedländer, cari au constatat în gomele scrofuloase foliculul tuberculos, element caracteristic al tuberculului. În urmă H. Martin, Cornil și Leloir, Lannelongue au demonstrat prin experiențe că gomele scrofuloase inoculate, cum am đis la unele animale, pot transmite tuberculoza în seriî.

Leloir a constatat în păreții gomelor scrofulo-tuberculoase ramolite, bacilî lui Koch, decî gâlcele voluminoase ale unor copii, cari sunt gome scrofuloase sunt de natură tuberculoasă.

Prin urmare, lupusul recunósce ca cauză intimă inoculare prin bacilul tuberculos.

La rîndul sêu decî gomele scrofuloase, tuberculoza ganglionilor limfaticî, pot fi cauza de lupus. Individul tuberculos prin pulmonî pôte prin sputa lui să-și inoculeze pe tegument când sunt porți de intrare deschise, un lupus vulgar. În alte casuri, susține Leloir, lupusul pôte da gomele scrofuloase precum și alte tuberculoase pe pele.

După cercetările cele mai noi, lupusul pôte fi considerat ca o dermatosă cronică parasitară, putênd fi ereditară, în sensul tuberculoaseî pulmonare, adică nisce părinți limfaticî, scrofuloși pot da nascere la copil cu predispoziție la scrofulă, la lupus. la tuberculoasă, și caracterisată prin desvol-

tarea de tubercule sau nodisităţi de formă şi întindere variabilă, de coloraţiune roşie închisă, ca zaharul ars, cari noduri sau tubercule de obicei se ulcerază, sau se acoper de cruste groase, castanii, sub cari se formază un ţesut cicatricial; puteţi observa așa cicatrice şi la bolnavii noştri.

Tóte aceste lesiuni ce caracterisă bóla, nu se observă de o dată pe unul şi acelaşi bolnav, așa, unele se observă într'o periódă a bólei, pe când altele într'o altă periódă. După caracterele erupţiunei lupóse, avem, după cum am şis, une-orî un lupus turgescens, alte-orî ulceros, exfoliant, vegetans şi ipertrofic etc. Acestea însă nu sunt de cât forme observate în diferiţi timpî ai evoluţiunei bólei, la diferiţi indiviđi.

Trebue însă să sciţi că mersul afecţiunei este f'рте încet, în cât după câte-va luni. papulele şi nodurile lupóse pot fi vizibile cu ochiul liber — şi în forma plană, cum vedeţi la acest bolnav, ele sunt simţite numai prin pipăire, şi unele numai vizibile prin transparenţă cu aspectul lor galben-brun pe obraz.

Când bolnavii nu se caută se póte prin auto-inoculaţiunii să se întindă lesiunile lupóse, în regiunile vecine. Une-orî sunt căile limfatice cari conduc principiul morbid în diferite regiuni.

După cele şise, inoculaţiunile cu materii lupóse la animale aű dat nascere tuberculosei pulmonare; decî, de şi este o identitate între ambele aceste bóle, totuşi există o diferenţă între reproducerea morbilor respectivi, căci cu inoculaţiunile lupice s'a dat tuberculosa pulmonară, nu s'a transmis însă lupusul la animalele inoculate.

Tóte aceste experienţe s'aű făcut la animale, asupra omului nu s'a încercat încă. *S'ar puté, póte, reproduce local, dar materia inoculată fiind dusă de curentul circulator, se opresce întâi în pulmon, unde produce înainte dn tóte lesiunea pulmonară.* Besnier.

Să continuăm cu patogenia acestei bóle. şi mai întâi trebue să spunem că sunt încă mulţi autori cari nu cred că ar exista vre-o relaţiune între lupus şi scrofulosa. Intre



aceștia este chiar profesorul Kaposi, care în cartea sa din 1878, încă susținea acest lucru; se poate, ține el, ca cine-va să fie scrofulos, și să nu fie atins de lupus, după cum se poate și contrariul.

Leloir urmărind 17 cazuri încă de la 1876, a observat că din 8 femei, 5 aveau tuberculoasă pulmonară; și din 9 bărbați tot 5 erau tuberculoși. Lailler care este mai bătrân în această specialitate, într'o monografie apărută nu de mult ajunge la concluziunea că, lupusul nu e de cât o scrofuloasă, sau mai bine țis o tuberculoasă a peleii. *După dñsul unul la 10 din bolnavii atinși de lupus sunt și tuberculoși.*

Besnier susține asemenea, după cum am văzut, această relațiune intimă între scrofulosa și lupus și dacă tuberculoasa pulmonilor nu dă tuberculoasa peleii sau un lupus, se poate admite chestiunea de teren. Bacilii aflați în pulmonii se găsesc mai bine de cât pe pele, de aceea negreșit și mersul foarte încet al leziunii pe pele, în raport cu leziunea pulmonară.

De alt-fel am văzut că Leloir admite ivirea unui lupus în urma tuberculoșei pulmonare.

Dr. Haslund de la Copenhaga în statistica sa admite 60% de auto-infecțiunii la lupoși, și White găsește coincidența lupusului cu tuberculoasa de la 30 la 60%, însă White acuză scarificațiile ca propagând leziunea de la pele la pulmonii, de și alți dermatologiști americani, Fox, Robinson și Graham nu acuză scarificațiile.

Acum câți-va ani James Nevins Hyde se încercă a arăta că în cercetările sale n'a gasit nici o coincidență între aceste două morbe și după acest autor, un lupos poate da nascere la copii sănătoși, și poate trăi mulți ani — și mai departe, ține acest dermatolog, scim că Koch a găsit bacilul la lupoși, l'a cultivat, și a dat cu el tuberculoasa la animale, de unde conchide și Nevins că lupusul este o tuberculoasă locală, și bacilul vine pe pele din afară; când se constată și în pulmonii, el a intrat tot de afară, nu este prin propagarea de la pele, de aceea lupoșii pot da copii sănătoși și poate că la aceștia la care de obicei începe lupusul, pe

la 6—8 ani, fiind lăsați în voia întâmplărei, jucându-se cu tot ce găsesse, punând din întâmplare mâna pe produse tuberculose, și ducându-le la obraz, unde existând vre-o sgarîietură sau vre-o rănire, această materie tuberculosă să fie în de ajuns ca să dea naștere lupusului, și după Nevins bôla ar resulta din introducerea directă a bacilului patogen al tuberculozei, adică că bôla se capătă prin contact direct. Ceia ce cred și eu și am observat așa casuri.

Profesorul G. Sée de la Paris consideră lupusul că o tuberculosă atenuată și larvată, chestiune, Țice el, pôte de teren, ceia ce credem și noi.

Leloir a produs tuberculoza experimentală introducând în cavitatea peritoneală a purcelului de India fragmente lupose. Cu procedeul său rêușita este sigură.

Duhring Țice ca și Kaposi că se observă lupus la indiviđi nescrofuloși. Inșă cu drept cuvînt obiectează Besnier din Paris, că dacă la un scrofulos găsim leziuni pronunțate constituind *lupus*, negreșit că cele-lalte ale scrofuliei numai pot fi pronunțate.

Leloir citeză observațiunea unei fete de 6 ani cu un lupus situat între degetele mânei stângi, pe care voind să o opereze muma bolnavului nu l'a lăsat; după cât-va timp bôla s'a comunicat prin vasele limfatice până la pulmonul, dând naștere tuberculozei pulmonare.

Inșă această observațiune a lui Leloir n'are tocmai mare importanță pentru că se pôte să fi fost o coincidență, adică bolnava să li fost sub iminență de tuberculosă pulmonară înainte de aparițiunea lupusului său a scrofuloiei dintre degete.

Ați vȚdut bolnava noastră, care de mulți ani suferă de această afecțiune, ce o are între degete și pe antebrațe și cu toate acestea n'a presintat și nu presintă nimic din partea pulmonilor și în fine observați acest băiat de 19 ani, care are afecțiunea luposă limitată la pharynx din copilărie și leziunea a stat pe loc. Tot Leloir Țice că în tot-d'a-una trebuie să ne ferim ca asemenea bolnavi să nu fie atinși de erysipel, din cauza limfangitelor la care dă naștere această bôla, și

prin urmare erysipelul ar contribui mult la propagarea hólei la pulmonî, la grăbirea terminației letale a bolnavilor.

Eû, d-lor, nu prea cred în acest lucru, și ca exemplu contrar celor spuse de Leloir aveți pe bolnava nóstră, care a suferit de curând și de un erysipel al feței destul de intens, și în loc ca hóla să facă progrese în rėu, din contra vedeți că s'a mai ameliorat.

Să vedem acum cari sunt lesiunile istologice în lupusul vulgar. Mai întătiû trebuie să știți că lesiunile epidermului nu aû o mare importanță. În forma lupusului ȃisă papilomatósă stratul celulelor malpighiene care separă papilele dermice între ele este mai hipertrofiat, decî mai lung și mai lat. În acest cas o secțiune superficială a neoplasmului arătând numai acéstă proliferare epitelială s'ar putea lua drept un epitheliom. De aceea, după cum aû recomandat Vidal și Leloir trebuie a se face secțiuni profunde spre a se ajunge la nodurile lupóse. Din contra în lupusul exfoliant ne ulcerat stratul epidermic este peste tot subțiat și atrofiat. În privința punctului de plecare al lupomelor numai de câțiva ani posedăm noțiuni mai positive, fiind-că chiar Rindfleisch a ȃis că sunt întăiû glandele sebacee bolnave, pe când astădi se șie că atât glandele acestea precum și cele sudoripare nu se alteréză și nu dispar de cât târđiû în mod secundar.

Kaposi și Neumann aû admis o inflamație cronică a dermului. Dintre Germani găsım pe Friedländer singur care a ȃis că *lupomul* este egal cu un *tuberculom*. Am menționat pe autorii franceși cari aû contribuit mai mult să lumineze acest punct important și să stabiléscă existența bacilului lui Koch în *lupome*. Acum șim că esamenul secțiunilor de pele infiltrate de curând de producțiile lupóse, colorate cu carmin sau violet de gențiană, ne arată pe lângă o stare inflamátore a dermului, o infiltrație de celule embrionare, cari fiind a se grămădi în mese rotunde mai mult sau mai puțin mari, făcënd noduri de celule ȃise «lupome».

În mod înprăștiat se găsese așa celule embrionare și la suprafața papilelor cari sunt mărite de volum în tóte scu-

surile. Une-orî grămești mici de aceste celule se întâlnesc pe traectul țeselor papile.

Aceste noduri lupose mai mult sau mai puțin voluminoase încep probabil în stratul superficial al dermului pentru a se întinde în profunditatea lui, de unde simțim prin pipăire nodurile lupice ocupând această situațiune.

Leloir (1) a constatat că infiltrațiile lupice ce se întâlnesc în stratul papilar sunt formate prin celule limfatice embrionare; în mod esecpțional se întâlnesc aici foliculii lupoși conținând celule gigantice cu mulți nuclei sau celule epiteloide.

Pe când după acest autor în stratele profunde ale dermului și ale ipodermului, *lupomele sau foliculii lupoși* sunt bogăți în celule gigantice cu elementele epiteloide, de și acești foliculi, aceste neoplasii sunt ceva mai rare ca cele formate din celule limfatice situate în stratul superficial al dermului.

În general producțiile lupice, micile tumori, ocupă partea mijlocie și profundă a dermului. Une-orî aceste neoplasii se întind până în țesutul grăsos de sub piele și Leloir la pagina 226 a operei citate represintă un așa folicul, care sémănă întocmai cu un nodul tuberculos.

Se înțelege că secțiunea verticală a unei asemenea neoplasii ne ulcerate ne va arăta un mare număr, une-orî, de foliculi lupoși, cu celule gigantice, separați între ei prin traverse de țesut conjunctiv mai mult sau mai puțin alterat.

În foliculii neoplasiei mai mici se observă une-orî și celule granulose cari se asemănă cu celulele numite de Germani «mastzellen.»

Analisa microscopică cu o mărire de 500 diametre, a acestor neoplasii sau noduri lupice ne arată că ele sunt formate dintr'o masă sferică de celule embrionare în centrul căreia se află o celulă gigantică cu nuclei poliedrici numeroși, sau celule epiteloide la periferie. Cu timpul ele-

---

(1) Leloir. Serofulo-tuberculose de la peau et des muqueuse etc. 182 pag 213 et suivantes.

mentele țesutului conjunctiv din zonele neoplasiilor și anume fibrele conjunctive și elastice, se alterează până ce dispar aproape cu totul rămânând numai nise traverse subțiri și o substanță amorfă puțin granulată. Invelitorile directe însă ale foliculilor lupoși formate, cum scim, tot prin fibre conjunctive sunt din contra în stare de hipertrofie, și nu dispar de cât cu ulcerarea *lupomilor*.

De unde vin celulele care formează tuberculul lupic? Este probabil că ele și ieau origina ca toate celulele embrionare în procesele inflamatorii, din vasele sanguine și limfatice precum și din proliferarea celulelor conjunctive vecine.

Înainte de a se sclerosă sau de a ajunge la ulcerare, celulele nodurilor lupoase încercă transformarea sau degenerarea coloidă, caseasă, ceea ce se vede și în *tuberculome*. Trebuie să știți că uneori lupomele se sclerosă în mod spontan, ceea ce constituie un mod natural de vindecare; căci trebuie să știți că mai este un alt mod de vindecare naturală, acela al resorbțiunii acestor tumori. Leloir tratând cu pensula de păr un nodul lupus a obținut un rețicul cu capilare sanguine, care sâmbătă cu acelea ce obținem când tratăm cu pensula secțiunii de ganglioni limfatici.

Ce devin vasele limfatice ale peleii în zona neoplasiilor? Încetul cu încetul ele se dilată, se inflamă uneori constituind limfangite, care transportă mai departe procesul morbid. Ast-fel se explică întinderea leziunilor de la față la extremități cum se vede în observația bolnavului cu așa generalizare. Cât despre vasele sanguine, ele sunt mai în tot-d'a-una congestionate și pe cale de proliferațiune endotelială; în multe cazuri există o endarterită și perianarterită care se întinde și în capilarele sanguine, ceea ce contribuie la mortificarea țesăturilor respective.

Când lupomele ajung a se sclerosă, epidermul ce le acoperă se distruge mai întâiu. Fenomenele unei dermite locale se ivesc, apoi papilele dermului intră în procesul mortificării, ulcerarea este ast-fel constituită. În urmă ea și în orice proces ulcerativ baza ulcerului lupos poate fi fungoasă, mugurată, papilomatată etc. Se înțelege acum că

în focarul ulcerativ, pe lângă bacilul tuberculos, numeroși bacili ai supurațiunii se vor ivi, contribuind când nu se intervine la timp la desorganizarea țesăturilor în toate direcțiile.

*Cum începe, și prin ce semne se arată lupusul.*

Cele mai de multe ori el începe la obraz, împrejurul aripelor nasului, pe mucóse sau pe pele; începe mai în tot-d'una la nas, pătrunde în fosele nasale; erupția se întinde pe buza superioară, inferioară, la pleoape, conjunctivă, pe partea internă a buzelor, pe gingii, etc. Câte o dată începe și se oprește la mucóse, cum e la unul din bolnavii noștri, la care a început în regiunea palatină, s'a întins la epiglota, ocupând o mare parte din larynx, în fine veți vedea mai jos observația mea, unde bóla a început la extremități.

Mai rar începe la extremități, căci din acești patru pacienți vedeți că la trei există producțiuni lupóse numai la obraz.

Afecțiunea începe prin micș papule sau tubercule ca bobul de meiș, altele, ca gămălia de ac; după 2, 3 sau 5 ani acești tuberculi galbeni negri (lupus plan) se adună, formând un tubercul mare (lupus turgescens); acest tubercul irităză părțile situate d'asupra lui — stratul mucos al lui Malpighi, dând loc la o ulceratiune, când, avem a face cu un lupus ulceros. În timpul acestei metamorfoze se forméază alte elemente noi mai cu sémă în țesutul conjunctiv, pelea se retractéază dând nascere la nisce cicatrice albe; une-ori se necroséază și se reface din nou; destrucțiunea póte merge progresiv, ajungénd chiar până la os, dacá medicul nu intervine. Pe lângă tuberculele diformante ale obrazului, ele se mai observă la mâni, picioare etc. cum ați vădút la bolnavii noștri.

Iată acum observația bolnavului cu lupus generalizat și rar. de care v'am vorbit.

LUPUS ULCERAT AL FEȚEI ȘI HYPERTROPHIC, ELEPHANTIASIC AL  
EXTREMITĂȚILOR.

Observațiune culôsă de D. *Ehrlich*, intern.

Pacientul Tănase Dumitru, de anî 25, căsătorit, agricultor, s'a prezentat în serviciul nostru din spitalul Colentina în ziua de 13 Martie 1892, pentru leziunile descrise mai jos.

*Antecedente hereditare.* Tatăl pacientului, de 65 de anî, e pe deplin sănătos și după cum ne declară chiar el, n'a fost nicî odată bolnav. Mama pacientului a născut după 2 anî de căsătorie, pe când era de 29 de anî, un băiat sănătos, care și acuma e pe deplin sănătos și are 4 copii sănătoși. După 2 anî ea născu o fată sănătôsă, care muri pe când era de 18 anî la prima facere. După 2 anî ea mai născu 2 copii gemeni: un băiat, pacientul, și o fată care e sănătôsă, n'a fost bolnavă și are 6 copii sănătoși. După 2 anî a mai născut o fată care e sănătôsă.

*Antecedente personale.* Pacientul era pe deplin sănătos, după cum se și născuse, până la etate de un an, când, după cum ne declară tatăl sêu, i-a eșit un fel de bășică pe degetul cel mare al piciorului drept, care se tumefiă îndată; spărgându-se apoi acea bășică se scurse din ea mai multă vreme un fel de lichid. Leziunile rêmaseră limitate vre-o 2 anî la degetul care se acoperi de tubercule; apoi se întinseră la cele-lalte degete ale piciorului. Ósele acestor degete nu întârziră de a-se atinge și ele. Tuberculele se ulcerară, se cicatrissău apoi se iviră altele. Până la etatea de 10 anî leziunile se limitară numai la piciorul propriu ȝis drept, apoi începură a cuprinde gamba și cóspsa dréptă. Cam tot pe atunci se iviră tubercule pe degete apoi pe întréga mână propriă ȝisă stânga. La față leziunile nu începură de cât acum 2 anî. Mai întâiu apăruseră tubercule pe gât; *pe nas nu se iviră de cât, dacă trebuie să dăm cređemînt spuselor bolnavului, de abea acum un an.*

Pe la 1888 s'a însurat și după 1 an și jumătate soția-l

născu un băiat la termen și pe deplin sănătos. În urma examenului minuțios ce i-am făcut copilului l'am găsit sănătos și nu i-am putut stabili nici o diatesă. Soția pacientului e de asemenea sănătoasă.

Alară de friguri și de indigestie pacientul pretinde că n'a suferit nici o dată de nimic.

*Starea prezentă.* Pacientul e de o constituție debilă. Sistemul osos e bine dezvoltat, cel muscular și cel celulo-grăsos e prea puțin dezvoltat. N'am putut constata nimic anormal din partea diferitelor organe.

*Starea tegumentelor și aspectul exterior: Fața.* Marginea inferioară a aripelor nasului e distrusă ast-fel că orificiile nasului sunt mărite. Virful nasului e în parte distrus, asemenea și marginea inferioară a păretului ce separă lasele nasale, ea prezintă o echancrură. Pelea nasului e tótă edemațiată îngroșată, roșie; partea corespunzătoare porțiunii cartilagi-góse e acoperită de o mulțime de tubercule ulcerate, confluențe, unele acoperite de cruste, ce se ridică cu anevoiă.

Aceste tubercule acoperă și mucósa foselor nasale, de unde trec pe lucta, care e mărită de volum și ulcerată și pe vëlul palatin unde sunt și tubercule aglomerate. Îngroșarea și roșata pele, care se întinde de la nas spre restul obrazului este limitată sus, de pleopele inferioare, în afară de o linie ce ar pleca de la unghiul extern al ochiului la nivelul comisurii labiale, urmând marginea anterioară a maseterului. În partea stângă se mai prelungesc până la marginea inferioară a maxilarului inferior. În afară comisurii drepte se află un grup de vre-o 5 tubercule destincte prea puțin ulcerate, de mărimea unui bob de mazere și puțin mai sus un grup de mărimea unui bob de fasole, ne-ulcerat, de consistență môle; imediat de-asupra sunt mai multe tubercule micș ulcerate acoperite de cruste gălbeni, ele se întind până la rebordul orbital. În partea stângă pelea e mult mai îngroșată, tuberculele ce-o acopăr sunt în mai mare număr, confluențe, acoperite de cruste; ele tind spre vindecare. Buza superioară e acoperită de cruste galbene sub car se află o mulțime de tubercule confluențe; ele aco-



peră numai mijlocul acestei buze, lătarele-i presintând numai pelea îngroșată și roșie.

Restul feței n'a fost nici odată atins. Pe gât în dreptul osului hioid se observă o placă roșie cât o piesă de un leu acoperită de tubercule mici confluențe acoperite de mici cruste. În dreptul unghiului inferior stâng al maxilarului inferior găsim în grup cât o alună format de reunirea mai multor tubercule mici acoperite cu cruste albe.

*Mâna stângă.* În dresul cotului pe fața posterioară a brațului și a antebrațului se vede o cicatrice albă ce ocupă o întindere de vre-o 12 centimetri în lungime și care a produs rețracțiunea pelei jenând ast-fel mișcările antebrațului.

În mijlocul acestei cicatrice se află 3 plăci îngroșate provenite din tubercule aprópe vindecate.

Pe la mijlocul feței anterióre a antebrațului se vede o placă ovală îndurată cu marele diametru de vre-o 5 centimetri acoperită de cruste albe. De-alungul antebrațului se mai găsește cicatrice albe. Mâna stângă propriu zisă e foarte diformată și ipertrofiată. În dreptul articulației pumnului pelea e foarte îngroșată la partea posterioară într'o întindere de vre-o 6 centimetri (2 centimetri de-asupra și 4 de desuptul inter liniei articulare) acoperită de o mulțime de tubercule confluențe ulcerate, unele acoperite de cruste. Pe lângă aceste se mai găsește tubercule pe cale de vindecare. Pe fața anterioară pelea e mai puțin îngroșată, mai puțin roșie. Nu găsim aci de cât un singur grup de tubercule într'o întindere de vre-o 3 centimetri înconjurate de grupulețe mici de tubercule vindecate. Palma mânei e îngustă așa că distanța între rădăcina podicelui și extremitatea internă a plicei palmare inferióre este de 6 centimetri pe când la mâna dréptă e de 9 centimetri. Pielea e îngroșată roșie. La partea superióre a eminenței tenare sunt urme de tubercule. La partea superióre a eminenței hipotenare e un grup de tubercule confluențe ulcerate, acoperite unele de cruste gălbenii. Din degetul indicator n'a rămas de cât cât ține prima falangă, pelea-i îngroșată, tumefiată și acoperită la

partea terminală și dorsală de mici tubercule ulcerate acoperite unele de cruste.

Acastă rămășiță a indicatorului pare așezată îndărătul celei a mediului cu a căruî față dorsală e cu totul conerescută. Din mediū n'a rămas de cât, cât ține prima falangă și extremitatea acestui deget redusă la o eschilă sémănă mai mult cu o unghiă. Pelea-î îngroșată, tumeliată, și acoperită la partea palmară de un grup de tubercule conflente ulcerate, acoperite unele de cruste, iar la partea-î dorsală aderă cu totul de indicatorul. Din anularul n'a rămas nici cât ține prima falangă a căruî extremitate proemină și sémănă cu o unghie. E așezată îndărătul mediului cu care e în partea conerescută. Pelea-î îngroșată, roșie, și acoperită pe față palmară la bază de un grup de tubercule ulcerate conflente. Din degetul cel mic n'a rămas de cât întâia și o parte din a doua falangă a cărei extremitate proemină iarăși ca o unghie. Pelea feței dorsale e puțin roșie iar față I palmară e tótă acoperită de tubercule conflente unele cu cruste pe de-asupra. Podicile este singurul deget, care și-a mai păstrat óreși-cum forma; pelea-î e roșie, tumeliată. *Ast-fel că diformația acestor degete amintesce cu totul ghiarele unor animale.*

*Mâna dréptă.* În dreptul olecranului pelea e îngroșată, acoperită de un grup de tubercule pe cale de vindecare, acoperite celemai multe cu cruste. În afara acestui grup sunt alte 3 grupuri de tubercule aprópe vindecate. Cu vre-o 2 centimetre de desuptul plicei cotului e un grup de tubercule mici conflente, aprópe vindecate, acoperite de cruste albe gălbeni, ce se ridică cu greū; acest grup ocupă o întindere de vre-o 10 centimetri în circonferință. Înăuntrul acestui grup e un altul mult mai mic, cu aceleași caractere. Pe această mână, n'a mai fost vre-o dată tubercule în alte părți.

*Piciorul stâng.* Tóte degetele sunt îngroșate; pelea-li-e roșie îngroșată, acoperită mai tótă de tubercule ulcerate conflente, acoperite de cruste gălbeni. Pe partea dorsală a piciorului propriū ȑis sunt tubercule diseminate pe cale de vindecare. La nivelul articulației medio-tarsiune găsim un

grup de tubercule confluențe acoperite de cruste mici; acest grup ocupă o întindere de vre-o 6 centimetri în cir conferință. La nivelul articulației tibio-tarsiene găsim mici cruste și urme de tubercule. Pe marginea internă a piciorului sunt tubercule diseminate pe cale de vindecare. Cu vre-o 5 centimetri de desubtul maleolei interne se află un grup cât o piesă de 2 lei format de tubercule confluențe aprôpe vindecate. Un grup de aceeași mărime ocupă partea posterioară a calcaneului. Acest grup are marginile roșii proeminente; tuberculele ce-l compun sunt ulcerate și unele acoperite de cruste. Un grup mic de tubercule aprôpe vindecate ocupă mijlocul talpei. *Gamba stângă* presintă urme de leziuni anterioare ce constau în cicatrice ce ocupă partea mijlocie. În dreptul inserțiunii aductorilor se găsește un grup de tubercule mari, roșii închise, ocupând o întindere în lungime de 6 centimetri iar în lățime de 3 centimetri. În dreptul condilului intern e un grup de tubercule pe cale de vindecare.

*Piciorul drept.* Tôte degetele lipsesc ea și cum ar li fost amputate și în locul cicatricei ce ar li rezultat din reunirea lambourilor se observă un lanț de tubercule confluențe ulcerate, acoperite unele de cruste galbene. Numai urmele degetului al doilea se mai pôte constata. Pelea piciorului e roșie îngroșată. Circonferența luată la nivelul articulației medio-tarsiene e de 35 centimetri pe când la piciorul stâng e numai de 25 centimetri. În dreptul capului primului meta carpien e un grup de tubercule confluențe ulcerate, unele acoperite de cruste. Pe fața dorsală a piciorului găsim o mulțime de tubercule mai mult sau mai puțin confluențe, unele ulcerate altele nu, cele mai multe acoperite de cruste.

La marginea internă a piciorului, la nivelul articulației tarso-metatarsiene găsim un grup de tubercule ocupând o întindere în circonferență de vre-o 15 centimetri, puțin proeminente, pe cale de vindecare. Cu vre-o 4 centimetri de-asupra maleolei interne este un grup de mărimea unei piese de un leu, format de tubercule ulcerate. În drep-

tul extremității posterioare a feței interne a calcaneului e un grup de tubercule, confluențe ulcerate, acoperite de cruste galbene tari. *Gamba dreapta* prezintă pelea foarte tumefiată, roșie, îngroșată. Circonferența luată în dreptul articulației tibio-tarsiene, e de 28 centimetri, pe când la piciorul stâng e de 25 centimetri. Circonferența luată la partea mijlocie e de 29 centimetri, iar la piciorul stâng e de 26 centimetri. Cu începere de la interlinia articulară tibio-tarsienă și până la vre-o 8 centimetri deasupra ei, gamba e acoperită jur în prejur de o mulțime de tubercule confluențe, formând grupuri puțin distanțiate.

Printe spațieri, pelea este îngroșată, tare la pipăire, cele mai multe din aceste tubercule sunt ulcerate; unele sunt acoperite de cruste, unele sunt proeminente, altele puțin. De-alungul crestei tibiei observăm la partea inferioară un grup de tubercule confluențe acoperite de cruste galbene, puțin mai sus sunt alte două 2 grupuri puțin mai mici aproape confundate. Pe la mijlocul crestei tibiei se află un grup cât o piesă de un leu, format de tubercule mari confluențe, foarte proeminente și ulcerate. Puțin mai jos și ceva mai înăuntru e un alt grup mai mic de tubercule cu aceleași caractere.

Tot pe cresta tibiei, dar mai sus se găsesc 3 grupuri de tubercule ulcerate, proeminente. De deasupra articulației genunchiului se află pe tibia un lanț de tubercule ulcerate, ocupând o lungime de vre-o 5 centimetri. Pe fața internă a tibiei se mai află răspândite grupuri mici de tubercule pe cale de vindecare și urmele altora. Jumătatea superioară a feței interne a gambei nu prezintă de cât urme de leziuni anterioare. Puțin mai jos dăm de un grup mare de tubercule ocupând o lungime de 6 centimetri și o lățime de 3 centimetri; aceste tubercule sunt mari, proeminente, ulcerate, acoperite unele de cruste. Înăuntru acestui grup e un lanț de tubercule mari, puțin confluențe, ulcerate, cari trec puțin și la partea posterioară a gambei. Diametrul acestei circumferențe e de 4 centimetri. Puțin mai jos e un grup, cât o piesă de un leu format de tubercule

cu aceleași caractere. De desuptul lui sunt alte 2 grupuri mai mici. Pe fața posterioară a gambei, puțin mai sus de grupul în lanț, e unul cât o piesă de un leu, format de tubercule puțin ulcerate. Pe aceeași față se mai găsește urmele unor leziuni anterioare. *Cópsa dréptă*. Pe fața anterioară imediat de asupra articulației genunchiului se observă 6 grupuri mici cât o piesă de 50 de bani formate de tubercule proeminente aprópe cicatrizate. La partea superioară se află un grup de tubercule puțin proeminente, ocupând o întindere cât o piesă de 2 lei. Puțin mai înăuntru e un grup cât o piesă de 50 bani, format de tubercule confluențe aprópe cicatrizate și imediat de desuptul lui sunt urmele altor tubercule. Aprópe pe tóată întinderea feței interne găsim cicatrice albe și ici colea se mai vede câte un tubercul isolat sau vre-o 2—3 confluențe, proeminente și acoperite de cruste albe. Fața posterioară e mai tóată acoperită de cicatrice albe. La limita acestei fețe cu cea internă este un grup aprópe linear de vr'o 5 centimetri ale cărui tubercule sunt puțin proeminente și aprópe cicatrizate. Puțin mai jos sunt 2 tubercule isolate. Cam pe la mijloc e un grup circular de mărimea unei piese de 5 lei cu marginile proeminente neregulate, de un roșu închis. În dreptul plicei fesiei e un grup triangular cu marginile puțin proeminente format de tubercule confluențe pe cale de vindecare. De desuptul acestui grup este unul cât o piesă de un leu, ale cărui tubercule confluențe sunt acoperite de cruste albe. *Fessa dréptă*. Pelea este sbârcită și acoperită de cicatrice albe. În apropiere de marele trocanter e un grup cât o piesă de 5 lei cu marginile proeminente, format de tubercule proeminente, aprópe cicatrizate și acoperite de scuame albe. Puțin mai jos găsim un grup cât o piesă de 2 lei cu marginile neregulate, rău limitate, format de tubercule confluențe puțin proeminente aprópe cicatrizate. De-asupra plicei fesiere găsim un grup ovoid cu diametrul cel mare de vre-o 6 centimetri, iar cel mic de vre-o 3 centimetri, cu marginile foarte proeminente, format de tubercule mari asemenea proeminente. Înăuntrul cocixului e un grup ca

de vre-o 2 lei cu marginele proeminente, format de tubercule asemenea proeminente aprópe cicatrizate. Mai tóta regiunea sacrală e ocupată de un grup mare de tubercule confluențe, mari, acoperite de scuame albe.

Pe trunchiú n'a avut nici odată leziuni.

*Tratament.* I s'a dat sirop feriiodat câte trei linguri pe zi. Extern i s'a dat: acid salicylic 1,50 gr. ol. olivarum 150 grame, cu care s'a servit 3 zile, când i se prescrie iodoform 5 gr. vaselină 50 gr., lanolină 20 gr. S'a aplicat emplastru de Vigo pe unele grupe de tubercule. In fosele nasale i se făceaú injecțiuni cu creolină 1 la 100 gr. apă. Din când în când se cauterisa cu creonul de nitrat de argint.

A mai luat intern licorea lui Fowler câte 8 până la 16 picături pe zi și pilule de iodoform (iodoform 2 gr. Balsam tolu qs. p. 20 pilule; a luat întâiú 2 apoi 4, și în fine 6 pilul pe zi).

La 30 Iunie 1892 a eșit vindecat.

*Este de remarcat în această observațiune generalizarea neoplasiilor lupóse, ivirea și starea lor la extremități un timp îndelungat și tocmai târziu contaminarea și ivirea bólei la față. Asemenea roiú remarca cicatrizarea relativ repede ce am obținut la acest bolnav prin tratamentul menționat.*

La Viena am avut ocaziune să ved un bolnav afectat de lupus numai la membre.

Când obrazul este infiltrat mai peste tot, cum este în forma plană de la unul din acești pacienți, se observă în derm, epidermul fiind subțiat, exfoliat și cu aspect transparent, producțiunile lupice mici ca bobul de meiú cu culóre gălbenie închisă. Prin pipăire cu degetele vă puteți și mai lesne încredința de existența acestor infiltrate miliare cari în unele locuri, fiind compacte, fac ca pelea să fie dură, tare, infiltrată la pipăire și durerósă.

Să discutăm acum un punct important al acestei afecțiuni, diagnosticul lupusului vulgar.

Trebue să vă spun înainte de tóte că în diagnosa lupusului nu trebue să ne pronunțăm așa lesne, putându-se confunda cu diferite alte morbe limitate mai cu sémă la obraz.

Aşa, lupusul feţei se confundă foarte uşor cu sifilidele tuberculóse ale regiunii. Intre punctele principale cari ne fac ca să distingem aceste două afecţiuni sunt:

Maî întâiú vîrsta care jócă un rol important, pentru că lupusul vulgar se ivesce în tot-d'a-una în copilărie. Cu lupusul erythematos nu facem diagnostic, căci confusiunea nu póte fi posibilă — să reţineţi însă, că în acest din urmă ulceratií, alteratií profunde nu există.

Totuşi une-orí lupusul erythematoid vulgar al lui Leloir face diagnosa dificilă. Insă dacă se întind părţile atinse de erythem se vor vedé prin transparentă tuberculele lupóse.

După Fournier diagnosa este forte importantă pentru că sifilidele ereditare, tardive cu forma tuberóasă, pot fi luate drept lupus; trebuie să se scie însă că aceste sifilide tardive nu se ivesc de cât într'o etate maî înaintată. Avem apoi ca semne, obiective în sifilide, coloraţiune roşie brună ca şunca pe suprafaţa tuberculelor sifilitice, limita festonată şi ţăria acestor tubercule, cari la lupus sunt foarte moi şi vè pot proba acésta, precum vedeţi, că cu creionul de nitrat de argint intru lesne într'un ulcer cu aspect vindecat la acésta bolnavă care presintă la faţă un lupus forma turgescenţă. Când avem a face cu un lupus ulcerat acoperit de cruste 'l distingem de sifilis, prin acea că ridicând crustele, la sifilis obţinem un ulcer rotund cu mărginele aderente tăiate *apic*; pe când la lupus ulceratiia presintă mărginele neregulate, deslipite, moi, fundul superficial; tot de o-dată acest ulcer este foarte vascular. În fundul ulcerului lupos se vèd nisce proeminente ca fragií cari nu există în sifilis. Nu trebuie să ne basăm numai pe aceste semne obiective, fiind-că ele ne pot une-orí induce în eróre; trebuie şi este raţional chiar, să ne informăm de evoluţiunea bólei când a început şi cum a început. Examinăm şi cele alte organe, ca să vedem dacă nu cum-va există şi ceva exostose, cicatrice, alteratiuni de óse, etc. etc. Insistăm asemenea şi asupra anamnezei, adică dacă în familia bolnavilor n'a fost, sau este vre-unul din părinţi atins de sifilis.

În sine şi tuberculul lupos şi cel sifilitic sunt înconjuraţi

de o zonă periferică; însă în sifilis colórea areolei sau zonei este roșie închisă ca șunca afumată și în lupus, zona este roșie deschisă, une-orî albăstriă, cum observați la această femeie.

În perforația vëlului palatin, când ține de un «lupus vorax» vom găsi stigmatete limfatismului, mersul cu totul lent al leziunii pe când dacă ține de sifilis ereditar vom avea stigmatete sifilisului.

În perioda crustelor, avem în sifilis cruste tari, negriciose, și în lupus cruste moi, galbene cenușii, cum vedeți și în figura din atlasul lui Hardy. Însă vă recomand a reține pentru diagnostic: evoluția afecțiunii, antecedentele și ereditatea pentru sifilis, vârsta bolnavilor, anamnesa părinților și în casuri cu totul grele să aveți recurs la tratamentul antisifilitic, care de va căde aproape vă va da cheia bólei.

Diagnosa diferitelor varietăți de lupus între ele reesă din cele ce am descris mai sus.

Care este sórta bolnavilor atinși de această dermatosă?

Trebuie să ținem în sémă localisarea și întinderea, precum și complicațiile ce se pot ivi în cursul evoluțiunii unui lupus tuberculos.

Ast-fel afecțiunea este mai gravă când ocupă o întindere mai mare a tegumentului extern precum și a mucóselor, de cât când ea este limitată. Dar chiar în acest cas dacă nu se intervine la timp, bóla face progrese, de și încet dar continue, cum ați vădut din observația bolnavului cu lupusul generalizat și destrucțiunii însemnate de organe pot resulta.

Cu atât mai mult, lupusul constituie o afecțiune gravă când pe lângă diformățiile la cari el póte da loc, pëtrunde în pulmoní, óse, articulațiunii, etc.

Când, în fine, pe un lupus în evoluțiune, sau pe o cicatrice lupică se ivesce o altă neoplazie cum este un epitheliom, ceea ce s'a observat, atunci bóla devine și mai gravă.

Însă chiar limfangitele sunt de temut, fiind că ele sunt cât de propagare la distanțe mari a principiului morbid, și



pot produce forma elephantiasică a lupusului, după cum reiese din observația noastră de mai sus.

Tot în urma limfangitelor se pot ivi infecțiunile ale ganglionilor limfatici, de unde gomele scrofulo-tuberculose la unii lupici.

Înainte de a termina cu această parte a subiectului ce tratăm, o chestiune se pune.

Pe un lupus tuberculos se poate altoi syphilisul?

Mulți medici au observat cazuri pe cari le-au considerat ca «lupus syphilitic» cu am observat un așa cas în serviciul meu de la spitalul Colentina. Totuși acestea nu sunt încă cazuri destul de bine studiate, fiind rare, însă după cum pe un teren syphilitic se poate altoi un psoriasis vulgar, pe un lupus vulgar un epitheliom, tot așa un individ atins de syphilide ulcerose ale feței, fiind în aptitudine morbidă și poate inocula bacilul tuberculos și să avem un lupus la un syphilitic.

Leloir (1) a observat un asemenea cas la o femeie și admite categoric că pe un lupus tuberculos se poate altoi syphilisul.

Iată dar destule fapte cari ne fac să dicem că lupusul, mai cu seamă netratat la timp, este o afecțiune destul de neplăcută.

Cund însă se trateză de la început, putem asigura pe bolnavi de o vindecare îndelungată, ast-fel că nu putem dice că prognosa lupusului vulgar este tot-d'a-una fatală.

Ce trebuie de făcut, cum să tratăm bolnavii atinși de această bolă?

În privința tratamentului să nu uităm că această bolă fiind parasitară, trebuie să dirigem un tratament în acest sens.

Din vechime deja s'a întrebuințat untura de pesce, care se întrebuințeză de mulți și astăzi. Acest medicament prin principiile ce conține are, în adever proprietăți reconstituante și parasiticide.

---

(1) La scrofulo-tuberculose de la peau et des muqueuses par Leloir 1892, pag. 213.

Se înțelege că în această afecțiune trebuie să întrebuițăm mijloce locale și mijloce generale.

Cele locale se vor alege după periôda evoluțiunei lupomelor. Negreșit în periôda ulcerativă a acestor neoplasii vom recurge la un metod de tratament, pe când în periôda neulcerativă la un altul.

Maș înainte însă de a institui un tratament local este necesar să întărim constituția bolnavilor ce ne cer ajutorul nostru.

Preparațiunile arsenicale, feruginôse, tôte substanțele amare, băile de sare, băile de mare, aerul de munte, sunt în stare să fortifice mult pe acești bolnavi. Apele minerale arsenico-feruginôse, cum este o apă de curând cunoscută, numită Guber Quelle, este de preferat după cum m'a asigurat câțiva colegi de la facultatea de la Viena. Se înțelege că cu instituirea tratamentului general aplicăm și un tratament local, după cum am șis, care să corespundă la periôda evoluțiunei neoplasiilor lupice.

Besnier recomandă mult iodoformul la interior începând cu 0,10 centigrame și mergând până la 0,40 și chiar 0,50 centigr. pe zi în pilule.

Eă asemenea, după cum aș văduț, întrebuițez acest preparat atât la interior cât și în pansamente, când avem un lupus ulceros.

Leloir obține bune rezultate prin răzuirea suprafețelor lupôse și cauterisația cu substanțe paraziticide și caustice diferite.

Eă în cazul cu lupusul generalizat am obținut vindecarea prin tratamentul tonic la interior și un pansament cu iodoform, aplicațiunii de emplasure de Vigo la exterior.

În formele plane ale lupusului se întrebuițeză electrolysa, asemenea galvano-cauterul lui Besnier ne dă în așa casuri fôrte bune rezultate.

Se cauteriséză fie-care tubercul câte o dată pe săptămână și ast fel se distruge. Besnier recomandă galvano cauterul, căci el șice că prin scarificațiunii se deschid vasele și se pôte propaga lesiunea, și am văduț ca americanul White

acusă scarificațiunile ca propagând afecțiunea, totuși Besnier întrebuițază și scarificațiunile. Acest autor dice că sunt casurî unde se preferă unul său altul din aceste două metode de tratament local.

Am întrebuițat și eu aceste metode după casurile ce mi s'au presintat. — Sunt însă ore-carî inconveniente în întrebuițarea cauterilor, și acestea sunt cicatricele mari și dintre acestea, cicatricele la obraz sunt cele mai desavantagiöse.

Scarificațiunile liniare sunt astăzi cele mai întrebuițate și cele mai recomandate. Balmanno Squire, Vidal și Hebra au inventat câte un instrument care se întrebuițază pentru acest scop.

Prin aceste scarificații, distrugem capilarele sanguine, adică distrugem materialul de nutrițiune al produselor lupöse, prin urmare distrugând acestea, distrugem și hóla.

Pentru a face aceste scarificațiuni anestesiăm părțile asupra cărora voim să lucrăm; la forma plană însă anestesia nu trebuie făcută, pentru că pe urmă nu se mai pot vedea tuberculele. Scarificațiunile trebuie făcute până la stratul mucos al epidermului; părțile sănătoșe se simt tari, crepitând, în cele bolnave instrumentul intră pe nesimțite. Părțile sănătoșe trebuie să ne ferim a le atinge. În fossele nasele aceste produțiuni tuberculöse se rădușesc cu lingura lui Volkmann, asemenea și în cavitate bucală. Pentru extremități se întrebuițază în special scarificatorul lui Balmanno Squire, care are 5, 6, sau mai multe cuțițe. După ce am făcut scarificația și am lăsat să curgă puțin sânge spălăm cu apă, și d'asupra aplicăm un plature de Vigo sau de diachylon, însă platurele de Vigo se întrebuițază cu mai mult succes, acțiunea sa fiind mult mai repede, el înmóie produsele lupöse.

Nu trebuie să uit a vă menționa pe White care în anul trecut a recomandat pomada cu subl. corosiv, care pomadă după dînsul face ca să dispară fórté repede tuberculele lupöse. White publică 12 casurî, în care sublimatul local, a dat bune rezultate. Prin acest tratament cei mai groși tu-

berculi după 1 sau 2 luni dispar mai cu totul. Însă când sunt cruste și ulceratii acest tratament nu dă bune rezultate.

El recomandă pomada cu 1 la 2 grame de sublimat pentru 30 grame de alifie. Dr. Fox, tot american, n'a obținut însă așa bune rezultate ca White.

## FURUNCULOSA

Lección culesă de d-nii *Al. Calalb* și *I. Margulius*, interni.

Dorese să atrag astăzi atențiunea d-văstră, asupra pacientului de la No. 11. Bóla de care el suferă s'a studiat și de chirurgi și de dermatologi; cu toții am ajuns astăzi la același rezultat, că furunculosa nu este de cât o afecțiune parasitară. Din acest punct de vedere, voi să profit de acest cas, studiindu-l mai pe larg de cât în tratatele clasice respective. Ea este constituită, după cum vedeți la acest bolnav, din o mulțime de furunculi, de diferite mărimi, răspândiți pe suprafața corpului, și cari au primit nu de mult, și cu drept cuvânt, denumirea de furunculosa.

Cel ce a studiat mai bine această afecțiune este Loewenberg.

Acastă afecțiune se poate observa la toate vârstele, însă mai ales la tineri, și la bătrâni, mai des la bărbați ca la femei, negreșit că bărbații sunt mai expuși la diferite bóle ducând o viață mai activă, mai obositoare. La pacientul nostru, care este de 18 ani, bóla s'a arătat, prin câți-va furunculi, încă de când era de 9 ani. Din acești furunculi unii se vindecau alții apăreau, până acum 6 săptămâni, când aflându-se la lucru, deja suferind de durere de stomac și diaree, a simțit pe partea externă și inferioară a antebrațului drept, o tumoră mică, dură, rotundă și durerósă. După două zile, a observat încă o asemenea tumoră și pe marginea superioară a omoplatului stâng. Aceste tumori au crescut mereu, luând dimensiunile unei alune, și forma conică; vârful lor au

devenit proeminente, prezentând în centru un punct alb, care îi dădea senzațiunea unui cuiu vîrit în pele — comparație foarte bună din partea pacientului nostru, — pentru că și Francesii numesc furunculii «*clous*.» Patru zile după aparițiunea vîrfului purulent, aceste tumori au spart. Nu mult după acésta, au apărut de o dată o mulțime de furunculi la cefă, pe părțile posterioare ale toracelui și pe fesse.

La intrarea sa în spital, bolnavul avea temperatura 38° sêra și 38 dimineața. Trebuie însă să sciiți, că acésta hólă, care la prima vedere pare a fi de puțină importanță, din cauza neînsemnatelor fenomenelor generale ce presintă, poate să conducă în unele cazuri, și mai cu osebire, când ocupă unele regiuni, la formularea unei prognoze grave. Pe de altă parte se știe de mult, cât de grav este anthraxul, acesta nefiind de cât un voluminos furuncul.

Cum încep și evoluéză furunculele și care este localizarea lor anatomică?

Ele încep prin mică ridicătură roșietice, care devin repede tari la pipăit, proeminente și dureroase, tinzînd a lua forma conică.

După trei patru zile, micile tumori sau nodosități al căroră volum a crescut, putînd ave mărimea unei mică alună, presintă la vîrful lor ascuțit un punct purulent străbatut în unele regiuni de un fir de păr. O zonă roșie inflamatoare limitéză mărginile acestor furunculi, care cresc încă de volum, putînd ajunge la dimensiunile unei nucii. Furunculele mai mari sunt adevărate anthraxuri, de care n'avem a ne ocupa fiind de domeniul chirurgiei.

Către a cincea sau a șasea zi, furunculele intră în perioadă francă de supurație și prin vîrful subțiat al furunculului, iese un puroiune une-orî puțin sanguinolent. Pe cât timp dopul principal, (burbiionul autorilor francesi) al furunculului nu iese afară supurația, de și puțină nu încetéză. Acest dop este format din foliculul părros și din țesutul conjunctiv vecin, care a intrat în procesul inflamator și de necrosă; de aceea acésta eliminare nu se face de cât către a opta sau a decea zi a hólăi, une-orî când furuncu-

lul este mic, eliminarea dopului necrosat se efectuează mai repede. O dată această eliminare stabilită, cavitatea ce rămâne după eșirea dopului furunculos tinde a se vindeca prin aparițiune de muguri de nouă formațiune.

Acesta este modul de evoluțiune al furunculelor când nu se intervine în ziua întâia, căci dacă se intervine se poate obține rezoluția furunculelor.

Din punctul de vedere anatomic, furunculul începe împrejurul bazei foliculilor păroși, prin urmare în partea profundă a dermului, putând interesa în același timp glandele sebacee și chiar glandele sudoripare după Kochmann. În axile ar începe mai în tot-d'a-una prin glandele sudoripare.

Prin urmare furunculul consistă într'o inflamațiune flegmonoasă locală caracterisată prin' formațiunea unei saū a mai multora tumori saū nodosități rotunde, ovale, roșii încunjurate de o zonă de un roș une-orî violaceu, dureroase la presiune și în mod spontan eu, cu formă conică și vârful gălbeniu când începe să supureze.

*Să vedem cari sunt cauzele și patogenesa furunculosei.*

Acăsta este într'adevăr partea cea mai importantă a morbei de care vorbim. Unele din aceste cauze pot fi considerate ca banale, așa: miseria, locuința neigienică, cari pot prepara un teren favorabil pentru a capăta furunculosa. La femei s'a observat înainte saū după menstrue ivirea erupțiunei furnuculoșe. Loewenberg citéză câte-va observațiuni, raportate de către confrății săi, cari aū observat furunculii ce coincideaū cu aparițiunea menstruelor. Lucrul acesta se pōte explica prin aceia că, unele femei încercă o di, două, înainte saū după dispariția menstruelor diferite turburări nervoșe, însoțite se înțelege și de turburări circulătore. Tōmna și primăvara se pot observa chiar epidemii de furunculosa. Acăsta se explica prin faptul că în timp ploios, pērul fiind igroscopic, după cum sciiți din cercetările lui De Saussure, fixéză mai bine microbii, — cari există după cum veți vedē în furunculosa — produce inflamația glandelor sebacee și a foliculului pērului, și prin urmare furunculul este gata.

Furunculosa nu se observă nici o dată la palma mânei,

și planta piciorului. La cap când părul este subțire, și rar, se pot observa asemenea furunculi; tocmai pentru această, se ved mai tot-d'a-una la cefă, și rar în cele-lalte părți ale peleii capului, unde părul fiind prea des, microbii nu pot li lesne în contact cu basa părului.

Eberth din 1874 deja, a țin că părul e un conductor bun al microbilor, cari vin încet încet, și pătrund la rădăcina foliculului său până la papilă, care, după cum știți, este destul de vasculară. Aci acești microbi venind în contact cu materiile nutritive se dezvoltă în număr considerabil, dau loc la o secrețiune toxică, după cum și-a închipuit Koch, care iritând glandele sebacee, dă naștere inflamațiunii ce constituie furunculul. Hardy (1) admite ca cauze pe lângă diferite iritațiuni făcute cu diferite substanțe iritante, frecăturile produse prin haine gróse, aspre, în contact cu pelea. De aceea s'ar observa adese-orî la cei ce călăresc pentru întâia óră.

Cu tóte că Hardy acuză mai mult cauzele generale cari slăbesc organismul și ingestiunea unor alimente prea stimulente. Nu ved în ce acestea din urmă cauze ar provoca furunculosa.

Multă vreme s'a cređut, și chiar astăzi se crede încă, că această bolă ține mai cu sémă de o bolă generală numită glycosuria. Dacă însă există óre-cari relațiuni între aceste două hóle, nu este mai puțin adevărat, că, furunculosa póte exista fără prezența zahărului în urină. Bolnavul nostru este unul dintre aceste exemple. Urina lui, examinată de d-nul profesor dr. Istrati, n'a presintat glycosă, dar urea a fost în mare cantitate.

În această privință să vă expun în câte-va cuvinte că cei întâi Prout și Chesselden (1840) au țin că diabeticii au adese-orî furuncule, de unde noțiunea ce am căpătat încă de când eram student, ca să examinez urina bolnavilor atinși de furuncule.

În Brasilia idea de furuncule și diabet zaharat ca coexis-

(1) Hardy. *Traité des maladies de la peau*, pages 510, 511. Paris 1886.

tând la acelaș individ este cunoscută chiar de ómenii profani, sciinței medicale.

Eú dupá câte-va casurí ce am observat nu pot sá susțin relațiunea diabetului zaharat cu furunculosa, fiind cá n'am observat aceste relațiuní cu tot examenul ce am făcut urinei atât eú cât și chimiștii la care am recurs.

Pe de altá parte acum mai în urmă, Spillmann (1) într'un mic memoriú arată un cas de polyurie esențială care era însoțit de furunculosă.

Eú în trei casurí de polyurie n'am observat existența furunculoșei.

Dar chiar Hardy (1886) a admis cá nu numai în diabetul zaharat; dar și în polyuria simplă în nephrite și la alcooliei s'a observat furunculosa.

Lucrarea care a influențat póte mai mult a se acredita ideea cá furunculosa se observă mai des in diabetul zaharat este a lui Lancereaux (2).

Nasce deci întrebarea care este relațiunea saú, cum se póte explica aparițiunea furunculelor la glycosuriei? S'a discutat acéstă chestiune, și interpretațiunile cele mai bune, și cari par și cele mai esacte, fiind admise de cei mai mulți, sunt urmátóarele: diabeticii bénd multă apă, corpul lor se răcesce cu timpul, zahărul nu se mai arde, rămáne prin urmare în sânge, care din acéstă caúsă devine mai gros; pelea devine uscată, cáci zahărul din sânge atrage licuidele spre el; sudórea fiind mai grósă produce diferite turburări ale glandelor sudoripare și sebacee, cari devin apte a primi microbul furunculos, ce se lipesc pe pele prin sudóre mai lipicioasă. Prin urmare, propriú vorbind, nu este diabetul care dá nascere directă furunculoșei ci indirect prin sleirea forțelor individului prin turburările diferitelor glande ale peleí, într'un cuvânt prin prepararea terenului favorabil desvoltárei microbilor ce produc furunculosa. Culturile ce sa'ú făcut cu

(1) Furunculose et Polyurie, annales de dermatol. et de syphil. No. 8 și 9 din 1880.

(2) Lancereaux. Thèse d'agrég. sur la Polyurie. Paris. 1869.



microbiî furunculoasei în apă zaharată, nu au dat rezultate pozitive. Este de observat însă că substanțele albuminoide, precum și toate celelalte substanțe care se află în sudore pe piele, unde microbul se dezvoltă nu intrau în soluțiunea zaharată cu care s'a făcut experiența; apoi mai scim că avem mai multe feluri de zahăr, în organism. Catani a arătat că există alt zahăr în sânge și altul în urină, la diabetici!

Venim acum la cestiunea de a ști, dacă există sau nu un microb patogen al furunculoasei și dacă există, care sunt caractererele aceluî microb. Iueter în anul 1874, încă înainte de Pasteur, a emis opiniunea, că furunculul are de cauză un schyzomicet. Pasteur în 1880 examinând produsul a cinei bolnavi cu furuncul, a găsit microbi sub formă de coei rotunzi, sau ovali, lipiți 2 câte 2, sau 4, sau chiar în formă de ciorchine de strugure. Acești microcoei au fost numiți *staphylococcus pyogenus aureus*.

Dacă se iea cu precauțiune puțin puroiî dintr'un furuncul și se pune în tub cu agar-agar, după 2—3 zile microcoei aceștia se înmulțesc dând naștere unei colonii lunguete, care se mărește din zi în zi, având o coloră galbenă, de unde numirea de *aureus*. Am cultivat și noi acești microbi luând puroiî de la bolnavul nostru, și după cum vedeți cultura a reușit destul de bine, căci a produs în tubul de cultură, acea dungă, sau mai bine zis colonie galbenă indicată de Pasteur, care sémână cu figura din tratatul de bacteriologie a d-lor Cornil & Babeș.

Pentru a favorisa această cultură nu este trebuință, ca pentru multe altele de o temperatură ridicată; 37° sunt de ajuns pentru ca microbul să se desvolte, și să se înmulțescă într'un mod considerabil. Eû am ținut tubul tot timpul în buzunar, prin urmare într'o temperatură ceva mai scădută de cât 37°. În lecțiunea viitoare vë voiî arăta o altă colonie produsă la o temperatură constantă de 37° precum și preparațiuni microscopice de acești coei. Constatat fiind că furunculosa este o bôlă parasitară, contagiositatea ei devine neîndoiôsă. Arnould, încă înainte de descoperirei mi-

crobului furunculoșei a raportat o adevărată epidemie de această boală în armata de cavalerie franceză.

Loewenberg a observat și el multe cazuri unde furunculosa se transmitea de la bărbat la femei sau vice-versa.

Un alt autor, Hergott, a observat la Maternitatea din Nancy un caz unde o femeie prezenta un furuncul în regiunea fesieră, după câte-va zile cinci femei care erau în aceeași sală au căpătat și ele furuncule pe diferite părți ale corpului; și s'a constatat că vasul cu care se spăla cea din întâia, se întrebuița și de cele-alte cinci bolnave. Spălarea radicală cu sublimat corosiv a vasului molipsit, a avut de rezultat încetarea furunculoșei în sală.

Trastur deja în 1880, a făcut o comunicație la Academia de științe din Paris, în care arată că o religioasă, ce era bolnavă de un reumatism articular, căpătă într-o zi un furuncul; după câte-va zile câte-va religioșe care o îngrijiau căpătară și ele furuncule pe la degete și antebrațe. Cum se poate explica ca un furuncul apărut pe o regiune oarecare a corpului se întinde și dă naștere la mai mulți alți al căror număr poate deveni uneori destul de considerabil? Această se poate explica foarte lesne, admițând natura contagiōsă a bolii. Apoi un bolnav având un furuncul pe o parte a corpului, cum a fost la bolnavul nostru pe mână, se scarpină pe acel loc, dă cu degetele pe altă parte a corpului, unde după cât-va timp se vede apărând și acolo furuncule sau încă, după ce, furunculul a supurat, puroiul eșind găsese foliculul pilos cel mai apropiat, se aședă acolo și dă naștere unui nou furuncul. După Pasteur, sângele este acela care conduce microbul, producând ast-fel în diferite regiuni un număr considerabil de furunculi; lucrul acesta însă nu s'a putut observa de cât în cazuri grave de furunculosa, și



Fig. 1.

de anthrax; căci experiențele făcute chiar de Pasteur introducând sânge de la un furunculos în vena jugulară a unui animal n'a dat nimic. Însă tot acest învățat a dis că microbii aerobi anevoe cresc în sânge. Când bolnavul nu este slăbit, globuli lui roșii, ieș mai repede ca microbii oxigenul ce întâlnesc. După mulți nu exista microbi în sângele bolnavilor atinși de furunculosa, cu toate că unii admit existența lor în globuli albi. La acest bolnav am găsit un mare număr de globuli albi, acesta nu depinde însă de cât de anemia de care el suferă. Ca să se probeze că există cu siguranță staphylococii furunculoși și în sânge, ar trebui să se iea sânge de la degetul bolnavului, nu din locul atins de furuncul pentru a se vedea dacă coloniile ce se găsesc în culturile de puroi furunculos se produc și cu sânge, lucru pe care l voi încerca în curând. Cornil și Babeș n'admit staphylococii în sângele bolnavilor.

Însă acești eminenti observatori dic că inoculațiile de cultură curate de acești microbi la epuri n'au dat de cât abscese locale. Eu admit modul de autoinoculare emis de Löwenberg, mod care se observă une-ori și în casurile repetate de erysipel. În privința transmiterii acestor furuncule vom vedea mai departe rezultatele ce se cunosc.

Maș înainte însă de a termina cu patogenia acestei afecțiuni să vă spun că maș zilele trecute am fost chemat la un omișer care avea un anthrax ce s'a ivit în condițiile următoare: pentru o durere ce simțise la partea inferioară a regiunii cervicale posterioare și aplicase o vesicătoare, după care s'a ivit maș în jos de această limită a regiunii o eczemă, maș în jos încă două furuncule, în fine ceva maș în jos de unghiul inferior al omoplatului stâng un anthrax.

Am fost chemat pentru a constata dacă placardul eczematos nu ar fi avut un rol principal în producerea furunculelor și a anthraxului.

Am fost condus după ce s'a făcut și esamenul urinei care nu a arătat nimic anormal a admite o eczemă artificială produsă de vesicătoare, (cine seie în ce condițiuni de

antisepsie s'a făcut pansamentul ei, precum și existența furunculelor și a anthraxului, ivite în aceste condițiuni.

Ceea ce este însă mai important de reținut din această mică observație este că o servitoare ce îngrija pe bolnav a căpătat furuncule.

Acastă observație ar veni în ajutorul naturii parazitare a furunculosei, de și sunt încă multe cestiuni de studiat în această privință, fiind că până acum nu s'a studiat experimental în mod suficient, transmiterea furunculosei de la om la animale.

O bună explicație despre modul de manifestare al furunculelor este aceldat de Barthelemy (1). Autorul admite, cum șcim și noi, că microbii pătrund prin orificiul glandelor sebacee în profunditate, unde se înmulțesc și când individul este în aptitudine morbidă procesul inflamator începe.

S'a ȃis că dacă în polyurie simplă se ivesce furunculosa, acăsta ține de faptul că pelea este uscată din cauza lipsei de secrețiune a glandelor. Nu credem acăstă explicațiune suficientă, dacă ținem sēmă de frecuența furunculelor în regiunile axilare, unde, după cum șcim, avem mai în tot-d'ă-una o hypersecrețiune sudorală.

Suntem dar siliți să admitem natura parasitară a bólei, datorită staphylococilor menționați. Acești micrococi ar profita de unele condițiuni generale sau chiar locale ale indiviȃilor și s'ar înmulți în condițiile indicate de Barthelemy.

*Care este sediul acestei bólei ? și ce locuri de predilecțiune ocupă ea ?*

Tóte părțile corpului, afară de regiunile lipsite de foli-culii pěrului și de glande sebacee, pot fi sediul furunculelor. Ele se vėd pe nas, ochi, urechi, axilă, etc.

În unele locuri, cum este buza superióră, devine gravă din cauza diferitelor complicații ce se pot ivi, după cum am menționat. Verneuil, Reverdin și Schabert, au raportat câte un cas de furuncul al buzei superióră, care s'a terminat prin mórte. Simpomele grave ce presintă furunculele

(1) A. Duhring. *Traité pratique des maladies de la peau* 1883, pag. 391.

din această regiune, provin din cauza flebitei venei faciale care corespunde cu vena oftalmică, și care se varsă în sinusul durei mater, dând naștere la pachimeningite, la meningite, etc.

Când furunculul ocupă conductul auditiv extern, (Lowenberg a studiat mai bine această localizare), bolnavii au dureri mari, febră, insomnie, în acest canal pelea fiind foarte aderentă de os, inflamațiunea furunculosa o destinde, și apasă asupra nervilor, de unde dureri. Când pe suprafața peleii avem un număr mare de furunculi, avem febră, temperatura 39°, slăbire generală, mai cu seamă din cauza supurațiunii ce rezultă.

Mai toți furunculi presintă puroi, supurează și sunt formați din țesut conjunctiv și elastic, cari țesături distrugându-se formază dopul furunculului (sau bourbilonul). Când numărul lor este mare, cum sunt la bolnavul nostru, ele devin foarte dureroase. În regiunea fesieră sunt asemenea dureroși, și dacă supurațiunea este mare, bolnavul presintă și accese febrile.

*Care este viitorul unor așa bolnavi?*

Depinde de sediul ce-l ocupă furunculul, de forma și numărul lor, când ocupă buza superioară este grav, și am dat explicațiune pentru ce. În ureche ceva mai puțin grav de și putem avea fenomene de propagațiune spre meninge. În alte regiuni și dacă numărul lor este limitat, pronosticul este destul de favorabil.

Cu toate acestea la unele persoane sau din cauza slăbirei constituției, sau din iritabilitatea sistemului lor nervos, sau din neglijențe igienice, furunculele se repetă neîncetat, produc insomniile prin durerile ce ele provoacă și bolnavii slăbesc și mai mult; ceea ce face o bolă destul de serioasă.

Intr'adevăr, furunculi fiind autoinoculabili se pot observa serii de izbucniri, după cum se observă în erysipel.

De obicei însă așa repetiții țin, în majoritatea casurilor, de o stare morbidă a unui alt organ mai important. Furunculosa în aceste cazuri este mai tot-d'a-una simptomatică.

Furunculele ce se ivesc la eezematoși, la scabioși, impe-

dicând pe medie să facă un tratament pentru bóla principală, constituie o complicațiune de care trebuie să ținem seamă.

Asemenea vom dice că tot din negligența bolnavilor un furuncul p<sup>o</sup>te deveni gangrenos, curat flegmonos sau să dea loc la o phlebită.

*Furunculosa se p<sup>o</sup>te ea confunda cu vre-o altă bóla?*

În general, diagnosticul este foarte lesne de făcut, însă voi menționa ca simplă citațiune, că huba de Alep ce se observă în țările calde, presintă ôre-care asemănare cu furunculul prin tumorile ce se presintă la față; însă aceste tumori cer un timp de cel puțin 8 luni pentru a se put<sup>e</sup> desvolta, apoi micrococul care se găsește în furunculosa, și cultura lui caracteristică, sunt sulicente spre a evita orice eróre.

În fine, în țera noastră, nu cred să avem vre o dată ocaziune a observa huba de Alep. La Paris, la spitalul de bóle de pele a fost un caz. S-ar putea confunda furunculosa încã cu farcinul mai cu s<sup>e</sup>mã la început, însă catarul, supurațiã mucósei nasale, contactul bolnavului cu caii, ne pune pe cale de diagnostic.

Se întâmplã une-ori că în urma autopsiilor să cãp<sup>e</sup>tãm pe degete furuncule, când trebuie să ne gândim a face diferența între aceste furuncule, òise cadaverice și furunculele parazitare propriu òise. Furunculele cadaverice însă nu se observă de cât la acei cari fac autopsii, aceștia vor arãta originea bólei. Nu trebuie a se lua un furuncul mare drept un anthrax. În ac<sup>e</sup>stã privință să nu uitați că rar se observă un singur furuncul, pe când anthraxul este tot-òia-una solitar și ocupã aprópe de regulã regiunea inferiórã posteriórã a cefei sau între spete. El nu are o formã conicã și presintă mai multe puncte purulente, nu unul ca în furuncul. De un absces se p<sup>o</sup>te lesne distinge un furuncul. Se va evita a nu se confunda cu pustula malignã. În ac<sup>e</sup>sta sunt flictene, etc. Furunculosa fiind parazitã, contagiósã, ce trebuie să facem pentru a vindeca pe bolnavii atinși de òinsa? Ce tratament trebuie să întreprindãm? Mulți între

buinteză cataplasmele. Eu nu vă recomand acest tratament căci el favorisează dezvoltarea unui număr mai mare de furuncule. Cataplasmele reci, un priesnitzmuiat într-o soluție de 5% acid boric este însă de recomandat.

Medicamentele antiparasitare sunt cele mai bune, și în special acidul boric, fie în soluție, fie în praf. Dumas este acela care a arătat că acidul boric este unul dintre medicamentele care are proprietăți antimicrobice dintre cele mai manifeste; el l'a numit otrava microbilor. Lister l'a întrebuințat ca antiseptic pe o scară foarte întinsă. Eu recomand foarte mult acest antiparasiticid fiind-că nu este de loc-iritant și este suficient în aceste cazuri. Facem injecțiuni cu soluțiune căldicică de acid boric prin foliculii părului, cari se găsesc la vârful furunculului, cu scop de a opri dezvoltarea altor furunculi. Când avem a face cu furunculii supurați, trebuie să-i deschidem tot prin centru, punând pe urmă comprese cu subl. corosiv, sau cu acid boric, depusă pe furunculul golit de puroi. Loewenberg citează o observațiune unde întrebuințând acid boric în pulbere la furuncule ale urechei a obținut rezultate foarte frumoase, durerile încetând după 5 sau 6 ore. Dacă avem a face cu un furuncul în ureche, turnăm mai întâiu o soluțiune căldicică și concentrată de acid boric în canalul auditiv extern, pe care soluțiune o ținem câte-va minute, și îl deschidem apoi (Löwenberg).

În locul acidului boric se poate întrebuința și sublimatul corosiv în soluțiune de 1/100.

Dacă bolnavii nu primesc injecțiunile în interiorul furunculelor, atunci putem pune acidul boric în vaselină cu puțină lanolină și frecăm ușor vârful furunculului. Prin acest mod acidul boric poate pătrunde în foliculul peros și putem une-orî obține rezoluțiunea.

Asemenea putem unge suprafața leziunilor cu tinctură de iod în glicerină, care iarăși poate provoca resorbțiunea procesului inflamator.

Asemenea ungerea furunculilor cu collodion și sublimat

corosiv este un bun metod, el m'ă-a dat bune rezultate și în erysipel.

Un lucru nu trebuie să uitați, cum furunculii pot da loc la alți furunculi prin autoinoculație, mai cu sēmă când ei au supurat și sunt deschiși, să izolăm prin soluții saū pomeđi horiccate acești furunculi între ei. Decī la facerea pansamentului să nu uitați acēstă recomandație fōrte importantă. Se înțelege că dacā furunculosa ține de o altă afecțiune, de un diabet zaharat saū, de o nephrită, de o stare gutōsă, de o constituție anemică, vom întrebuița un tratament general apropiat.

Pe timpul furunculilor este bine ca bolnavii să facă câte o baie sulfurōsă pe săptămână. Acēsta servă și ca curățire a tegumentului și ca antiparasitar.

Cāt privesce dieta severă ce recomandă Hardy, Duhring și Broq, eu n'admit dieta de cāt în casuri de furunculose simptomatice, când trebuie să ne conducem după împrejurări.

În line, când furunculul este dureros și întârđie a se deschide spontanē saū să supureze, vom face o mică incisie și vom aplica un pansament tot cu vaselină și cu acid horic.

## F A V U S U L

FAVUSUL.—NATURA LUI.—DERMATOSĂ CRONICĂ ȘI PARASITARĂ.—SEDIUL SĒC DE PREDILECȚIUNE.—FAVUSUL CUTANAT.—FAVUSUL MUCÓSELOR.—CASUL LUI KAPOSÍ.—PARASITUL ACESTEI DERMATOSE.—ACHORION SCHÖNLEIN.—EXPERIENȚELE FĂCUTE LA OM ȘI LA ANIMALE.—EVOLUȚIA BÓLEI.—DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT.

### *Domnilor,*

Prezența în serviciul meu a patru casuri de favus, dintre cari unul din pacienți avēnd și favus unghial, mă pune în poziție de a vă vorbi astăzi de acēstă afecțiune.



În toți timpul a existat această dermatosă și chiar arabii au cunoscut că ea este contagioasă, asemenea și cuvântul de favus se găsește în scrierile cele mai vechi.

Favusul este o dermatosă parasitară, contagioasă, ocupând de preferință pelea capului, care recunoște ca cauză sigură existența unui parazit descris în 1839 de Schönlein; iar Remak în 1840 l-a numit achorion Schönlein, (un parazit vegetal).

Unii autori însă au pus la îndoială existența acestui parazit, așa, Cazenave, Devergie au spus că prezența acestui parazit nu e de cât o coincidență în favus și că această boală nu e datorită existenței parazitului. Opiniunea această predomina chiar în urma descoperirii lui Schönlein.

În Germania Wilson a spus că această dermatosă este datorită unor celule ce se afla în puroi, e datorită celulelor purulente. După Stiebel favusul este de natură scrofuloasă, iar după Hebra atât favusul cât și herpesul tonsurans vin în urma aplicărilor dese de cataplasme.

Cazenave a observat că uneori după epilație boala reapare după 10—15 zile prin pustule și a considerat-o ca o boală pustuloasă. După Schönlein a mai descoperit parazitul la 1854 și Vedel (profesor de histologie la Viena, care a arătat existența acestui parazit, în foliculul păros și la rădăcina părului.

Bazin, distins dermatolog în Franța la spitalul St. Louis, bazat pe aceea că și în râne e un acar, a spus că și în favus e un parazit, și a introdus cel întâi tratament anti-parasitar, el a admis cele spuse de Schönlein și Vedel.

Favusul poate exista pe toată suprafața cutanată, unde sunt foliculii păroși, rar pe regiuni fără păr, însă ocupă mai des pelea capului câte o dată se observă și la unghi, și la unul din bolnavii noștri, care are un favus de 12 ani, găsim că boala s'a întins la unghiă, unde, după cum observați, nu se pot pune la îndoială caracterele favice și existența aceluiași parazit, care îl găsim și în discurile de pe pelea capului.

Afecțiunea poate ocupa și o mai mare întindere a tegu-

mentului extern și Kaposi acum două ani (1884) a prezentat la societatea medicilor din Viena observațiunea unui bolnav atins de favus capitis, care s'a întins apoi la pleopa stângă, pometul stâng, scapule, brațe, trunchiul, și cu generalizarea acestei erupțiuni, pacientul slăbea, avea tuse, desgust de mâncare și diaree persistentă. Kaposi a fost de părere că pôte bóla s'a întins pe canalul intestinal și pacientul murind peste trei luni, autopsia făcută de profesorul Kundrat, a descoperit pe mucósa stomacală eroziuni și ulcerațiuni cu cruste negre pe ele și nisce granulații galbene, cari examinate au pus în evidență existența parazitului favic al lui Schönlein. A mai observat pe intestinul gros aceeași ulcerațiune negricioasă cu escare superficiale; însă aici prin microscop nu s'a găsit parazitul. În muzeul spitalului St. Louis din Paris am văzut un cas de favus generalisat la peie.

Kaposi cu observarea acestui cas a fost în drept să admită o gastro-enterică favică. Acesta trebuie menționat mai cu seamă pentru prognostic, de și casul este cu totul rar.

Favusul este contagios, nu însă fatal contagios, căci cu precauțiune se pôte evita contagiunea, așa spre exemplu la noi de și favicii stau într'o sală comună cu alții nu am observat contagiunea; am luat însă măsuri ca servitorii să nu umble cu mâna la ei și apoi la alții. Așa dar de și bóla este contagioasă, acesta însă nu se face prin aer, ci trebuie un contact direct și indispensabil, o eroziune a tegumentelor pentru inoculația acestui parazit.

Favusul este foarte frecuent în Franția. (deși ómenii sunt mai civilizați), în cât se scutese de serviciul militar un număr relativ considerabil din cauza favusului. Amicul meu dr. Feulard arată într'o nouă lucrare că această afecțiune a început să mai scadă în Franția. El este apoi frecuent în Polonia; la noi nu este o statistică, însă după cât observ este destul de frecuent; e mai puțin frecuent în alte țări. Duhring a observat câte-va cazuri la Londra în aceeași familie din cauza contagiunii.

Bóla fiind contagioasă care este cauza contagiozității?

S'au făcut multe contuziuni între această hólă numită și *tinea favósă* și între *tinea tonsurantă*.

O cauză mai sigură ca origine ar fi șórecii, pisicile, cáinii, găinele, la care s'a constatat existența favusului și hólă apare la copii între 8 și 10 ani, fiind că ei staú mai mult în contact cu aceste animale. La unul din bolnavii noștri care este un adult de 28 ani, hólă a început de la vârsta de 10 ani. De unde însă iaú aceste animale hólă nu se scie bine, însă omul se contagionéză de la aceste diferite animale.

La Lyon acum câțiva ani s'a făcut o comunicare că în rufele din dulapul unei femei s'au găsit șórecii cu puí, cari au transmis favusul în familie.

Nystrom și Hallier au făcut culturi și după ei ori-ce cultură de favus póte da nascere la un *herpes tonsurans*; acésta însă e o confuziune rezultată din culturile próste ale acestor autori. Ei au đis că parasitul favic se trage din *penicilium glaucum*, care este un parazit de putregaiú și care se găsesce în tóte mucigaiele și în ori-ce cultură care nu reușese Nystrom a scris că prin culturile sale a adus achorion Schönlein la starea lui primitivă de *peniclium glaucum*.

Aveți aici 2 culturi. una care a reușit și alta care n'a reușit. Dacă luám câte-va discuri favice mai tinere și le punem într'o farfurie sterilisată și pulverisându-le cu o baghetă le punem într'un tub cu agar-agar bine închis, vedem în condițiuni bune că reușim a obține o cultură de godeuri favice cari ne arată parasitul la microscop. În alt tub unde cultura n'a reușit vedeți o zonă mai mare de mucigaiú albicios, fără godeuri și examenul microscopic aci ne arată alt-ceva de cât parasitul favusului, deci trebuie a ținea sémă dacă cultura a reușit sau nu și acésta a făcut pe Hallier și Nystrom a susține cele aici menționate. Neuman a đis că în culturi bune, inoculațiunile cu favus dau favus, cu herpes tonsurans dau herpes tonsurans. Asemenea și experiențele lui Köbner, Willh și Strube au arătat că cu inocularea scuamelor herpesului tonsurans, se obține herpes tousuraus și cu acela de la favus se dá favus.

Acastă bôlă este contagiôsă și parasitară cum începe ea? Reușese tot-d'a-una inoculațiile ce se fac?

Maî mulți autori au făcut experiențe în această privință, însă la animale nu s'au obținut rezultate pozitive de toți observatorii. Eu am inoculat producțiunii favice la un iepure și la un câțel mare, și după opt zile am vădut un cerc galben pe punctul inoculat, credeam că am reușit; am făcut acea inoculație la ureche, unde cum sciți partea sa internă are puțin perî dezvoltati.

După ce s'a făcut acolo un început de inoculație, în urmă n'am maî vădut nimic, însă cum animalul era în observație la spital, este cu puțință ca cine-va să-I li șters locul inoculat cu produsul favic. Dacă însă la animale experiența n'a reușit, la om s'a obținut de maî mulți rezultate pozitive. Așa Remak cel întâiu în 1842, Bazin, Hebra, Pick, etc., au reușit cu inoculațiunii de la om la om și apoi de la om la animale și vice-versa. Decî până astăzi este stabilit că produsele favice inoculate dau favus, însă culturile favice nu au reușit încă, observațiunile autorilor ne arată că trebuie 40 de zile până ce se formeză adevăratele godeuri favice și este necesitate ca parazitul să vie în contact cu epidermul macerat.

Bazin a făcut aceste experiențe pentru a demonstra mersul bôlei, căci la spital bolnavii vin cu erupția înaintată și nu putem sci cum a început.

Bazin luând godeurile favice de la om, le a inoculat tot la om, după ce a denudat maî întâiu epidermul cu lingurița lui Volkman pe oparte a corpului (braț, ante-braț, etc.). După ce se aplică producțiunile favice pe locul denudat, aplicăm peste ele o mică fôie de staniū curată, apoi puțină vată și legăm, ținând ast-fel câte-va zile.

Dacă în toate experiențele făcute de la om la om nu s'au obținut rezultate pozitive, nu este de tăgăduit că în condițiuni bune aceste inoculațiunii reușese; și chiar la animale putem reuși dacă vom lua precauțiunea ca regiunea inoculată să fie protegiată și putem menționa pe Zwin (1868), care a produs favusul la epurii de casă.

În inoculațiile făcute la om se observă, după Bazin, care a inoculat un copil la gambă, că în punctul inoculat apare o roșeță care iea repede forma unui cerc, apoi se ivesce o mică ridicătură epidermică ca un bob de mei, care se întinde puțin la periferie și se turtesce la centru luând forma de godeu; însă forma tipică a godeului nu se observă decât după 40 de zile, când își iea și culoarea lui galbenă ca pucioasă. Cei ce au urmărit așa inoculațiunii la om dic că după douăzeci și cinci de zile de la inoculație apar deja godeurile favice, cu un cerc de cruste galbene și cu un centru adâncat și că 15 zile în urmă ajunge la volumul unui bob de mazăre; iar în produsele luate din locul inoculat găsim la microscop parazitul «Achorion Schönlein.»

Însă când favusul recidivază la pelea capului, se poate observa cum el reapare după 10-15 zile de la epilație cea din urmă printr'o pustulă purulentă, care se usucă în timp de șese până la opt zile și în acest loc se ivesce godeul caracteristic. Această evoluțiune l'a făcut, cum am dis deja, pe Cazenave să credă că favusul are o origine și o natură pustuloasă. Parazitul se găsește atât în cruste cât și în perife se se găsească amestecați în produsele godeurilor.

*Cum se prezintă bolnavii atinși de favus?*

Ei vin la o perioadă înaintată a hôlei și atunci vedem godeuri și cruste galbene albicioase confluențe sau discrete. Vedem la femeia acosta întâiu au fost leziuni discrete, în urmă necăutându-se au devenit confluențe. Ivirea godeurilor aici menționate este însoțită de mâncărime și bolnavii scărpinându-se rezultă că vedem pelea capului roșie și pe unele locuri epidermul cornos și chiar rețena lui *Malpighi* descuamate. În același timp perit capului își schimbă une-ori de la început culoarea lor și se scot lesne, în cât mai târziu trăgând puțin scotem mai mulți peri de odată.

Fie-care din godeuri este străbătut de unul sau mai multe fire de păr, după mărimea acestor godeuri. Volumul eflorescenței primare (godeu) începând de la un bob de mei ajunge la un bob de mazăre. Pe de altă parte aceste eflorescențe sau godeuri, cari pot fi comparate cu impresiunea

ce lasă un fund de degetar pe o suprafață môle. pot rămănea mai mult timp isolate unele de altele prin pelea sănătôsă; însă cu timpul ajung de se reunesc, constituind plăci favice, unde godeurile tip nu se mai găsesc. însă pe ici colea tot mai putem distinge efflorescențe tinere pe cale de evoluțiune. Une-ori favusul se pôte presinta numai prin câte-va godeuri reunite în insule discrete, și la această copilă vedeți dispoziția de care vă vorbesc. Asemenea puteți observa că aceste efflorescențe tinere sunt de culóre galbenă, de mărimea unui bob de linte, cu centrul turtit, puțin concav, și că acest centru este străbătut de un fir de păr decolorat și subțiat.

Ridicând cu o spatulă un godeu favic, vedem o suprafață roșie de un aspect uned și de formă deprimată rotundă, care dispare în curënd și ca aspect și ca culóre.

Aceste godeuri sunt friabile și se pot strivi între două degete. Când favusul datcă de dece sau doi-spre-dece ani culórea galbenă a crustelor și godeurilor favice se schimbă, devine albiciôsă, formcă mese murdare, și peri din zona leziunelor sunt decolorați, subțiri și se scot lesne fără dureri. Acești peri examinați ne arată că sunt infiltrați cu spori și tubi favici, și când hóla datcă cum đicem de mai multí ani, foliculii părului și glandele sebacee se altercă și se atrofiază chiar, de unde o chelie iremediabilă.

Fie care godeu sau crustă favică are o depresiune centrală. Care e cauza acestei depresiuni?

Kaposi đice ca această depresiune ombilicată depinde de aceea că epidermul aderând de părul ce străbate godeul, nu pôte fi lesne ridicat de cât la periferia sa, și Besnier đice că efflorescența primară dezvoltându-se tinde a-și pierde forma sa conică și a deveni ca un disc cu mărGINELE egale și în centru și la periferie. Este însă bine ca să sciti că la origine godeul favic este situat între stratul cornos și mucos al epidermului, corespundënd la infundibulum pãros și mărginit în sus prin stratul cornos ce aderă de păr. Acest godeu cresce și circular și în înălțime, dilatând mai mult infundibulum pãros, luând forma conică și deprimându-se

în centru când a evoluat în de ajuns. Pe lângă aceste godeuri tipice ale favusului, vă mai semnalez odorea caracteristică de urină de pisică, de șoreci, ce exală crustele favice când mirosim pelea capului la acești bolnavi.

La unii pacienți mâncărimea este foarte mare chiar când favusul este vechiu și bolnavii scărpinându-se energetic cu degetele, și rup pelea cu unghiile, ceea ce observați la unul din suferinții ce vă prezintă, atunci avem o iritație a peleii capului, care dă naștere la o pleiadă ganglionară cervicală. Alte-ori în urma acestei afecțiuni bolnavii neglijându-se se produc pediculii, care irită pelea și dau loc la eozema capitis, ceea ce schimbă caracterele favusului și ne poate induce în eroare. Luând cu pensa un godeu vedeți că el nu este unsuros, strâns între degete este friabil și sub godeu vedeți o depresiune sângerândă, și la o perioadă și mai înaintată vom vedea cicatrice și pelea deprimată unde au fost godeurile favice, care este un semn important. Un godeu sau crustă favică luată pentru examenul microscopic se pune să stea 4—5 ore în ether sulfuric pentru a solva grăsimea care există, apoi această crustă o punem într-o soluție de potasă sau sodă caustică 40%, unde elementele devin după o oră mai transparente, apoi în amoniac lichid 1—2 ore, și în urmă o clătim iar în apă distilată, apoi o disociem pe o lamă de sticlă, o colorăm cu violet de metil sau cu cosină și o clătim din nou cu apă, o acoperim cu o lamelă punând o picătură de glicerină. Aceste preparații pot fi examinate în glicerină la microscop, fără a le mai colora. Când le examinăm la microscop, găsim că parazitul se compune din: a) Miceli, care sunt niște tubi ramificați dreupți sau flexuoși, b) din tubi mai mult sau mai puțin ramificați, din care unii sunt goți, deșerpți, alții plini cu granulațiunii sau sporii ce se văd prin materiile colorante și tubi formați prin reunirea sporilor în formă de lanț, c) Sporii ce fac tubii și ei pot fi ovoizi, rotunzi sau în formă de pișcot; sporii se întâlnesc sau reuniți în lanț sau izolați. Acești sporii pot, în unele circumstanțe, aflându-se în aer, să vină în contract cu părul și să dea nas-

cere unui favus. Tote elementele parazitului pot dispărea după o perioadă de 15 la 20 sau 30 de ani de existență, când numai ați cu ce să se nutrească, și astfel ajunge momentul ca bolnavul să se vindece de la sine, când parazitul a distrus mai toți foliștii părului, însă rămâne o pleșvie însemnată.

Examenul părului este foarte important de făcut, fiindcă în cazuri de lipsă de godeuri tipice favice, putem găsi parazitul în păr. Uneori putem găsi parazitul în interiorul perilor, sau la partea superioară a foliculelor lor, pe când încă nu se observă nici un godeu pe pelea capului.

Cred nimerit a vă arăta pe această tabelă secțiunea longitudinală a unui folișt pârșos cu conținutul său.

Acastă figură vă amintesece noțiunile istologice a diferitelor părți ce constituiesc foliștul pârșos și structura proprieă a unui păr.

Parazitul favic vegetază de multe ori de la partea superioară la cea inferioară a părului, în care cas se pôte observa cum dice Besnier, când smulgem perit din zona bolnavă că parazitul se află între celulele tecii și rădăcinii părului, și după acest din urmă autor parazitul este mai aglomerat și mai sigur în rădăcina părului. Bazin a semnalat existența sporilor faviciei chiar și sub rădăcina lor. — În această privință profeso-



Fig. 11.

Secțiune longitudinală a unui folișt pârșos cu conținutul său. a) stratul profund al lui Malpighi formând teaca externă a rădăcinii părului care se prelungesc la suprafața papilei spre a forma stratul mădular sau central al firului de păr. b) al doilea strat a tecii externe a rădăcinii c) teaca internă a rădăcinii părului, d) stratul cortical al părului. e) stratul mădular sau măduva părului. f) papila părului: g) vase sanguine ale papilei: h) stratul vascular al foliștului pârșos.

a semnalat existența sporilor faviciei chiar și sub rădăcina lor. — În această privință profeso-



rul Kaposi crede că parazitul nu pătrunde până în derm. însă un esamen al lui Malassez a descoperit existența lui în profunditatea dermului.

Lailler (1) dice că dezvoltarea favusului și are originea primitivă în foliculii pėjoși și în peri.

Asemenea și Kaposi arată rolul important al parazitului în atrofia foliculilor pėjoși și în alterațiile părului.

După Unna parazitul favic lipsese în bulbul peros în toate cazurile; Wedl, Gudden au emis această părere chiar înainte de Unna. însă acest din urmă autor a constatat că parazitul nu prosperă în celulele succulente epidermice și se adăpostesc în elementele tari ale părului.

Este de remarcat că chiar când favusul este foarte vechi, cum se observă la unul din acești bolnavi, unde are puțin peri pe pelea capului, se mai găsește încă peri sănătoși în zonele bolnave, și marginile pėjoșe de la frunte, ne arată mai mulți peri neatacați de parazitul care a adus în stare de chelie pe acest pacient. În preparațiunile microscopice, ce sunt sub aceste microscópe, veți observa că parazitul este colorat cu violet de methyl și fără a dice că această materie colorantă are o elecțiune specială asupra parazitului favic, este avantajios a se colora ast-fel spre a vedé mai luminat elementele acestui parazit; ast-fel puteți vedé aici colorate părțile găsite într'un godeu: marginile tubilor parasitari se vedé în relief, precum și septurile și articulațiile lui și pe când nucleii gonidiilor parasitari sunt foarte bine colorați, învelișul lor rămâne ne colorat și lucitor. Mai mult încă putem observa prin această colorațiune, că conținutul tubilor parasitari se compune din gonidii nucleate, din nucleii fără tēcă și de granulațiunii colorate bine în albastru.

Asemenea și preparațiunile colorate prin Eosină sunt avantagióse când voim a observa sporii din interiorul perilor.

Cât privesce mersul și prognosa acestei afecțiunii parasitare, voiú dice că în general favusul are un mers foarte lent,

---

(1) Leçons Cliniques sur les Teignes, Paris. 1878

el pune ani întregi până ce înveleşce toată pelea capului, că prognosa este favorabilă în acest sens, că individul în cazul cel mai rău, când nu sunt tratați pot ajunge la o chelie definitivă, pe când cu tratament rațional putem li stăpâni pe această boală și a o vindeca în câte-va luni de zile.

*Diagnostic.* Cu ce se poate confunda favusul? Când el ocupă pelea capului și se prezintă cu crustele caracteristice galbene și cu godeurile tipice, cu miros de șorece și cu culoarea perilor schimbată, atunci diagnosticul este ușor. Diagnosticul este din contra dificil când avem un bolnav atins de mai mulți ani de această afecțiune, și când prin diferite circumstanțe mesele favice nu mai prezintă caracterele lor nici ca culoare, nici ca formă, nici nu au mirosul favic. În așa caz trebuie să recurgem la examenul microscopic, examinăm mesele crustoase în parte și perii deosebit, spre a ne convinge de natura bolii. Dacă se întâmplă să avem și o eczemă cu pustule și să avem și cruste favice, în cât ne-ar induce în eroare și ne-am gândi la un impetigo capitis, trebuie să nu uităm că crustele la impetigo sunt unșuroase și că în această din urmă dermatosă vom găsi erupția întinzându-se și pe părțile unde nu este păr și la copil vom avea și adenopatie cervicală. Trebuie însă să facem în toate împrejurările ne lămurite un diagnostic diferențial între herpesul tonsurans, psoriasis, lupus erythematos și eczema, după cum am menționat. Cu herpes tonsurans s'ar pute confunda, însă în herpes părul este rupt la suprafața epidermului ca cum ar fi tuns și examinând crustele, dacă sunt, găsim parazitul achorion Schonlein la favus, în herpes nu găsim parazitul trycophiton de cât în păr. Acest trycophiton se distinge de parazitul favic.

În unele cazuri favusul se poate lua drept un psoriasis. În psoriasis avem crustele groase de scuame albe lucitoare, dermatosă întinsă și pe alte regiuni, și în tot cazul examenul microscopic ne pune pe cale.

*Cu seboreea* care este o secreție exagerată a materiei sebacee, am arătat diferența căm am vorbit despre această boală.

*Cu un lupus erythematos.* În dermatosă lupică avem o lipsă

de păr, însă cicatricile din lupus nu sémănă cu cele din favus, apoi lupusul ocupă fața mai înainte, și apoi alte regiuni. În cas de favus în alte regiuni, diagnosa se pôte stabili prin mijlocele aici indicate, și chiar când el ar ocupa, cea ce se întâmplă une-ori, barba, totuși putem distinge sycosisul favic de sycosisul adevărat. nu atât prin esamenul microscopic în acest cas, căci parazitul se asemănă, însă prin examenul microscopic al godeurilor favice din părul barbel; crustele favice ori-unde vor fi, ne vor arăta parazitul favic, pe când în sycosis nu grăsim acest parazit în cruste.

*Ce e de făcut la acești bolnavi?* Doi frați Mahon au introdus întâiu epilația pentru vindecarea favusului, în urmă Bazin a întrebuițat acest metod în mod sciințific. Prin urmare tratamentul cel mai bun și mai rațional al acestei afecțiunii este ca să scótem perii și pentru acest scop se întrebuițază diferite metode, ast-fel unii întrebuițază ol. croton; însă acest ulei dă nascere la o dermită și cu perii bolnavi cad și perii sănătoși. producând o calviție totală.

Iată cum noi facem epilația la spital: întâi se taie părul cât se pôte de scurt. apoi căutăm a ridica crustele, cea-ce se obține lesne prin aplicarea unor corpi grași cum e ol. olivarium 100 gr. acid salicylic 2 grame aplicat de 4—5 ori-pe zi, acoperind pelea capului cu un bonet de flanelă. După ridicarea crustelor se spală cu spirt de săpun de potassă și începem epilația în regiunile atinse de godeurile favice. Epilația se face cu ajutorul unor pense speciale cu care se apucă părul aproape de rădăcină și se trage într'o direcție paralelă axului său, pentru a nu se rupe și a nu produce dureri. Epilația trebuie făcută în lie-care zi ca să fie terminată mai repede; și în trei, patru săptămâni epilând regulat se pôte termina. Apoi trebuie să luăm măsuri ca bolnavii cu favus să nu lie în contact cu alți bolnavi.

După epilație se va spăla regiunea cu sublimat corosiv 1 gr. la 500 gr. apă, în urmă se ica o pomadă compusă din 0,30 sublimat corosiv cu 30 gr. de lanolină și 30 vaselină cu care se frică bine regiunea epilată, urmând ast-fel mai multe

șile. Se poate asemenea întrebuința o pomadă cu flori de pu-ciasă 5 gr. lanolină, 10 gr. vaselină 40 gr. frecând cu ea părțile bolnave. Pentru favusul de la unghii punem peste punctele bolnave plasture de Vigo, sau pomadă cu sublimat corosiv 0,10 la 30 gr. vaselină. După ce am făcut epilația lăsăm să treacă o lună de șile și apoi examinăm părul, și dacă mai găsim parazitul iar începem epilația și se repetă ast-fel de 2-3 ori, până când nu mai găsim urmele parasitului. La unul din bolnavii noștri o să obținem vindecarea, dar o să avem și o chelie întinsă, fiind-că, după cum vedeti, toți perii sunt atrofiați și aprôpe distruși.

Cât privește favusul ce se găsește une-ori pe părțile lipsite de păr, prin singurele frițiuni cu pomeșile aici indicate, putem obține repede vindecarea completă.

Terminând cu tratamentul acestei afecțiuni parazitare, vë adaug că epilația sau smulgerea perilor nu se aplică de cât la zonele bolnave, și la o distanță de 1 ctm. în periferie spre regiunile sănătoșe, și este bine să vë amintesc că perii bolnavi pot fi smulși mai mulți de o dată fără a produce durere. Ei es lesne din foliculul lor alterat, pe când perii sănătoși nu se pot smulge așa lesne.

## SYCOSIS.

de la *σύζογ* (smochină)

MENTAGRĂ, FOLICULITĂ A BARBEI (KÖBNER). SYCOSIS PARASITAR ȘI NEPARASITAR, ACNEA MENTAGRĂ, ISTORICUL SYCOSEI. GRUBY IN 1844  
DESCOPERII PARASITUL ȘI STABILEȘCE DOUË FORME, BAZIN IN 1853  
DEMONSTRĂZĂ EXISTENȚA UNUI SYCOSIS PARASITAR.

### *Domnilor,*

Astăzi vë presint pe acest pacient care este atins de un sycosis simplu, sau ne-parasitar și care s'a numit și acnea mentagră. din cauza sediului de preferință în regiunea bar-

hel. El suferă de trei ani, după cum ne spune, și cu toate aceste, după cum vedeți, răul nu s'a întins mai departe de unde a început, adică că el este mărginit la buza superioară. Am așa câte-va cazuri în spital și cari sunt tot așa limitate de mai mult timp pe regiuni restrânse, și după examenul microscopic ne-am încredințat că avem a face cu cazuri de sycosis simplu.

Sunt încă cazuri unde bóla se întinde pe suprafețe mai mari, ocupând ast-fel toată regiunea părsoasă a feței și în lipsă de a vă pute prezenta un așa cas, mă mărginesc a vă atrage atențiunea domniilor-văstre asupra acestei planșe din atlasul profesorului Neumann din Viena, care reprezintă, precum vedeți, un cas generalizat la întregul obraz; însă în aceste cazuri avem un sycosis parasitar sau contagios, după cum lesne se înțelege din cele aici espuse.

Dacă esaminăm acum cu atențiune bolnavul ce am onore a vă prezenta, vedem că buza lui superioară este puțin tumeliată, infiltrată și pelea având o colorațiune roșietică. Acastă infiltrațiune este de sigur de pe la începutul bólei, adică că ea datéză deja de multă vreme. Pe lângă aceste mai puteți constata câte-va pustule și nodosități mici, de volumul unui bob mic de mazăre, ocupând acastă regiune și cari nodosități și pustule prezintă în centrul lor un fir de păr.

Ca cause ale bólei, acest pacient ne spune că el a fost lovit de un cal peste gură mai înainte cu trei ani, și ca puțin timp în urmă a început să i se umfle buza superioară și să se ivescă și pustulele; din aceste unele dispăreau după cât-va timp și altele se iviau iarăși în acastă regiune. Aceste leziuni erau însoțite de arsură și mâncărime, care silia pe bolnav a se scărpină, ceea ce a dat loc în urmă la cruste.

Ținând sémă de mersul încet al bólei la acest pacient, de existența pustulelor străbătute de păr și de situația lor mărginită la o mică regiune a feței, și acosta fără a se întinde mai mult în acest interval de trei ani, de când pacientul ne spune că a observat pentru prima óră ivirea aces-

tef dermatose, servindu-mă în fine și de esamenul microscopic al perilor scoși din aceste pustule, m'am cređut în drept a diagnostica aici un sycosis simplu sau ne-parasitar.

Să vedem acum în ce constă această bôlă și cum se pôte ea delini.

Sycosisul se pôte defini o afecțiune tegumentară cu un mers cronic, când el este simplu. sau ne-parasitar, ne-contagios, cum este acest caz și caracterizat prin infiltrațiune, desvoltare de papule, nodosități și pustule diseminate sau confluențe în regiuni limitate ale feței, și cari sunt mai în tot-d'a-una străbătute de peri, ocupând ast-fel de preferință regiunile përoșe ale obrazului. După cum am menționat deja în capul acestei lecțiuni, cuvântul acesta de sycosis derivă de la *σικον* (sicon) smochină, pentru că în desvoltarea sa complectă, această erupțiune are ôre-care asemănare cu granulațiunile ce se vëd când tăiem o smochină în două.

Am avut acum de curând în cură un bolnav care prezinta caracterele tipice ale acestor granulațiuni și vë pot adăuga că acest aspect rezultă din ruperea pustulelor și din aglomerarea lor unele lângă altele.

Acastă afecțiune este cunoscută încă din antichitate, ast-fel Paul d'Egine, Celse și Plin au observat și descris această dermatosă, și acest din urmă autor a ăis că bôla se întinde de la față la gât, la pept și chiar la extremități. Inșă trebuie să știți că numai un herpes tonsurans s'ar puté întinde la extremități, cea-ce cred că a observat autorul de mai sus.

Sycosa cel mult ocupă regiuni limitate: axilară, inguinală, cefa, inșă cum am ăis de preferință sycosisul ocupă partea pârôsă a feței și une-ori pelea capului.

Cu tôte că bôla a fost observată și de autorii din vechime, abia la 1844 ea a fost mai bine descrisă, când s'a observat că sunt două varietăți; una parasitară și alta ne-parasitară.

Cel întâiu care a stabilit această distincțiune a fost Gruby, care a descoperit parazitul sycosel.

Mai târziu, în 1853, Bazin a descris și mai bine aceste două forme ale bôlei, și a fost cel întâiu care a demonstrat

existența unui sycosis parasitar, sau trichophytic. În urmă Köbner a dispus că contagiositatea hôlei nu există de cât în forma parasitară, nu și în sycosa vulgară sau foliculita bărbieș; ceea ce se înțelege de la sine.

Însă numirea de foliculită a bărbiei nu este tocmai bine aplicată acestei afecțiuni, de ôre-ce ea se pôte întinde și pe suprafața altor regiuni, unde există foliculii përoși.

În toți timpul, și chiar în casurile pe cari le-am observat și cã până astăzi, nu s'aũ gãsit de cât bărbați atinși de acéstă afecțiune, esecțiõnal de rar însã se pôte observa acéstă dermatosã și la femeii în regiunea pubicnã.

Tôte vârstele pot fi atinse de acéstã morbã, și relativ la cauzele ce o produc trebuie sã nu uitãm cã sycosisul se prezintã sub cele douë forme: parasitarã și ne-parasitarã.

Acéstã din urmă formã pôte sã aparã în urma ôre-cãror iritațiunii ale foliculului përului, în cas când activitatea de creștere a përului fiind mãi mare, se produce o proliferațiune de alți peri mãi groși, cari venind din profunzime cautã sã scõțã afarã pe cei existenți și din iritațiunea produsã se nasc pustulele menționate.

Acéstã opiniune admisã și de alți dermatologiști aparține lui Hebra și Wertheim.

Loviturile pot asemenea produce un sycosis simplu, și în acest din urmă cas intervine ea cauzã, iritația localã fãcutã prin loviturã și casul nostru s'ar fi ivit în urma traumei produsã prin lovitura unui cal, dupã cum ne spune bolnavul.

Eczema unei regiuni përoșe pôte și ea sã dea nascere unei foliculite, perifoliculite și apoi unui sycosis.

Lipsa de îngrijire igienicã, raderca cu un briciũ murdar pot ocaziona acéstã dermatosã, însã în acest din urmă cas se pôte da și un sycosis parasitar, dacã briciul sau periile de la bãrbier aũ fost imbibate cu acelaș parazit al herpesului tonsurans, adicã cu trycophyton, și care va da în așa cas un sycosis contagios.

Neumann de la Viena chiar dice, cã acest parazit în sycosis nu vine de cât tot de la un herpes tonsurans; și ca

probă de cele duse dă exemplul unui servitor care a căpătat un sycosis parasitar de la un câne atins de herpes tonsurans, de aceea el dăce că această afecțiune se observă mai frecuent la vizitii și la cei ce îngrijesc de animale diferite, hoii, câni, etc.

Când afecțiunea această este ne parasitară, ceea ce se întâmplă mai dese-ori, de și ilustrul E. Besnier susține contrariul, ea începe printr'o roșetă a pelei obrazului care se îngroșă până ce ajunge la infiltrațiunea regiunii atinse.

După cât-va timp se ivesc nodositățile și pustulele roșietice, mici, cari devin din ce în ce mai voluminoase. Aceste eflorescențe sunt isolate și reunite în grupe pe unele locuri, ajungând a forma plăci de mărimea unei piese de un leu, până la cea a unei piese de cinci lei.

Aceste eflorescențe, adică pustulele roșietice și nodositățile pot sta mult timp pe o regiune limitată, însă după câți-va ani, le găsim la buza superioară, inferioară, la intrarea foselor nasale, printre sprâncene și une-ori la genele pleopelor, și ceea ce este particular acestor pustule și nodosități, este că ele sunt străbătute de câte un fir de păr.

În vârful unora din pustule se formază cele mai de multe ori puroiū. Reunirea acestor pustule și nodosități și placa formată de ele este inegală și granulată, din cauză că unele din ele sunt exulcerate și sângerânde.

Pe de altă parte, când pustulele se rup, ele dau loc la formațiune de cruste gróse analóge cu acele ale eczemei pustuloase. Câte o dată aceste cruste sunt fórte abundente în cât pot ascunde natura leziunii și sub ele pelea este roșie, umedă și escoriată.

În regiunile bolnave perit se smulg fórte lesne, căci ei sunt bolnavi, ast-fel tecile rădăcinii perilor sunt mai gróse și umflata prin picăturile de puroiū ce conțin. Intocmai ca și în lupus vulgar, și aici regiunile ce se vindecă lasă în urma lor nisee cicatrice; de unde avem alături cu cicatricile, pustule și nodosități noi.

Când avem multe cruste și le ungem de trei, patru ori pe di cu substanțe grase, crustele cădând, se pot observa



atunci foliculii përoși deschiși și o zonă granulösă întocmai ca în anthrax.

Când pustulele supurează în mare cantitate, se întâmplă atunci să avem abscese, furuncule. Kaposi a descris o formă particulară de sycosă, caracterisată prin nise ridicături, vegetațiunii papilare, înalte de unul la două centimetri, cu vârful roșiu sângerând și cari cad prin regresiune. Această varietate s'a numit de acest autor dermatită papilară a pelei capului și nu sycosis.

Besnier însă țice că lie-care papulă și pustulă saü vegetațiune este străbătută de unul două, trei fire de păr, și pentru acest motiv el a numit această formă acneă keloidienă saü sycosă papilomatösă a cefeii, unde s'a observat mai cu osehire.

Când sycosisul durcă deja de cât-va timp, përul regiunii bolnave este uscat, adesea rupt la nivelul foliculului, saü la câți-va milimetri d'asupra lui, și el esc cu cea mai mare ușurință ca și cum ar fi implantat într'un corp gras.

Acesta se întâmplă din causă că perii sunt deslipiți în parte la rădęcina lor prin procesul inflamator. De aceea chiar în această bolă întâlnim une-ori regiunii întregi denudate de perii, și lucrul se explică de vreme ce lie-care pustulă saü nodosită sycosică represintă, după cum a demonstrat Wertheim, un absces al foliculului përos.

Scotënd câți-va perii din regiunea bolnavă și examinându-i la microscop, găsim chiar în sycosa ne parasitară o secrețiune purulentă, câte-va picături de puroiu la rădęcina acestor perii și mai cu sémă între tēcă și rădęcina përului.

Examenul microscopic se face în modul următor: se icaü câte-va fire de păr din partea bolnavă și se pun să stea o oră în ether sulfuric, spre a disolva grăsimea conținută; apoi se pun perii în soluția de potasă caustică 40 ‰, unde staü încă o oră; clătim perii în apă distilată, colorăm piesa cu eosină saü cu violet de methyl, saü nici nu colorăm și examinăm piesa în glycerină neutră.

Când perii s'au colorat cu eosină saü cu violetul de methyl, atunci putem închide preparatele și în balsamul de

Canada; examenul microscopic ne va arăta parazitul, trycophiton, când vom ave un sycosis parasitar. La rădęcina pěrului vom găsı mai cu sémă lanțuri întregi de acești parasiți.

Ajungem acum la o cestiune importantă, la diagnosa bólei ce studiem, acéstă diagnosă de multe ori întâmpınă dificultăți, și nu mai cine este deprins a cunoșec valórea le-siunilor de cari am vorbit, va puté diagnostica acéstă dermatosă.

Se póte întâmpla să avem un bolnav care să presinte cruste, infiltrațiunı, zemuire, după cum ați putut observa un așa pacient la spitalul Filantropia și la care bóla începuse tot la buza superióră. Inșă în acel cas nu eram în drept a diagnostica un sycosis, de și presinta intru cât-va caracterele acestei dermatose, și că un confrate ni-l trimisese cu acest diagnostic, din causă că erupția nu era limitată numai la partea propriu pěrósă a feței, ci se întindea pe regiunea cervicală, a urechilor, și la partea superióră a regiunii sternale. Acest bolnav avea o ecezemă și s'a vindecat dupa un tratament apropiat.

Une-ori sycosisul începe printr'o umflare a regiunilor pěróse, și mai adese-ori acéstă se observă la buza superióră, în care cas avem zemuire și roșată, de unde confusiunea cu eczema rubră acută. Sycosisul însă rămâne mărginit la regiunile pěróse, pe când eczema se întinde și pe regiuni nepěróse.

Dar chiar când eczema ar fi mărginită la buza superióră sub narine, și ar imita cu totul un sycosis, totuși în acéstă din urmă bólă, avem infiltrațiunea dermică a regiunii, cea ce se constată luând între doué degete buza superióră; pe când eczema dacă am făcut să cadă crustele, dermul este tot móle. Pe de altă parte plăcile de ecezemă nu se presintă nici odată cu aspectul celor sycosice, unde putem ave sub ochi în unele perióde, aspectul unei smochine tăiate, aspect datorit, după cum am dis deja, aglomeratiunilor de perifoliculite și periadenite pěróse.

Cu atât mai mult trebuie să stabilim acéstă diagnosă și

să facem deosebirea cu o eezemă, cu cât este cunoscut că cu timpul eezemele pot produce o sycosă simplă.

Am menționat că Wertheim a stabilit, că scoțând părul dintr'o nodositățe sycosică, se va vedé pe învelitóreă bulbuluș sčú, o picătură de puroiú eșită din foliculul din care s'a smuls părul.

Este o periódă în care sycosisul s'ar puté confunda cu un lupus tuberculos, căci și în sycosă, ca și în lupus, putem avé cruste, cicatrice, însă dacă vė aduceți aminte, în lupus întâlnim distrugeré adâncé în derm, diformațiuné cicatriciale, nodosități sau tubercule infiltrate în derm.

În sycosis avem foliculite și acésta nu se găsesce în lupus, în fine în lupus bolnavul are tipul scrofulos, iar bóla începe din copilărie.

Maș putem adăoga, după cum am đis, că părul în sycosis presintă puroiú între tēcă și rădęcina lui, pe când în lupus acésta nu există.

Une-ori un sycosis pôte fi luat drept o sifilidă tuberculo-ulcerosă a feței, însă în sifilidă nu se găsesce tuberculele sau nodositățile străbătute de păr; apoi ceva maș caracteristic, în sifilide după ridicarea crustelor, găsim un ulcer profund tăiat à pic, cum se đice, cu mărginile tari și regulate, avem adenopatii ganglionare, pe când în sycosis găsim sub cruste ulcere superficiale fără caractere sifilitice.

Câte odată este greú, fără esamenul microscopic, a distinge sycosisul parasitar de cel neparasitar.

În sycosis parasitar perii sunt alterați chiar de la începutul bólei, pe când în sycosis ordinar acésta se întâmplă maș târđiú, și parasitul lipsesce în tot timpul.

În sycosisul parasitar pelca și țesutul conjunctiv sub cutanat sunt atacate secundar, ele sunt sediul indurațiunilor independente unele de altele și sediul nodosităților.

În sycosisul neparasitar procesul inflamatoriu se localisěză în foliculul părului și în derm, unde stă un timp îndelungat, câte-va luni și chiar ani, pe când în sycosisul parasitar lesiunea se întinde maș repede la maș multe regiuni.

După Neumann, sycosisul parasitar începe 95 de ori la

100 printr'un herpes tonsurans; pe când prin papule și pustule începe sycosisul simplu, neparasitar. Cel parasitar recidivază mai dese-ori după vindecare de cât cel neparasitar. Recidivele în cel întâi țin de faptul că cu vindecarea, tot mai rămân paraziți în regiunile atinse.

Buza superioară este rar atinsă de sycosis parasitar și foarte des de cel neparasitar. În fine, după cum am mai dis, la microscop vom găsi într'un caz parazitul și în cel-lalt nu-l vom găsi.

Este bine asemenea a nu uita că aceleași leziuni ca în sycosisul de la față se pot observa și în regiunile axilare și pubiene și cari une-ori țin de un impetigo, etc.

De asemenea crescăturile roșietice papilare ce se pot întâlni pe pelea capului și cari au fost descrise de Alibert sub numele de Pian ruboid, de Rayer sub numele de sycosis al pelei capului, și de Hebra, sycosis frambesiform arătând prin această asemănarea ei cu fragil, să nu se confunde cu adevăratul sycosis ce am studiat aici, căci după Kaposi aceste leziuni n'au nici un raport cu foliculii părului.

Un caracter important al sycosei și asupra căruia insistă profesorul Kaposi, este că pustulele inflamatorii ale acestei afecțiuni sunt străbătute de perl în sycosis, însă se va observa această dispoziție numai în efflorescențele noi; pe când în perioadă înaintată, perii distrugându-se, nu mai păstrează raportul lor cu pustulele, cari și ele sunt după cum am dis, ulcerate. Nu uitați că în sycosisul parasitar, examenul microscopic ne va arăta parazitul «trichophyton», care se va căuta chiar în perii vecini ai localisării nodurilor tari, roșii, străpunși de perl.

Ca să terminăm cu diagnosa, voiți dice că în sycosisul parasitar, pe lângă cele deja menționate, se va observa că nodositățile sunt adese-ori înconjurate de un cerc roșiu și scuamos. Există de multe ori în acest sycosis un pityriasis alba împrejurul nodosităților.

Bola are un mers încet și după Kaposi această poate să dureze 10 și 15 ani, înainte de a se întinde de la obraz la pelea capului, etc.

Cât privește prognosticul, el depinde dacă bolnavul este tratat ori nu.

Prognosa este bună când bolnavul este tratat, iar în cas contrariu, cicatricile vicioase ce rezultă din o rea îngrijire desfigurază pe bolnav, producând une-ori adevărate keloide.

Starea generală în nici un cas nu este tocmai turburată.

Aflându-ne în fața unui bolnav atins de sycosis este bine după cum zice Besnier și Kaposi, a nu încerca cu tratamente ne-confirmate de experiență, ci să întrebuițăm mijlocele acelea cari au dat mai bune rezultate, căci cu încercarea metodelor noi, am perde un timp prețios și deja cu un bun tratament bolnavul nu poate fi vindecat așa de repede. Trebuie asemenea ca și pacientul să execute cea ce medicul recomandă.

Dacă bolnavul se prezintă într'o perioadă mai înaintată, și are cruste, ulceratiuni sau scuame, aplicăm îndată unul din corpiți grași, ce ne sunt cunoscuți, pe suprafața bolnavă, și de obicei eă mă servese pentru acest scop de ol. olivarum 100 grame, la care adăog 1 gram de acid fenic, sau vaselină cu acid fenic. Acești corpiți grași se aplică de trei ori pe zi și se acoperă regiunea cu flanelă spre a menține în loc aceste substanțe. După căderea crustelor, natura bolii se înțelege mai bine. Se spală apoi partea bolnavă cu spirt de săpun de potassă, ceea ce oprește supurația și întărește regiunea.

Dacă avem indurațiuni, întrebuițăm bandetele de diachylon, sau unguent de diachylon, mai cu osebire la buza superiără, sau inferiără.

Dacă leziunea ocupă pelea capului sau barba, primul lucru ce trebuie să facem este să tăiem părul foarte scurt, pe urmă se aplică unguentul de diachylon, sau lanolină pură care se menține cu bucăți de flanelă și după două-țeci și patru de ore, se spală locul cu spirt de săpun de potassă, și se rad bine regiunile ast-fel tratate.

În urmă, după ce părțile s'au muiat bine, se face epilația și cu scoterea perilor, ies afară și picături de puroi din foliculii bolnavi.

Pentru a deprinde pe bolnavi cu această epilațiune, care, bine executată nu este dureroasă, se va face în primele zile câte o mică ședință de epilațiune.

Metoda de a se estrage mai lesne perii este de a aplica cum dice Kaposi, degetul mânei drepte pe partea unde voim să epilăm, și ținând ca un condei de scris, o pensetă înadins, între degetul mare și cel indicator, estragem în aceeași direcțiune perii, fără a ridica mâna de cât după ce am scos mai mulți peri, când urmăză a lăsa pe pacient să se repauseze puțin.

Când avem suprafețe mari, facem epilația în mai multe ședințe, câte puțin în fie-care zi și având grijă ca înainte de or-ee epilație să recomandăm bolnavului o baie de vaporii sau duși locale de vaporii, pe regiunea ce este a se epila spre a înmuia părul în destul, lucru ce înlesnesce mult scôterea lui.

După cât-va timp părul începe din nou să crească, și dacă mai există indurațiuni sau pustule, ceia ce se întâmplă, repetăm același tratament, și ast-fel se pôte obține vindecarea în trei sau patru săptămâni.

Dacă în urma epilațiilor se ivesce inflamațiune, se va aplica comprese de apă rece, sau lanolină și vaselină.

Cu acest sistem putem trata cele mai dese-ori sycosisul ne parasitar; în cel parasitar, se va aplica mai întâiu un emplasure de Vigo mercurial, pentru a face să dispară indurațiunea apoi se va căuta ca pelea să fie în tot-d'una foarte curată. Asemenea se va observa ca plasurele de Vigo să fie cât se pôte de bine întins, une-ori se pôte face un amestec de plasurele de Vigo cu plasurele de diachylon în părți egale.

Când sycosisul este mărginit la sprâncene, întrebuițăm o pomadă cu calomel compusă din 0.50 centigr., la 50 grame vaselină.

În sycosisul de la gene întrebuițăm precipitatul roșiu de mercur 0.10 centigr., la 10 sau 20 grame vaselină.

Când avem nodosități sau pustule trebuie să facem și

scarificațiunii cum le facem și în lupus; aceste scarificațiuni dau foarte bune rezultate și în sycosis.

Tratamentul sycosei prin scarificațiuni este foarte mult recomandat de Besnier și merită a fi întrebuințat.

În sycosisul ce ocupă regiunea cervicală, și care a fost descris de Besnier, se recomandă rădăirea leziunilor cu lingura lui Volkmann.

Ca regulă generală putem dice că mersul tratamentului poate fi ast-fel formulat: în fie-care zi se fac spălături cu spirt de săpun de potassă se rad părțile bolnave, se face epilarea, și se aplică pomești emoliente când în urma epilațiunii rămâne indurația, sau iritația.

În același timp se vor deschide toate nodositățile și pustulele sycosice cu scarificatorul lui Hebra sau Vidal.

Nu se va considera ca vindecat un așa bolnav, de cât atunci când regiunea atinsă și va lua aspectul său normal prin coloră și supleță și când peri creșeuți din nou par aderenți în foliculii lor. (Besnier.)

Kaposi recomandă, că, chiar un an de zile după vindecare, bolnavii să-și radă regulat barba.

Vegetațiunile ce se pot întâlni în cursul acestei dermatose trebuie cauterisate, sau cu nitratul de argint, sau cu 0.50 centigr. sulfat de cupru, la 15 grame de vaselină, sau cu t-ra iodi.

În fine, ca să terminăm cu tratamentul, voi menționa, că aici ca și în favus, în urma epilațiilor, este bine, și acesta mai mult în forma parasitară, a se unge părțile epilate cu o pomadă de pucioasă sau cu o soluție de 0,25 centigr. de sublimat corosiv la 250 grame de apă. Eă, de obicei, în această împrejurare prescriu o pomadă cu vaselină 40 gr. și sublimat corosiv 0,10 cu care se fricțiunează zilnic părțile epilate și chiar cele vecine.

---

## SCABIES (RĂIA)

FORMA COMUNĂ; FORMA NORVEGIANĂ; PATOGENIA SCABIEI; SARCOPTES SCABIEI; IMPORTANȚA DIAGNOZEI; ȘANCĂRUL ACARIEN; ȘANȚURILE ACARILOR; DESCOPERIREA ACARILOR.

*Domnilor,*

Nu voiŭ să trec cu vederea două bolnave pe cari le am în serviciul meu de la spital, și pe cari vi le presint aici fără a vă atrage atențiunea asupra bôlei de cari ele sunt atinse.

Dese-ori în practica d-văstre o să vă întâlniți cu așa cazuri, și cum este bine să diagnosticați cât se poate de repede, este necesar să aveți cunoscința de elementele ce vă pot servi în cunoscerea acestei bôle. Cunoscând-o de la început, o puteți vindeca în două, trei zile, pe când greșind diagnosticul veți întreține și agrava bóla prin tratamentul nerațional ce veți dirige.

Aceste două bolnave, copila de 12 ani și mama ei, după cum observați, sunt atinse de una și aceeași dermatosă parasitară numită «scabies».

Numirea de scabies dată acestei bôle, vine, după cum puteți ști, din latinesce, de la cuvintul «scabere» a se scăr-pina, căci un simptom predominant al bôlei este mâncărimea. În românesce se numesc «răie»; în limba francesă «gale» și în nemșesce «Kratze.»

Să vedem cum s'ar pute delini această bóla atât de frecuentă în unele clase ale societății.

Răia este o afecțiune contagioasă și pruriginosă a tegumentului extern, cauzată printr'un parazit animal, «acarul scabiei» și caracterisată prin formațiunea de șanțuri, papule, pustule, vesicule, și câte o-dată și prin o inflamațiune generală a peleii.

Descoperirea acarului a schimbat ideile generale în me-



dicină, și cu această descoperire teoriile umorale au fost înlocuite prin cunoștințele științelor naturale.

Acastă bôlă este cunoscută încă din secolul al XII-lea.

Arabii diceau, că ea depinde de existența unui parazit animal, care se găsește în pele și se scôte cu acul; și această operațiune era practică deja de Arabi.

Cu toate acestea o descrițiune mai bună a acestei morbe nu s'a făcut de cât în 1634 de către Mouffet naturalistul, care a descris mai bine în epoca sa sarcoptul râiei.

În 1687 Bonomo și Cestoni sunt aceia, cari au descris mai bine acest parazit, recunoscând chiar sexul, adică au observat un acar de sex bărbătesc și altul de sex femeesc, și au dis că aceste parasite fac ouă.

Ei sunt cei întâi cari au descris această bôlă, și au dis că prin scôterea parazitului bolnavit se vindecă.

Cu toate acestea vedem, și cu mirare, un secol mai târziu în 1790, doi dermatologiști, cari au fost distinși, pe Lorry și pe Willan, punând la îndoială existența acestui parazit al scabiei și dicând, că chiar dacă ar exista parazitul, el n'are nici o influență asupra bôlei.

Umoristul Hahneman merge și mai departe și dice că este periculos să se vindece scabioșii, și să se scôtă acarul. Mai în urmă Galès (1816), student în farmacie la spitalul St. Louis din Paris, încercându-se să scôtă acarul scabiei și scotând numai comedone, a provocat o ne-încredere mai mult, și s'a negat iarăși existența parazitului. Totuși este probabil că Galès a vădut acarul, căci el a dis că metoda cel mai sigur de a se vindeca de scabies este de a distruge insecta ce-l dă nascere. După acesta primul care a scos acest parazit animal și l'a examinat mai cu atențiune a fost Renucci (1834), un elev în medicină din Corsica, care își făcea studiile la Paris la spitalul St. Louis în 1834.

Alibert, șeful lui Renucci, constatând descoperirea elevului său, făcu observațiuni de influența, ce ar avea acest parazit asupra bôlei, și de la acea epocă lumea medicală începu a crede, că acest sarcopt sau parazit este cauza râiei.

Un alt student de la spitalul St. Louis din Paris, Albin

Gras, a descoperit mai în urmă șanțurile în care se ascund acarii.

Din cele dișe, se vede lămurit, că această bôlă împreună cu parazitul care îi dă naștere este cunoscută și studiată deja de mult timp, în cât astăzi este bine stabilit, că râia este rezultatul parazitului «sarcoptes scabies», care ocupând suprafețe epidermice, dă loc la iritațiunii, la scărpinături, care pot determina adevărate eczeme.

Wichmann (1791) transportând această bôlă de la cal la om, a avut ocaziune ca să vadă mai de aproape modul de producere a scabiei prin acest parazit.

Experiența acestui autor ne arată că metoda experimentală nu este o știință cu totul nouă.

Acastă bôlă, după cum am diș, este contagiôsă și se capătă prin contact direct cu parazitul; însă această contagiune nu se face așa repede, ceea ce se întâmplă cu multe bôle parazitare, și trebuie ca să fim mai mult timp în contact și mai cu sémă noaptea, spre a căpeta această dermatosă. De aceea, cum vedeți, putem ca să pipăim diferitele părți afectate, să căutăm a scóte acarul și să nu fim atinși de scabies.

Cele de mai multe ori ómenii iau râia de la animale: cățeii, epurii de casă, pisicile, oile, porcii, mai cu sémă la țeră, unde au traiu comun cu unii ómenii, dau râia. Se dișe că râia numită norvegiană și care este mai gravă provine de la lup.

Asemenea se transmite râia de la om la om, și bolnavele ce vă presint sunt atinse în acest mod. Mama a luat râia de la fata ei, care probabil s'a inoculat de la vre-un animal domestic: și trebuie să știți că râia luată de la om, este mai gravă, de cât când omul o ia de la animale. În acest sens însă trebuie înțelėsă gravitatea, că netratată durează mai mult timp.

Cu tóte acestea se crede că sarcoptul de la porci, oi, cai, dă naștere unei râi persistente; și acarul de la aceste animale precum și al lupului raios este mai mare ca cel u-

man. Asemenea se dice că în râia luată de la câne și de la pisică lipsese șanțurile scabiei, sau sunt puține.

Acastă bôlă este mai frecuentă în unele țări de cât în altele. În Europa ea este una din cele mai frecvente printre bôlele de pele.

La Paris și la Viena, râia este foarte răspândită, mai cu sêmă în clasele uvriere, unde aglomerația și miseria domină.

Cum începe și prin ce fase trece râia până la complectarea ei evoluțiune?

O dată acarul scabiei străbătând epidermul și iritând părțile pe unde a trecut, dă naștere la niște vezicule mici, albicioase și tari, cari nu se strivesc repede. Opt sau cincisprezece zile în urmă se observă semnul cel mai important al acestei morbe, adică șanțurile scabiei.

Șanțul este urma prin care acarul pătrunde în pele și se formază în modul următor: acarul odată aflat pe suprafața epidermului și face un orificiū în stratul cornos, de unde înainteză în direcție oblică și descendentă, și ajunge până spre stratul môle al lui Malpighi. În opera lui Kaposi (1) se vîd mai multe deseneuri cari arată această dispoziție.

În punctul pe unde s'a introdus sarcoptul, adică în stratul superficial sau cornos al epidermului, se naște o alterațiune, o keratinizare, care nu este alt-ceva de cât o îngroșare a epidermului cornos, și unde în urmă se observă o exfoliare locală a epidermului.

Când acest acar este femel, el și lasă oușele în șanțul făcut spre stratul môle al epidermului, unde și nutriția fiind mai activă se oprește și sarcoptul.

Aceste șanțuri pot fi comparate cu acele ce și face cărțița pe sub pământ.

La extremitatea terminală a șanțurilor acariene se află un mic punct alb, în acest loc trebuie căutat parazitul unde se pôte găsi cu ôre-care deprindere.

(1) Pathologie et trait. des maladies de la peau, traduit par E. Besnier et Doyon. Paris. 1891, pages 878, 882, 883.

Cum se prezintă aceste șanțuri, și cum se pot ele cunoaște?

Ele se prezintă sub aspectul unor mici ridicături, liniare ale epidermului, și cari une-ori au o lungime de la 1 la 2 centimetri; ele sunt în general neregulate, de o coloră gălbenie sau alburie, alte ori negricioase din murdăria, și pot prezenta și alte colorii, cari sunt în legătură cu profesia bolnavilor.

Ast-fel vom observa la brutari, la zidari, cărbunari, diferitele colorațiuni ale acestor șanțuri, rezultate din depunerea pe tegument a pulverilor acestor diferite substanțe.

Aceste șanțuri încep printr'o exfoliațiune epidermică vizibilă cu lupa și chiar cu ochiul liber, această exfoliațiune se prezintă cu un aspect oval sau rotund și prin acest loc intră acarul scabiei. Acest loc constituie extremitatea superioară sau superficială a șanțului.

Șanțurile se termină, după cum am spus, după o întindere din 1 la 2 centimetri printr'un punct unde se găsește o nodosită albă gălbenie, în care locuiește acarul ce produce boala.

Urmărind deci șanțul cu lupa îl veți vedea terminat printr'o umflătură din care se poate scoate sarcoptul.

Aceste șanțuri, așa cum sunt descrise, se găsesc mai cu seamă între degetele de la mână. De multe ori când boala este proaspătă se observă pe traiectul șanțului o coloră gălbenie și negricioasă, și secționând acest șanț spre a-l examina la microscop, se vede în el ouăle sarcoptului în număr de 8, 10 până la 12, și cari au o formă ovală. Ouăle cele mai vechi prezintă urmele embrionului.

Domnilor, de și șanțurile acariene jăcă, precum vedeți, un rol însemnat în diagnostic, une-ori ele sunt rari sau chiar lipsesc, și mai cu osebire la văpsitori, spălătorese, zidari, brutari, anevoc veți găsi șanțurile acarului, mascate fiind prin pulveri diferite.

Cum se poate propaga și diagnostica vechimea bolii?

Acosta se poate face după numărul șanțurilor și a ouălor depuse în aceste șanțuri, așa, fie-care parazit femeia. Îndată

ce a străbătut stratul cornos al epidermului și depune ouăle lui, cari pot fi în număr de 10 la 12; unele femele fac chiar până la 25 de ouă pe zi, după Kaposi. Acestea la rîndul lor dau naștere la alți acari, cari formeză alte șanțuri, și așa mai departe, putându-se ast-fel forma sute de mii de acari.

Un șanț ridicat cu fórfecele ne pôte arăta conținutul ouălor la diferite grade de dezvoltare. Acarul masculin móre mai curînd, pe cînd femea nu móre de cît după ce a dat naștere la două sau trei generațiuni.

Găsirea acestor șanțuri ne face ca să descoperim acarii, și a ne pune ast-fel pe calea unui diagnostic sigur.

Să nu credeți însă că veți reuși îndată ca să descoperiți acești acari, și Kaposi distinsul dermatologist de la Viena, dice că nu este de loc lesne să poți găsi repede acești acari. Trebuie multă atențiune, timp, și câte o dată și întîmplare ca să poți parasitul în evidență; și am avut ocaziunea să vîd în străinătate, că un profesor făcînd lecția asupra râiei, dicea că are să arate acarul de la bolnavul ce făcea subiectul lecțiunii, și cîntînd n'a reușit în cursul lecțiunii să esecute ceea ce spusese; căci cum dic, trebuie timp și paciență, ca să reușim a pune sarcoptul în evidență.

Să vedem acum unde este sediul, sau domiciliul de predilecțiune al acestui parazit și al șanțurildr menționate.

Acestea se pot găsi pe toată suprafața cutanată, însă mai de predilecțiune pe părțile laterale ale degetelor de la mîni, pe părțile lor anteriore, mai cu sîmă în dreptul plicei pelei; printre degete, pe podul palmei și în plicele radiocarpiene înprejurul mamelónelor, la penis, mai cu sîmă, pe gland, pe burse, etc., etc.

Se înțelege că bolnavul fiind atins întaiu la mîni, duce cu degetele parazitul pe toate regiunile ce el pôte ajunge, și de accia putem găsi șanțuri acariene pe părțile externe ale antebrațelor, pe partea anterióră a toracelui, și în dreptul regiunii, unde unele persoane se strîng cu curcua și unde epidermul s'a îngroșat.

Aceste șanțuri au un sediū special după profesiuni, și

care stă în raport tot cu îngroșarea epidermică; așa la cis-marul le găsim la cōpse și de aici bóla se pōte întinde la partea internă și externă a cōpselor. pe gambele respective și chiar maleolele pot fi atinse.

După Besnier și Doyon, leziunile produse prin sarcoptul scabiei sunt atât de frecuent observate la penis la bărbați, și la mamelon la femei, în cât prezența lor în aceste regiuni are o importanță însemnată, lucru de care m'am asigurat și eu în mai multe cazuri.

La copil obrazul și pelea capului pot fi atinse, precum și fața dorsală a mânelor și picioarelor.

La precupeți vom găsi șanțurile acariene pe regiunea superioară scapulară.

Pe lângă aceste șanțuri se pot observa la așa bolnavi. vesicule, pustule, papule, mai cu sēmă la mână, la maleole, și atunci șanțurile nu se pot vedea, mascate fiind de eflorescınțele eczemei.

Când bóla duréză de multă vreme, mai cu sēmă când ea nu este bine căutată, se pot ivi furuncule, bule, vesicule, adenite, limfangite, și în fine melanodermii, care se observă mai cu sēmă în regiunea axilelor. Acéstă melanodermie este consecutivă deselor scărpinături ce și fac bolnavii pentru a calma mâncărimea.

După Besnier și Doyon, vesiculele în râie au o importanță și caractere particulare. Ast-fel prezența lor pe pelea sănătōsă, numărul lor puțin considerabil, consistența și transparența lor, ivirea lor înaintea șanțurilor, fac un semn important în diagnosa acestei afecțiunii.

Vom remarca încă că în cele mai multe cazuri ráia se presentă cu erupțiunii eczematōse și pruriginōse, și tot așa de frecuent avem o erupțiune polymorfă, întretinută prin iritația sarcoptului scabiei.

Asemenea se înțelege că cu cât bóla va fi mai veche cu atât și erupția polymorfă va fi mai pronunțată; căci precum vē este deja cunoscut unul din semnele principale ale ráiei este mâncărimea vie, ce simt bolnavii, și care se ob-

servă mai cu sémă în timpul nopții, când bolnavii se pun în pat, și când parazitul începe a'și căuta alimentațiunea sa.

Deci această mâncărime împinge pe bolnavi a se scărpinga, cea ce explică erupțiile ce însoțesc râia, și eczema consecutivă acestei morbe nu recunoște o altă cauză.

De aceea eflorescențele eczemei se întâlnesc de preferință pe regiunile ocupate de șanțurile râiei, ast-fel putem observa eczema în râie întindându-se de la regiunile mamelelor, la acele ale cóspselor, și în general pe tótă suprafața peleii, unde bolnavii pot ajunge cu degetele.

În fine Besnier și Doyon, menționéză că de multe ori se observă cu un număr mic de șanțuri râioase, erupțiuni, leziuni numeróse, și cu un mare număr de aceste șanțuri o erupțiune mică de eflorescențe, lucru ce, după cum se înțelege, este greu de explicat.

Cât privesce durata acestei dermatose, ea depinde de esactitatea diagnosei, și de aceea veți avé ocasiunea să vedeți că râia tratată bine, se póte vindeca în două trei zile, ca să nu dic că vindecarea se póte obține și în două ore, prin tratamentul instituit la spitalul St. Louis din Paris, de Hardy.

Însă când diagnosa este greșită, și acesta se póte iarăși observa, bóla póte dura mai multe luni și chiar ani de zile, în care cas veți avé o erupțiune polymorfă, sub care trebuie căutată adevărata origină a dermatosei.

Boeck și Danielssen au descoperit o râe la leproși, care se numesce și râia norvegiană; și această formă duréză ani întregi.

Besnier și Doyon au numit'o râia cu cruste gigantice și care după Fürstemberg și Megnin ar fi produsă prin sarcoptul carnasierilor. Această scabie este caracterisată prin cruste gróse, cruste cari se pot tăia cu cuțitul, și cari se observă mai cu sémă la membrele inferióre pe plantele picioarelor; și la membrele superióre pe podul palmelor; la cote și genunchi se observă produțiunii epidermice de o grosime însemnată. Când ridicăm crustele, putem găsi șanțurile cu acariii caracteristicii ai hólei, și

mai cu osebire în această formă, parazitul se găsește în număr mare în stratul mucos al epidermului, unde după cum știm, el se poate nutri mai lesne. Urme de acari se pot asemenea găsi sub unghii, după cum există o piesă la muzeul din Viena.

Însă un caz cu totul remarcabil a fost observat de E. Besnier (1) acum de curând. E vorba de o formă anormală de scabies pe care autorul a numit-o răc *roșie crustoasă*.

Individul oferia varitatea de răc ce se observă la cai.

Totă pelea era roșie, pe cap, asemenea pe față, gât, unde erau cruste foarte groase. Șanțurile nu erau bine vizibile între degete. Sub cruste s'au găsit foarte mulți acari și ouă. Pe restul pelei roșie, era o *miliarie*.

Foliculii părului pot fi alterați și da naștere la căderea lui; asemenea casuri se observă însă foarte rar.

Sunt circumstanțe cari fac că semnele scabiei să dispară momentan, mai cu seamă în urma unor bôle generale febrile, precum sunt: variola, pneumonia, febra tifoidă, etc.

Acastă cestiune a dat loc la multe discuțiuni între dermatologiști, din care s'a ivit opiniunea, că într'o morbă ca febra tifoidă s. ex., pelea fiind foarte uscată, acariii scabiei nu se nutresc bine și mâncărimea dispare, fiind-că parazitul stă ca amorțit în epiderm, nu mai ese pe suprafața tegumentului. Ouăle parazitului însă stând intacte, semnele răiei reapar cu disparițiunea febrei, și-și urmăză cursul lor regulat.

Prognosticul acestei dermatose parazitare este din cele mai favorabile, și îndată ce diagnosa este bine stabilită, putem, după cum am șis, vindeca repede pe bolnavi.

Câte o dată însă mâncărimea este foarte mare, și poate da naștere, mai cu seamă la copii, la diferite fenomene nervoase.

Fournier a vedut copii atinși de scabies, să presinte convulsii, și să sucombe chiar în urma acestor complicațiuni

---

(1) Société française de dermatologie et de syphiligraphie. séance du 12 Mai 1892.



Besnier citoză și el două asemenea casuri.

Diagnosticul râiei nu este cu totul lesne de stabilit, din cauză că cele de mai multe ori bolnavii se prezintă medicului, însoțiți și de erupțiuni eczematose: pustule, papule, etc., ivite din iritația sarcoptului bólei, și din scărpinăturile bolnavilor. Ast-fel s'a luat râia drept un lichen. un prurigo, și mai dese-ori drept o eczemă simplă.

Se înțelege că pustulele, vesiculele și crustele, acoperind une-ori șanțurile scabiei, punerea parazitului în evidență devine dificilă, și de aceea se observă adesea-ori medicii foarte instruiți să facă erori de diagnostic. Acesta provine din cauză că puținii observă cu atențiune erupția râiei, creștând ca lucrul cel mai simplu cunoșterea acestei bólei.

Aceste greșeli contribuiesc la prelungirea bólei, la adăogarea altor erupțiuni peste aceea propriă scabiei; ast-fel că am avut ocaziune să ved bolnavi atinși de scabie, tratați cu medicamente interne preparatiuni mercuriale și iodur de potasium, și acesta un timp îndelungat de mai multe luni.

Se va căuta deci bine șanțurile scabiei în regiunile indicate, observând chiar cu o bună lupă și la o lumină convenabilă; și ați avut ocaziunea să vedeți că eu fac în tot-d'a-una examenul tuturor bolnavilor atinși de bóle de pe, lângă feréstră, unde lumina este mai mare. In clasa cultă care și spală regulat mânilé, șanțurile râiei sunt puțin numeroșe, de culóre albiciósă, și greu de găsit. Urmăriți atunci cu lupa șanțul, și la extremitatea lui veți găsi o mică ridicătură, alb-gálbenie, unde puteți găsi parazitul.

Pe de altă parte la meșteșugarii cari lucréză cu mânele în substanțe colorante, ca boiangii, văpsitorii, pietrarii, brutarii, etc., grăsierea șanțurilor devine și mai dificilă, mascate fiind prin aceste substanțe.

In așa cas, vom examina la bărbați părțile laterale ale axilelor, șalele, unde unii bolnavi se încing cu curéua, și în fine penisul. La femei vom examina mamelónele și părțile comprimate de corset.

Phthiriasa dând loc la erupțiuni pruriginóse și cari séménă cu leziunile scabiei, nu se va lua drept această bólă, căci în

phthiriasă erupția predomină unde se găsește mai des insectele ; adică pe spete, regiunea cervicală, și nu pe regiunea anterioară axilară, pe la mâni și degete.

În pruritul senil, în strophulus pruriginos al copiilor, lipsesc cu totul șanțurile acariene și mâncărimea există și ziua.

Prezența unui șanț al scabiei este suficient pentru a diagnostica bóla ; sediul ce-l ocupă între degete, felul erupțiunii ce-l însoțește și mâncărimea pronunțată în timpul nopții și în fine pentru cine este deprins, punerea în evidență a parazitului, ne va confirma în vederile bólei.

Când constatăm o erupțiune polymorfă, caracterisată prin vesicule, pustule, papule și mai cu seamă o eceză pustuloasă, primul lucru la care trebuie să ne gândim, și pentru a nu greși, trebuie să ne gândim în tot-d'a-una și la scabies.

Besnier și Kaposi au raportat cazuri de scabies cari au fost tratate ca ezeze curate. Une ori se poate întâmpla, și acest lucru este important de știut, că bolnavii atinși de această dermatosă să prezinte pe gland ulcere crustoase, însoțite de mâncărime sau nu, și cari nu sunt alt-ceva decât șancere acariene, determinate prin contactul mâinii bolnavilor în acțiunea de a urina. Se poate însă întâmpla că așa bolnavii având în urmă raporturi cu femeii atinse de șancere-sifilitice, să-și inoculeze cu înlesnire un virus silitic, și diagnosticul în așa caz devine dificil.

Aspectul vesiculelor discrete, mărgăritării, tari, ne va permite a distinge râia de o eceză adevărată, unde aceste vesicule au un aspect cu totul particular.

Pentru a termina cu diagnosa vă repet că cine a observat bine câte-va cazuri de scabies, va fi în stare să stabilească un diagnostic exact, raportându-ne la cele aici studiate.

Diagnosa devine cu totul dificilă în cazurile anormale, rețineți în această privință cazul de râie roșie, observat de Besnier, în care caz distinși medici nu putură stabili diagnosa.

Însă ca și pentru toate dermatosele, cel ce n'a observat bine așa cazuri, cu toată știința teoretică ce va poseda, nu va diagnostica de cât din întâmplare une-ori.

Cum trebuie tratat bolnavii atinși de această boală parazită?

Încă de la 1852, profesorul Hardy a recomandat ca tratament al râcii, tratamentul și «repede».

Acest tratament în vigoare și astăzi la spitalul St. Louis din Paris, nu este întrebuit de cei mai mulți dermatologiști, căci de și bolnavii supuși acestui mod de tratament se vindecă în două ore de scabies, însă în urmă din cauza procedurii întrebuit se ivesc erupțiuni artificiale, care reclamă timp pentru a le vindeca la rîndul lor.

La bolnavii însă cu constituțiunii robuste, cu pelea mai grosă, dacă ne putem ast-fel exprima, fără fenomene nervoase, fără eczemă anterioară sau prezentă, acest tratament se poate întrebuiți.

Tratamentul lui Hardy produce dureri mari, și după cum dic bolnavii supuși metodei, «parcă'i rade cu sticlă.»

Iată în constă acest tratament:

I. Se fricțiunează bolnavii două-șeci de minute pe totă suprafața bolnavă cu săpun verde.

II. Apoi stau în baie jumătate de oră, sau chiar o oră, în care se frică cu peria pe pele.

III. La eșirea din baie se fricțiunează energic cu pomada lui Helmerich, modificată de Hardy, și care se compune din:

300 grame axungie, 50 grame flóre de puciosă și 20 grame sub-carbonat de potasă.

IV. Bolnavul face încă o baie generală spre a-și spăla bine corpul; și hainele pacienților pe când aceștia ieau tratamentul, sunt supuse într'un cuptor la o temperatură de 120°, și ast-fel ei sunt vindecați de râce.

Pentru a calma iritațiunea produsă pe pele prin acest mod de tratament este bine ca după ce bolnavii au eșit din ultima baie să se ungă cu óre-care pomești emoliente.

De ordinar vindecăm pe scabioși facându-le séra o fricțiune cu pomada lui Helmerich modificată de Hardy, și o baie de apă caldă simplă sau cu puciosă a doua zi. Bolnavii la eșirea din baie se primenesc cu rufe curate. Dacă însă cu o singură fricție nu obținem vindecarea, mai re-

petăm încă o dată acest tratament, și apoi două zile consecutive bolnavii fac băi emoliente cu tărățe sau scrobélă.

Kaposi recomandă pentru bolnavii atinși mai puțin, următoarea pomadă: styrax lichid 5 grame; petrol de comerț ol. olivarum *aa* 15 grame; balsam peruvian 10 grame, spirt de săpun de potasă 20 grame, cu care bolnavii se vor unge pe regiunile atinse.

Pentru bolnavii din oraș le recomandă următoarea pomadă: Flóre de puciosă 15 grame.

Vaselină }  
Lanolină } *aa* 30 grame.

Ol. lavandulae }  
Ol. menthae } *aa* 5 picături.  
Ol. naphae }

Pomada lui Wilkinson, modificată de Hebra se întrebuințează asemenea, ea coprinde:

Flóre de puciosă și oleum fragarum de lie-care câte 20 de grame, cretă albă pulv. 5 grame, săpun verde și axungia de lie-care câte 80 grame.

În fine vă menționez și pomada lui Bourguignon, care este de recomandat pentru bolnavii din oraș, și care se compune astfel:

Oleum lavandulae, ol. menthae, ol. cinamomi, ol. cariolorum câte 1 gram 50; goma adragantă 5 gr., carbonat de potasă 35 gr., flóre de puciosă 100 gr., glycerină 200 gr.

Tóte aceste preparate se pot întrebuința după cum voesce cine-va, tóte au același scop, distrugerea sarcoptului scabiei.

La bolnavele noastre vom întrebuința tratamentul următor: mai întâiî vor face o baie în care se vor spêla cu săpun verde; și séra se vor unge cu pomada lui Helmerich, modificată de Hardy, și vom compune-o astfel:

Axungie prospêtă 100 grame.

Flóre de puciosă 15 «

Sub carb. de potasă 5 «

A doua zi se va da o baie de puciosă, și sper că se vor vindeca în două zile cu acest tratament. Să fie însă bine înțeles că vindecând bolnavul de ráie în două zile, ne mai

rămâne să vindecăm iritația pelei de care am vorbit, și une-ori și o eezemă artificială.

Când însă pe lângă scabies, bolnavii sunt atinși și de eezemă, atunci trebuie întâiu să vindecăm eezema și în urmă râia.

Sunt cazuri de râie însoțite de mănăcirime considerabilă ivită în urma friecțiunei făcute cu pomeșile de puciosă și potasă și atunci somnul fiind turburat, vom li nevoiți a da chloral, sulfonal, ca să doarmă pacienții.

Pomada lui Helmerich de care v'am vorbit, conține : puciosă palbenă 10 grame, sub-carbonat de potasă 1 gram și axungie 40 grame.

Cât privește întrebuințarea petrolului, Besnier, și sunt de aceeași opinie cu el, această preparațiune dând loc la o iritațiune însemnată a pelei, ne putem lipsi de a o întrebuința, și putem recurge la preparatele ce conțin puciosă, potasă, styrax, saū și balsamul peruvian.

Profesorul Kaposi preferă pomada lui Wilkinson, modificată de Hebra, atât pentru bolnavii de la spital, cât și pentru cei din oraș.

Însă totuși Kaposi dă preferință și consideră că cea mai eficaă pomada următoare:

Axungie prospătă	100	grame.
Sapo viridis	50	»
Naphtol	15	»
Cretă albă pulv.	10	»

Este bine ca bolnavii să se ungă séra cu această pomadă pe regiunile atinse, și a doua zi să facă baie cu puciosă.

În general, friecțiunile făcute cu preparatele aici indicate se fac saū cu mânilor, saū cu o flanelă, pe regiunile atinse de șanțurile râiei.

## SEBOREA SAU STEATOREA. FLUX SEBACEU

SEBOREA LOCALĂ ȘI GENERALĂ, SEBOREA CAPITIS, A FEȚEI, SEBOREA ULEIOSĂ ȘI USCATĂ, SEBOREA NĂGRĂ. TEORIA LUI UNNA ASUPRA SEBOREII, COMEDÓNE, MILIUM.

*Domnilor,*

Acest pacient, precum îl vedeți, este un tânăr de 20 de ani și care este atins de seborea capitis, varietate uleiösă-uscată. Acesta pöte fi uscată, ceea ce constituiesce pityriasisul capitis, și care după Unna nu pöte fi considerat ca o seboreă și seborea uleiösă forma cea mai naturală. Auspitz d'ascmenea deosebía cu totul seborea de pityriasis capitis, și admitea cele două forme următore: a) seborea crustösă și b) seboreia uleiösă. Besnier și Doyon admit trei forme principale de seborea saü de flux sebaceü.

1) Aenea sebacea uscată saü seborea pityriasisiformă (pityriasis capitis).

2) Aenea sebaceä lichidä, uleiösä, în care găsim pe pele un adevărat uleiü sebaceü și

3) Aenea sebacea concretä în care materia escretatä și depusä pe pele este amestecatä cu o mai mare cantitate de scuame sebacee, formänd cruste galbene, grase, cari fac diagnosticul dificil.

Aceste forme, după töte probabilitätile, depind de secrețiunea exageratä anormalä a glandelor sebacee ale regiunei, saü de o altä turburare tot în modul de secrețiune a aparatului sebaceü.

De și d-vösträ sunteți în curent cu studiile istologice, totuși este bine, înainte de a merge mai departe, sä vă amintesc în câte-va cuvinte relațiunea glandelor sebacee cu foliculii përului și modul secrețiunei acestor glande cäc observați la acest tânăr bäiat, un mare numër de perfi albi și o descuamare furfuraceä pe pelea capului. Pe unele lo-

curi ale regiunii periū sunt lipiți printr'o materie lipicioasă, care la esamenul microscopic ne dă picături de grăsime, celule sebacee și epidermice grase.

Glandele sebacee sunt glande racemice simple, și se găsesc pe totă suprafața peleī, afară de podul palmei și planta piciorului.

Ele stau în strînsă legătură cu foliculii părului, și sunt situate în derm. Relațiunea lor cu foliculii părului este astfel: când glanda este voluminoasă și părul subțire, acest din urmă se deschide în glandă, și vice-versa, în periū groși vedem deschidându-se canalul escretor al glandei sebacee.

Aceste glande sunt formate din tecī glandulare, cari prezintă un perete de natură conjunctivă, peretele limită un canal umplut cu celule epiteliale glandulare.

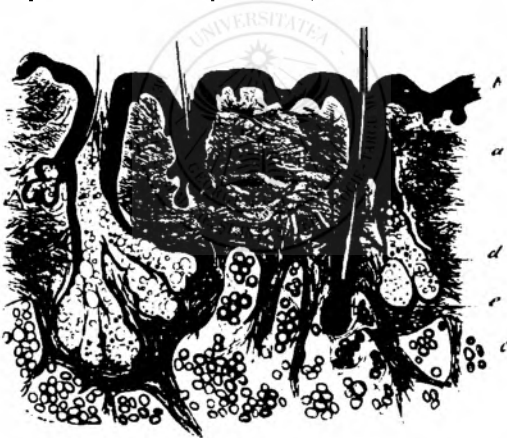


Fig. III.

Secțiune verticală a peleī: a) dermul cu fibrele sale elastice; b) stratul epidermic; c) celule grăsoase în țesutul grăos sub pele; d) glandă sebacee; e) foliculii părului.

Aceste celule, unele sunt poliedrice, cu nucleu și ocupă partea periferică a tubului glandular, altele vesiculose și infiltrate cu o substanță licidă grasă și ocupă partea centrală a glandei. Aceste din urmă celule cădând în degenerare grasă, grăsimea ese din ele și trece în canalul escretor

al glandei, se varsă la suprafața epidermului, trecând prin centrul foliculului përos.

O dată cu secreția sebacee es la suprafața peleii și resturile epidermice ale celulelor distruse și cari au dat loc la grăsiimea sebacee. Avem în așa cas pe pele și grăsiime și producțiunii epidermice.

Când secreția sebacee se face regulat, avem prin urmare o stare normală, când însă se petrece o schimbare în această secreție — fie în plus sau minus, avem o stare anormală care se presintă sub diferite forme și cu fenomene deosebite. Așa, când această secreție este exagerată, vom ave morbul de care suferă acest bolnav, adică ceea ce s'a numit seborea.

Când din contra secrețiunea este micșorată, avem uscăciunea peleii ce s'a numit «Xerosis» și când această secrețiune este reținută în canalele excretorii ale glandelor sus menționate, avem: comedonc, milium, etc.

Acastă afecțiune se observă mai cu sēmă la pelea capului, cu tôte că ea există une-ori și pe restul corpului, de unde divisiunea seboreei în generală și locală.

Cel întâi care a descris această dermatopatie este francesul Alibert, care a stabilit două varietăți sub numirea de «varus comedo, și varus sebaceus.»

Erasmus Wilson a distins în anomaliile funcționale ale glandelor sebacee trei casuri, cari dau loc la trei forme morbide și avem după Wilson: 1) un exces de secrețiune, sau steatoreă simplă; 2) o scădere în secrețiune sau xerodermiă și 3) o alterațiune a discii secrețiunii sebacee în care acest autor a distins: a) stearea flavescens: b) stearea nigricans și c) ichthyosa. Wilson a comparat scuamele din ichthyosă cu scuamele seboreei, și de aceea a pus ichthyosa ordinară printre seboreei.

F. Hebra în ediția a doua a operei sale pune printre seboreei și pityriasisul capitis al lui Willan. și trebue să sciți că este foarte dificil de a separa aceste două stări morbide ale peleii capului. Acest dermatolog renumit a dis că atât în seborea. cât și în pityriasis se găsece o predominare



de celule cornóse. Putem însă dice, după cum am menționat deja, că aceste stări patologice se pot considera una ca seborea uleióasă și semi-uleiósă și alta ca seborea uscată (pityriasis-capitis.) Wilson însă contrar ideilor lui Hebra, după cum am đis, a separat cu totul seboreea uleiósă de cea uscată.

Compatriotul sėu T. Fox asemenea a separat seboreea de pityriasis capitis și a adăogat, că la copil seboreea póte provoca o eczemă, ceea ce într'adevăr se póte întâmpla și vom avea în așa cas o eczemă seboreică, bine descrisă de Unna de la Hamburg (1).

Seboreea a dat loc la multe cercetări, căci unii autori, după cum vedem, consideră ca acelaș proces morbid seboreea capitis, și pityriasis capitis; alții cred că aici sunt două procese morbide deosebite. În fine, unii consideră ca luând parte la seboreea numai glandele sebacee, alții đic că glandele sudoripare icañ parte principală, și în fine alții că aceste două feluri de glande intră în joc în acéstă afecțiune.

Ast-fel Pohl Pincus (2) studiind depositurile morbide ale seboreei, a găsit un sfert de celule cornóse în substanța grasă.

În scuamele seboreice Pincus a găsit  $\frac{3}{4}$  grăsimi și  $\frac{1}{4}$  celule cornóse.

Cu toate aceste Pincus admite opinia lui Hebra ca cea mai dréptă în sensul că scuamele seboreice sunt constituite prin secreția glandelor sebacee.

Pe de altă parte Pincus đice că producțiunile epidermice există în aceste scuame în mod sulicient, spre a justifica numirea de pityriasis dată de Willan uneia din formele seboreei pe cari am menționat-o deja.

Unna în lucrarea menționată atribue glandelor sudorale rolul principal în acéstă afecțiune.

El đice, că unii istologiști între cari și Krause, au afirmat

(1) Unna. Was wissen wir von der Seborrhöe, in Monatshefte f. prakt. Dermatologie. 1887 No. 15.

(2) Pincus. Archives Virchow, 1867 pag. 322.

că și glandele sudoripare secretă grăsime și ca exemplu el dă secreția palmară care ar fi grasă, de și în această regiune lipsesc glandele sebacee. Unna se sprijinesce și pe Rainey care a considerat glandele sudorale din pelea palmelor ca fiind glande grăsose.

Structura însă a acestor glande diferă de a glandelor sebacee, după cum este cunoscut de majoritatea micrografilor.

O transpirațiune re-  
pede, dice Unna, dă  
o sudore grasă, însă  
în așa cas nu este ore  
pe lângă sudorea ve-  
nită din glandele su-  
dorale, și grăsimea ve-  
nită din cele sebacee?

Unna pune sediul  
seboarei în cele două  
feluri de glande ale pe-  
lei, și în această pri-  
vință el devine mai pu-  
țin exclusiv în noia sa  
teoriă asupra seboarei  
în care lucrare el și  
pune un mare număr  
de întrebări, pe cari le  
pune în vederea tutu-  
ror dermatologiștilor.

Cu toate acestea opi-  
nia lui predominantă  
este că seboarea ține  
mai mult de glandele  
sudoripare de cât de  
cele sebacee.

În ajutorul ideilor sale, Unna citează studiile făcute de Malassez, care a observat că scuamele din pityriasis capi-  
tis conțin numai celule cornóse și nici de cum celule din  
glandele sebacee.



Fig. II.

Secțiune verticală a peleii din regiunea axilară: a) glanda sudorală. b) glomerul al glandei; c) secțiunea unei glande sudorale, arătând atratele peretelui glandular.

Eu cred că acesta nu împiedică de loc a considera ca dréptă opinia lui Hebra, fiind-că natural la o perioadă înaintată a seboreii nu vom găsi de cât producțiunii epidermice pe pelea capului, și după cum am dis. deosebirea între seboreă uleiósă și uscată (pityriasis) este cu totul dificilă, dacă nu imposibilă, aflându-ne în fața, póte. a aceluiaș proces morbid.

Piffard (1) a confirmat lucrarea lui Malassez și a adăogat că în pityriasis capitis este o scădere în secrețiune sebacee, ceea ce am dis. că s'a numit și xerosis, pe când în seborea avem o exagerare a acestei secrețiunii, ceea ce iarăși cunoșcem.

După Unna. o ipersecrețiune a glandelor sudorale (care după el secretă și grăsime) ar explica mai bine toate fenomenele seboreii uleióse observate la adulți, în care cas se observă pe pelea de la obraz o materie grasă ce ese prin porii pelei din glandele sudorale.

Seborea disă uscată, sau pityriasisul lui Hebra și Willan, n'ar fi de cât o eozemă seboreică, după Unna, care, cum am dis, distinge cu totul seborea uleiósă de cea uscată, în care el admite un proces inflamator eozematos.

Unna dice că în casuri de seborea pură a feței ce a observat une-ori la persoane tinere, esamenul secrețiunii i-a dat picături de grăsime înotând într'un licuid seros, analog cu sudórea și scuame isolate, fără celule sebacee și fără deposite de celule cornóse.

Ei bine, în așa cas este de cređut că în secreția sudorei era amestecată și parte din grăsimea venită din glandele sebacee.

Deci în acel esamen făcut de Unna, s'a putut prea bine să lipsescă celulele sebacee. Se póte ca grăsimea să iasă din celule afară, și aceste să rămâe închise în glandă, și acesta iarăși nu este o mare probă că opinia lui Hebra să lie lipsită de fundament.

Intr'adevăr după Hebra secreția uleiósă și uscată din se-

(1) Piffard. Maladies de la peau. New-York, 1876.

boree constituie aceeași boală; și examenul chimic și microscopic al seboriei uscate (pityriasis) și uleiöse ar arăta, după Hebra, aceleași elemente, adică celule epidermice imbibate de grăsime.

Nam avut până acum ocaziune să observ mai multe cazuri de seborie și să fac examenul microscopic; însă cred că constatările lui Hebra și ale lui Unna, se pot întâlni după perioada la care sunt ajunși bolnavii, când se face examenul microscopic.

Ce delinițiune se poate da seboriei? După cele expuse până acum putem dice că seboria sau steatorea constă în secreția patologică exagerată a aparatului sebaceu și ea este caracterisată prin eșirea și acumularea materiei sebacee la suprafața pelei. În boala confirmată vom găsi deci la suprafața pelei deposite mai mult sau mai puțin gröse, formate sau numai din straturi epidermice grase, uneori dispuse ca crustele din eczema umidă, sau vom ave pe peie o substanță uleiösă, grasă care va lipi perii între ei.

Acastă dermatosă poate ocupa mai multe regiuni, constituind o seborie generală, sau să fie limitată la o singură regiune, și avem atunci seboria locală, forma cea mai frecuentă.

Seboria generală este foarte importantă de cunoscut din punctul de vedere practic. Ea se observă mai cu sémă la copii noi născuți, unde se observă pe toată suprafața pelei ca un glanț grăsos strălucitor.

Acastă grăsime, care este depusă pe peie de aparatul sebaceu încă din viață intra-uterină, nu întârzie a se usca, de unde tensiunea pelei și crăpături dureroase multiple.

De aceea obiceiul ce se practică la noi, adică ungerea pelei copiilor noi născuți cu corpi grași, este un foarte bun obicei, care previne fenomenele menționate. Când boala ocupa toată suprafața pelei, puțin timp după nascerea copilului chiar, pelea presintă o colorațiune roșiu brună lucitoare, și când buzele copilului și comisurile labiale sunt crăpate, copilul suga cu anevoință sau nu suga de loc, de unde se poate ivi un marasm, dacă nu se intervine la timp. Starea acastă

la copiii noi născuți s'a numit și seborea scuamოსă a noilor născuți sau ichthyosa sebacee; nu este însă logic a dice ichthyosă congenitală, cum s'a numit de unii autori.

La adult seborea generală este foarte rară și se observă mai cu seamă la bolnavii în stare de marasim, de unde și numirea de pityriasis tabescentium, dată de autorii acestei forme de seboreă.

În așa cas se observă pe suprafața membrelor, de preferință pe partea extensiunii, și chiar pe restul corpului, niște lamele epidermice strălucitoare pe cale de exfoliațiune, dispuse sub formă de plăci icș și colo.

Alte-ori, de și mai rar, seborea generală la adult se prezintă sub formă de cruste de o colorațiune brună verdu și ocupă cele mai multe regiuni ale corpului și membrele, de preferință tot pe partea lor de extensiune, constituind ceea ce s'a numit ichthyosa sebacea.

Privind bine acești bolnavi, s'ar crede că pelea lor este acoperită de murdăria negricioșe, urmând șanțurile normale ale peleii. Pe unele locuri crustele negricioșe-verdu sunt dispuse în mai multe straturi, pe care ridicându-le cu spatula, rămâne pelea normală roșietică. Observând în urmă cu lupa, se poate vedea orificiile dilatate ale aparatului sebaceu.

Seborea locală este forma cea mai frecventă și o întâlnim de preferință pe pelea capului.

La bolnavul nostru ea este limitată la această regiune, constituind seborea capitis.

La față seborea ocupă mai adese-ori pelea nasului și această seboreă trebuie bine cunoscută, spre a nu se lua drept o altă afecțiune.

Seborea capitis se prezintă sub două forme principale: una uleiოსă care se observă mai cu seamă la copii, în care cas avem descuamațiune epidermică puțină și o abundență de substanță sebacee (acnea sau seborea fluentă de Caze-nave.)

Altă formă seborea uscată sau acnea furfuracea sau pityriasis capitis, observată mai des la adulți și la bolnavul nostru pe unele locuri pe cap observați această formă.

La copil produsele seboreei uleiöse pe cap dau nascere la formațiune de cruste gălbenii, cari în general se numesc de femeii cruste de lapte. Aceste cruste une-orî sunt moi, friabile, se deslîpesc lesne de pe pele; alte orî ele aderă de pelea capului. Deslîpind aceste cruste, pelea capului rămâne netedă, roșietică și umidă lucitoare.

Alte orî se observă suprafețe sângerânde, eczematöse, sau acoperite de o materie serösă lipicioasă, sebum.

Crustele ȃise de lapte nu sunt de cât o continuare a seboreii intra-uterine, și cari se pot observa când copiii sunt neglijați, până la vârsta de doi, trei și chiar patru ani. În acest din urmă cas de multe-orî avem a face cu o eczemă seboreică, despre care am vorbit deja.

Esamenul acestor cruste ne arată: celule grase, celule epidermice sebacee, perî și pulvere din aer depuse pe pelea capului.

La adulți seborea capitis se pöte observa în ambele sexe și la femeii ea depinde de multe-orî de turburări ale menstruațiunei.

Ea se presintă la adult sau sub formă de scuame uscate sau unșuröse, albe, furfuracee, și în acest cas sunt uscate și cad pe umerii bolnavului ca tărîțele de grău, ceea ce înlesnesce diagnosa; sau vom observa cruste uleiöse coprinȃnd mai mulți perî în atmosfera lor (porrigo amiantacé a lui Alibert) și cari cruste uscându-se, se deslîpesc și produc eșirea perilor din foliculii. Vedeti bolnavul nostru care are perul förte rar și albit pe cap, din cauza seboreei de care este atins din copilărie.

La față seborea asemenea se observă adesea-orî la adulți: pe frunte, tâmple, nas și bărbie, sub formă de seborea uleiösă. În acéstă formă se observă fruntea și nasul mai în tot-d'a-una strălucind prin unșorea sebacee ce le acoperă, și la indiviȃii ce nu se spală regulat, se pot observa crăpături produse prin uscarea depositelor epidermice uleiöse.

Seborea nigricans a pleopelor se observă la persönele ce nu se spală regulat pe obraz.

În timpul verei acéstă seboreă este mai frecuentă.

După Kaposi părul sprâncenilor și al barbei p $\acute{o}$ te c $\acute{a}$ d $\acute{o}$  în urma acestei secrețiunii exagerate a materiei sebacee.

Când seborea uleiósă este localisat $\acute{a}$  pe nas, se p $\acute{o}$ te observa coagularea materiei secretate de glandele sebacee sub form $\acute{a}$  de cruste, de cul $\acute{o}$ re negriciósă, care face une-or $\acute{i}$  dilicultate în diagnos $\acute{a}$ . Dup $\acute{a}$  Besnier și Doyon, localisarea seboreii la nas este une-or $\acute{i}$  primul simptom al unui epiteliom al regiunii.

Când se deslipesc crustele s $\acute{a}$ u prin aplic $\acute{a}$ ri de corp $\acute{i}$  grași s $\acute{a}$ u cu o spatul $\acute{a}$ , se v $\acute{e}$ d sub ele canaliculele glandulare dilatate și dopurile sebacee ce ies din aceste conducte. Dese-or $\acute{i}$  nasul este roșiu prin dilatarea vaselor respective.

Cu o sebore $\acute{a}$  uleiósă s $\acute{a}$ u crustósă a nasului, putem avea o sebore $\acute{a}$  uscat $\acute{a}$  pe restul obrazului și chiar pe pavilionul urechii, cari sunt acoperite de coji epidermice, uscate și albiciose. Când se scarpin $\acute{a}$  bolnavii în aceste regiuni, cojile cad și r $\acute{e}$ m $\acute{a}$ ne în locul lor pelea puțin pembe, cu orificiile glandulare dilatate.

Dup $\acute{a}$  Kaposi ac $\acute{e}$ st $\acute{a}$  localisare a seboreii, cu caractere congestive, p $\acute{o$ te fi avant-garda unui lupus erythematos, de unde, cum am đis, este bine a se cun $\acute{o}$ ște în de ajuns ac $\acute{e}$ st $\acute{a}$  form $\acute{a}$  de seboree.

C $\acute{a}$ t privesce localisarea seboreii la organele genitale, la ombilic, sternum, sub mamele la feme $\acute{i}$ , între spete, dup $\acute{a}$  cele p $\acute{a}$ n $\acute{a}$  aici descrise, cred c $\acute{a}$  nu mai este necesitate a insista mai mult asupra acestor variet $\acute{a}$ ți.

V $\acute{e}$  atrag îns $\acute{a}$  atențiunea spre a nu confunda seborea uscat $\acute{a}$  a glandului și prepuțului, cu alte st $\acute{a}$ ri scuam $\acute{o}$ se.

Cari sunt cauzele seboreii?

Seborea noilor n $\acute{a}$ s $\acute{c}$ uți, dup $\acute{a}$  cum am đis, și ica origina în viața intra-uterin $\acute{a}$ , unde copilul este acoperit de sebum peste tot. Dac $\acute{a}$  dup $\acute{a}$  nascere nu se îngrijesc acești copii, seborea p $\acute{o$ te dura 2 — 3 ani chiar. La adult mai multe cauze o pot produce și negligența în tratament o întreține și o agrav $\acute{e}$ z $\acute{a}$ .

Anemia și chlorosa, turbur $\acute{a}$ riile menstruațiunii la feme $\acute{i}$ ,

dyspepsia și dilatația stomacului o produc cele mai de multe ori.

După Besnier și Doyon constituțiile artritice, serofuloase, îi dau asemenea naștere și pot adăoga că o predispoziție morbidă de la origină a glandelor, intră asemenea în joc pentru a produce și întreține bóla.

La bolnavul nostru aflăm din anamnesă că părinții săi sunt supuși turburărilor gastrice.

Pacientul ce vă prezintă este supus și el acestor turburări și în copilăria lui a avut coji și cruste galbene pe cap, care s'au întreținut până acum la vârsta lui de două-șeci ani.

Pe lângă aceste el se plânge de dureri pe traiectul coloanei vertebrale și este destul de anemic. După rezultatul ce ne-a dat numărarea globulilor sângelui, am găsit un mare număr de globuli albi și mai puțin roșii, de cât în stare normală.

Când bóla începe în viața adultă, ea recunoște de cauză un erysipel, o ezemă sau o variolă anterioară.

Care este mersul și durata bólei? V'am indicat timpul cât pot fi copiii sub influența seboreei.

La adult ea poate dura un timp mai mult sau mai puțin îndelungat, de la câte-va luni, la câți-va ani, când, mai cu seamă, bolnavii nu sunt bine tratați, și când constituția lor este proastă.

Prelungindu-se bóla, bolnavii perd din ce în ce părul prin turburarea secrețiunii glandelor sebacee. Părul ca să dic așa, se desrădăcinază și ese lesne afară din tătă sau foliculul său.

La acest bolnav observați cum cea mai mică tracțiune este suficientă spre a scote perii fără durere din foliculul puros. Înțelegeți dar cât este de serioasă această afecțiune, de vreme ce ea duce la pleșuvie și precum vedeți acest bolnav pe vertex mai că nu are păr de loc, și perii ce-l are sunt de un aspect mort, fără viață.

Asemenea observând acest pacient, puteți vedé cum pelea capului este acoperită de depozite epidermice, subțiri, albicioase, cenușii, imbricate unele peste altele.



La intrarea sa în spital părul era puțin lipit, cleios pe unele regiuni; acum această stare a dispărut în urma spălăturilor cu spirt de săpun de potasă.

Duhring (1) dice că seboarele au oarecare influență asupra mersului bôlei. Ast-fel seborea ar fi mai puțin frecventă în timpul verei, de cât în timpul iernei și chiar se poate să dispară în parte sau în total pe timpul verei și să revie, dacă nu s'a obținut vindecarea completă în timpul erno.

Cât despre complicațiile ce s'au observat la bolnavii atinși de seborea, ele sunt tot de aceeași natură și depind de același aparat glandular.

Comedónele, acnea papulósă și eczema seboreică însoțesc, sau se ivesc în urma seboreii.

Să vorbim acum de diagnosticul seboreii. După cele spuse până aici, s'ar păre că acest diagnostic se poate lesne stabili; însă sunt casuri unde cine-va se poate înșela.

Maî întâiu seborea uscată când ocupă pelea capului se poate lua drept o eczemă. Se va observa însă că în eczemă există mâncărime pronunțată, ganglionii cervicali sunt îngurgitați; scuamele ridicate prin scărpinătură sau cu o spatulă nu se reproduc așa repede, și eczema este dispusă sub formă de plăci. Aceste caractere nu le întâlnim în seborea, unde scuamele sunt foarte abundente și pelea albicioasă, nu roșie sub ele ca în eczemă.

În impetigo al pelei capului și al feței există o mâncărime considerabilă, leziunile eczemei sunt izolate, proeminente și separate de pelea sănătoasă. Când se ridică crustele, vedem sub ele pelea roșie și umidă.

În favus avem godeuri caracteristice și când aceste lipsesc, examenul microscopic ne arată parazitul favic. În herpes tonsurans se vöd insule unde părul a cădut și crescut puțin ca cum ar fi tuns aprópe de punctul de implantare în pele. Pielea în vecinătate este normală și examenul microscopic ne va arata parazitul vegetal trycophiton tonsurans.

---

(1) *Traité pratique des maladies de la peau*, page 105.

În psoriasis avem plăci izolate acoperite cu depozite groase de scuame epidermice albicioase, și chiar lucitoare la persoanele ce se spală regulat, și rădicând plăcile psoriasice se pune în evidență pelea roșie și inflamată.

Cu un lupus erythematos s'ar pute confunda seborea crustoasă, când lupusul este observat la început. Însă în această din urmă dermatosă pelea este infiltrată și prezintă caractere inflamatoare. În seborea crustele sunt roșietice, grase; pe când în lupus plăcile au o coloră roșie închisă, verde, violaceu și acoperite cu scuame aderente. În seborea nu vom avea la nici o perioadă cicatrice, cea-ce este de regulă în lupus.

Ce mijloce întrebuițăm pentru a vindeca pe acești bolnavi? Tratată la timp seborea se vindecă fără nici un prejudiciu pentru bolnavi.

La bolnavul nostru trebuie mai întâiu să luăm crustele și acesta se obține unșind pelea capului cu oleum olivarum în care încorporăm 1% de acid salicylic, de trei sau patru ori pe zi. După aplicarea uleiului se pune un bonet de flanelă pe capul bolnavilor. După vre-o 2 — 3 zile, crustele se înmoie, le luăm cu o spatulă și spălăm partea locului cu spirt de săpun de potasă, recomandat de Hebra. Acest spirt se prepară în modul următor: se ia 100 grame de *sapo viridis* și se macerază la temperatură puțin ridicată cu alcool vini 200 grame; după ce bolnavul este spălat cu acest spirt, pelea rămâne curată însă prezintă o colorațiune roșie lividă și epidermul este subțiat și dureros. Decă este bine a se unge pelea așa denudată tot cu corpă grasă, și să observăm zilnic dacă se reproduc crustele. În așa cas ne servim la acest bolnav, care a pierdut mult păr, de ulei de migdale 100 gr. cu ulei de nucă muscată 5 gr. în care putem adăoga 0,15 centigrame de tinctură de veratrină. La acest bolnav vom epila perii albi cu speranță de a obține perii normali sănătoși.

Une-ori se întâmplă că după spălăturile făcute cu spirtul de potasă, părul bolnavilor să se rărească și mai mult. Această ține de faptul următor: perii fiind lipiți între ei prin

crustele ce-i înconjură și în parte alterați la rădăcina lor, fricțiunile făcute prin spălare vor înlesni eșirea perilor în cele mai multe cazuri.

La copii mici se înțelege că aceste operațiuni cer în executarea lor mâni foarte delicate și în loc de a se spăla cu spirt de potasă, se vor spăla cu săpun de glicernă, servindu-se de un prosop sau șervet spongios.

Se va urma cu acest tratament până ce epidermul nu va mai fi acoperit cu cruste sau scuame, până când, în fine se va stabili vindecarea, cea-ce cere une-orî un timp îndelungat.

În acest sens se va dirige tratamentul și pentru seborea localizată la obraz; aici însă după căderea crustelor și aplicarea unei pomești cu oxyd de zinc, se va pune pulbere de amidon sau de talc.

Ca tratament general, trebuie a se ține în seamă starea generală a bolnavului. Dacă avem un anemic și dyspeptic cum este și pacientul nostru, vom întrebuița ferul, gențiana și când se poate, este mai bine a se recomanda apele minerale, feruginose Spa, Orezza, alcaline; și Vals Dominique este după mine apa minerală cea mai eficace în acest cas.

Am vorbit până acum despre exagerarea secreției glandelor sebacee, să terminăm lecțiunea de astăzi prin câte-va cuvinte asupra scăderii turburării sau mai bine dis, retențiunei materiei sebacee în canalul escretor al acestor glande.

Aceste turburări dau loc la ceea ce sa numit «Comedóne» și *Milium*.

Ce sunt comedónele? Comedónele sunt acele puncte negre ca gămălia de ac sau și mai mici, ce se observă la unele persoane pe frunte, nas, pe obraz lângă nas, bărbia, mai rar pe pept și între spete.

Aceste comedóne une-orî sunt foarte numeroase, în cât figura persoanelor afectate, par'că ar fi presărată de praf de pușcă.

Comprimând între două degete una din aceste comedóne, se va scóte din canalul excretor al glandei un mic

corp subțire cilindric ca un vermușor foarte mic, de culoare alb gălbenie și cu un punct negru în afară. Examinat la microscop acest corpuscul, ne arată că este format din grăsime sebaceă, din producțiunii epidermice; une-ori și perii embrionari degenerați se pot afla în acest corpuscul.

După G. Simon și Kaposi (1) s'ar găsi adesea-ori acarul foliculilor, care ar fi un sarcopt cu opt picioare. Inșă acest parazit n'are acțiune patogenă în determinarea hólei.

Comedónele însoțesc de multe-ori seborea uleiósă, acnea pustulósă și lupusul erythematos.

Isolate, ele se întâlnesc mai des la tineri, pe timpul creșterei. Se póte înșă observa, și am întâlnit casurí și la persóne trecute de două-șeci și cinci de ani.

Aceste comedóne resultă dintr'un viciu în excrețiunea materiei sebacee și se întâlnesc la persónele constipate, sau din contră atinse de diaree și de dyspepsiă și la femeile chlorotice.

Se întâlnesc asemenea la persónele carí nu se spală re-lat pe obraz și carí sunt expuse pulverilor diferite, ce se depun și astupă în mod mecanic orificiile glandelor sebacee

Tratamentul acestor comedóne este foarte simplu.

Mai întâiú se vor evita cauzele ce le produc, precum expunerea la pulveri diferite într'o atmosferă vitiósă, și fortifierea constituțiilor anemice.

În același timp se procede la scóterea comedónelor prin procedurí mecanice, și acel indicat aici, comprimarea între unghiile a două degete este suficient.

Se póte obține același rezultat întrebuintând spălături energice pe obraz cu spirt simplu, sau cu săpun prost, cu care se spală rufe.

Prin aceste spălături se înlesnesce eșirea comedónelor din canalul glandular.

Aplicând o cheiă de césornic direct asupra comedonului și comprimând, asemenea îl putem scóte afară.

(1) Kaposi. Leçons sur les maladies de la peau, t. I. page 229.

Milium, numit și strophulus albidus aenea albida. constă în nise mici corpusculi albicioși, situați sub epiderm, de mărimea unei gămălii de ac și une-ori, după cum am văzut un cas la Viena, la clinica profesorului Kaposi, până la un bob de meiș de unde și numirea de milium.

Acești corpusculi sunt formați de materie sebaceă și ocupă pelea pleopelor și cea de pe deasupra sprâncenelor. La organele genitale se găsește la fața internă a labiilor mici la femei, și pe coróna glandului la bărbați.

Prin presiune cu degetul se constată că acești corpusculi sunt tari și proemină puțin în afară. de și se află, cum am dis, situați sub epiderm.

Ajunși la complecta lor dezvoltare, ei rămân staționari și une-ori devin așa de tari că s'aun numit calculi ai pelei

Milium rezultă dintr'o acumulațiune a produșilor de secrețiune a glandelor sebacee, care din cauza obliterațiunei canalelor de excrețiune a glandelor, stă în interiorul lor. dând loc la aceste mici tumori. Conținutul acestor corpusculi nu pôte eși afară de cât printr'o mică incisiune făcută cu histuriul asupra lor, comprimând cu degetele părțile laterale.

Diferența între comedone și milium se înțelege lesne. Intr'un cas conținutul sebaceu ese din canalul excretor prin simpla presiune menționată, și avem puncte negriciose; și în altul avem mici puncte albiciose, situate sub epiderm. tari, și cari nu le putem scôte din canalul glandular de cât prin ajutorul unui instrument tăetor.

Milium nu se va confunda cu xantelasma, de și ocupă același sediū. pleopele, prin faptul că în acest cas avem tumori ceva mai măricele de cât bobul de meiș, și avem colorațiunea galbenă a acestor produțiuni morbide.

Bacrensprung și Hebra aũ observat douē casuri de milium foarte abundant. pe braț și abdomen, provenite în urma unui pemfigus vindecat; și profesorul Kaposi un alt cas în urma unui erysipel. In așa casuri se pôte admite că cicatricele rămase în urma acestor dermatose să li rupt raportul canalelor excretorii al glandelor sebacee, și în așa cas materia

sebacee neputând eși afară, produce negreșit aceste mici, tumori!

După ce se face incisia micilor tumori, se spală bine în lie-care ți cu săpun negru și licuide spirtose; ca și în comedone și acnea.

---

## LEPRA

LEPRA TUBERCULŌSA, LEPRA ANESTHESICĂ, LEPRA MIXTĂ,  
LEPRA LAZARINĂ.

Lecțiune culsă de D-ni Al. Calab și I. Margulius interni.

### *Domnilor,*

Bolnavul pe care vi-l presint astăđi, este atins de una din afecțiunile ce se observă cam rar la noi, adică de lepră.

Acest pacient când a intrat în spital a avut o mulțime de tubercule leprose pe față, membrele superiōre, testicule, sub prepuț, etc.; asemenea a prezentat nisce plăci mari infiltrate, mai cu sēmă pe gambe, cari aveau o colorațiune roșie brună și erau insensibile la înțepături. Dacă acum vę uitați la degetele lui, vedeți că ele sunt recurbate cãutând spre palmă, ceea ce arată că tecile sinoviale sunt și ele atinse. Pêrul și sprîncenele sunt normale. Nu prę aude bine de cât-va timp, și este probabil că lesiunea s'a întins și în acestă regiune. La pulmonii nu am putut constata de cât o ușoră submatitate la vîrfurile drepte.

Bōla acēsta, lepra, este cunoscută încă din antichitate, și un mare număr de autori s'a ocupat cu studiul sęu. Multe memorii s'añ scris asupra acestei afecțiuni și la multe discutiți a dat nascere în diferite incinte sciințifice, și în toți timpul; mai cu sēmă în cei din urmă ani etiologia leprei a fost una din chestiunile cele mai discutate și care a preocupat mai mult spiritele.

Cu tōte aceste în tot-d'a-una se găsesc încă câte ceva de

seris asupra leprei, sau asupra patogeniei sau asupra tratamentului sãu.

Contagiositatea și ereditatea, sunt două chestiuni cari au fost foarte mult discutate chiar în anul trecut în Academia de medicină din Paris. Aceste discuțiuni au luat naștere mai cu sémã după citirea unui memoriu făcut de Zambaco din Constantinople; în care memoriu, acest autor susținea ereditatea, cu toate că chiar concluziunile sale erau în de favoarea acestei teorii.

Noi credem că, ca și tuberculosa, care până mai în anii trecuți era încă considerată mai mult ca ereditară, tot așa putem dice și pentru lepra, că va sosi în curând timpul când se va admite mai mult contagiunea prin bacilul sãu patogen, de cât ereditatea.

Astăzi se știe de totã lumea și chiar de ómenii străini de medicină, că tuberculosa este contagioasă, mai cu sémã în urma descoperirii bacilului patogen de către Koch; însă bóla fiind mai mult contagioasă, nu se póte spune că este și ereditară, căci copiii cari se nasc din părinți tuberculoși, nu sunt tuberculoși, ci sunt predispuși la acéstã; capetã din naștere un teren propice pentru acéstã bóla. Tot ceea ce se póte deci spune despre tuberculosa pulmonară, în privința patogeniei relativ la ereditate și contagiositate, se póte spune și despre leprã care póte fi considerată ca o sorã a tuberculosei prin diferitele sale particularități. Cea mai mare parte din autorii Norvegieni — între cari Danielsen și Boeck — au căutat să demonstreze științificesce că afecțiunea de care ne ocupãm este ereditară, că ea ar trece de la părinți la copii, lãsând însă une-orí generațiunii neatinse. Nu se póte nega unele cazuri de ereditate, ceea ce se observã și în tuberculosã.

Baelz tratând în special mai mulți bolnavi de leprã, cari au stat în contact cu mai mulți bolnavi de alți morbi, în curs de opt ani n'a observat nici un cas de leprã transmis prin contagiune; însă aci ca și la tuberculosã este chestiunea de teren, și de predispoziție individualã, și faptul că Baelz a primit în acciași salã, timp de 8 ani de zile și

bolnavi leproși și de alte bôle, și că aceștia din urmă nu s'au molipsit de lepră nu ne probază nimic, mai cu osebire când vedem că acest autor respinge contagiunea prin faptul că cei atinși de lepră n'au transmis lepra prin organele genitale. Femeile leproșilor, dice Baelz, mulți ani n'au avut nimic.

Noi scim după Debove, că un individ sănătos pöte să stea alături cu unul atins de tuberculosă pulmonară, fără ca să capete această bôlă, pe când un altul atins de bronchită cu distrucția epiteliului pulmonar, sau bronchie, va căpeta tuberculoza într'un timp scurt. Tot așa este și pentru lepră adică pentru ca contagiunea să se producă trebuie să existe o ulceratiune pe care bacilul să se pötă grefa și individul să fie cu forțele sleite. Orî, din această reese răspunsul cuvenit lui Baelz, că leproșii n'au dat femeilor lor nimic, neavând ulceratiîi la membrul viril.

Baelz ca să susțină ereditatea, și să combată contagiunea aduce esemplul unei familii medicale din Japonia, care trată în casa sa mai mulți bolnavi atinși de lepră, fără ca vreunul din familie să li căpëtat această afecțiune, însă în memoriul său vedem că el a observat 200 de casuri în Japonia, unde ar fi 10.000 leproși, și casurile le-a observat la ômeni săraci, cari stau mai mulți la un loc. Pe de altă parte se scie că preotul Damien din Englitera a devenit lepros, a murit de consecințele iei, și bôla a căpëtat-o îngrijind de leproși.

Nu est ôre acesta un mijloc de propagare prin contagiune?

Zambaco dice că a vëduț copii leproși, născuți din părinți asemenea leproși; aci însă trebuie pus întrebare, la câți ani acei copii au fost atinși de lepră? Fiind-că s'a observat de mulți autori că lepra s'a ivit la copii după un an, doi și trei după nascere, în care cas copiii au putut li prea bine contaminați de părinți. Rare orî s'a observat ca copilul unei mume leprose să presinte semnele leprei după două luni de la nascere.

Lucrul întëmplându-se se pöte interpreta întocmai cu ceea ce se observă la o femeie atinsă de variolă, care dă nas-



cere unui copil tot variolos, prin contagiune, iar nu prin ereditate.

Se știe asemenea că bacilul nu s'a găsit în sângele leproșilor, și așa fiind, muma nu poate da copilului său ceea ce ea n'are în sânge. Însă știți că bacilul se găsește în sângele din nodurile leprose, și după Wolf, ar lipsi în infiltratele simple, ceea ce eu n'admit.

Acum de curând Kaurin publică observațiunea unui copil de 9 ani, din părinți sănătoși, care dormind mai mult timp cu un unchiu al său atins de lepră, capătă și el această boală, unchiul avea ulcerațiunile leprose pe gambe. Cei alți frați ai acestui copil, cari rămaseră cu părinții săi, nu au prezentat nici o urmă de lepră.

Tot asemenea este și cu casurile lui Wolf, a lui White și a altor autori; chiar bolnavul nostru, și un altul pe care l'am avut în spital, ne spune că n'a existat, și nu există boala aceasta în familia lor. Pe spusele acestor bolnavi nu putem pune mare temei.

De unde dar au căpătat ei această afecțiune? de sigur că ieri au căpătat-o fiind în contact cu vre-un bolnav fără ca ei să știe de ce suferea și când ne gândim că incubatiunea leprei este foarte lungă, ne putem explica cum cei mai mulți observatori nu pot urmări de aproape contagiunea.

În privința aceasta să vă menționez că Arning (de la Hambourg) a avut ocaziunea să inoculeze lepra la om (1). Autorul aflându-se în 1884, în insulele Hawaii unde, cum se știe sunt mulți leproși, i-s'a pus la dispoziție un condamnat la moarte care a primit să fie inoculat. Individul era de 48 ani, robust, fără antecedente diathesice și pe deplin sănătos. I-s'a făcut două inoculațiuni în diferite regiuni cu produse leprose de la un alt bolnav tânăr. Inoculația a reușit fiind că s'a transmis lepra la acest nenorocit, însă s'a constatat că semne sigure de lepră nu s'au ivit de cât după aproape trei ani de la inoculare. Cele întâiu fenomene au fost dureri reumatismale în diferite articulații ale membrilor

(1) Verhandlungen der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft, 1889.

superiore, alterațiunii ale nervilor cubital și median stâng, adică din partea unde s'a făcut inocularea. Această observație arată deci că lepra se poate transmite, că ea este o boală inoculabilă, contagiösă, însă trebuie timp până ce se pot constata semnele positive ale leprei.

Hansen care s'a ocupat mult de studiul leprei tinde a admite contagiunea, el ar li constatat această contagiune în Norvegia.

Și cum am pute explica apariția leprei în țeri unde nu s'a mai vădit, dacă nu cu ducerea unui lepros în aceea localitate?

S'a făcut mai multe experiențe asupra animalelor pentru a se demonstra contagiositatea leprei; toate rezultatele însă au fost negative pentru că experimentatorii n'au urmărit poate un timp îndelungat animalele în experiențe și nu au pus animalele în anumite condițiuni.

Nu se poate transmite dela om la animale cum se transmite de la om la om; nu se scie pentru ce nu se poate face această transmisiune, după cum nici sifilisul nu s'a transmis, cu toate că Cornil dice că ar fi transmis sifilisul de la om la maimuță, însă nu și la alte manifere.

Damsch și Vossius au făcut experiențe la animale, au luat nodosități leprose și le-a introdus sub piele, dar aceste nodosități după cât-va timp au dispărut, găsind numai nișee granulațiunii cari conțineau celulele cu bacili leproși. Melcher și Ortmann în 1885 au inoculat în camera anterioară a ochiului la 2 epuri de casă substanță leproasă, și amândoi epurii au sucombat, unul repede, altul după 300 zile.

La acest din urmă s'au observat adevărate irite, opacități corneene, iar după mörte s'au găsit bacili leproși în cornee, iris, coroidă, și tubercule în pulmon. In alveolele pulmonilor erau celule mari cu bacili leproși.

S'a găsit acești bacili și în interiorul vaselor pulmonare, însă conținuți tot în celulele mari, leprose: în pleură și pericard semenea erau bacili leproși, ocupând celulele leprose, bacili aceștia țin de lepră și nu de tuberculosă cum ar

crede cine-va, și apoi se scie că baciliile leprei se coloră mai repede ca ai tuberculozei.

Din acesta se poate deduce că lepra se poate într-o cât-va transmite de și mai des numai local, cel puțin până astăzi. S'a înțercat de asemenea inoculațiunile și la porci, dar nici acestea până astăzi n'a dat rezultate pozitive, căci s'a înțercat puține experiențe.

Nu trebuie însă să ne grăbim și să punem la îndoială rezultatele experiențelor, trebuie să așteptăm rezultatul acestor experiențe și să nu uităm că ori-cum, animalele asupra cărora se face experiența nu se țin în tot-d'a-una în condițiunile în care se află bolnavii noștri. Baciliile ca să se desvolte le trebuie 37°—38°.

Inoculațiunile experimentale se pot face și cu culturile. Neisser a înțercat cel d'întăiu inoculațiunile cu culturile la maimuțe, însă fără rezultat pozitiv.

Köbner și Hanssen au făcut inoculațiunile la animale cu culturile pe ser sanguin, și ouă fierte și aceste fără rezultat. Experiențele s'a înțercat de acești autori și la maimuțe însă tot fără succes.

Tot Neisser a luat ouă de rață, de găină, le-a fiert bine, le-a tăiat în două punând în mijloc o papulă leproasă cât un bob de mei, a ținut aceste ouă 3 săptămâni la temperatura de 37—38°, când a observat că această papulă a devenit înțercat de mare; deci baciliile cresc foarte încet în lepră și examinând părțile de nouă formațiune a găsit că conțineau baciliile leproși.

Vom încerca și noi să facem aceste experiențe, și rezultatele vi le voi relata îndată ce ele vor fi terminate. Înșă vom ave dificultăți ne-având ceea ce ar trebui pentru nisce așa delicate experiențe. Noi credem, cum vedeți, în contagiune, ceea ce admitem și pentru tuberculoasă; un lucru însă nu-l scim sigur pe unde pătrunde bacilul în organism.

În memoriile lui Unna și Neiser nu vedem discutând acest punct.

Neisser însă admite contagiul prin lepră ulcerată, ceea ce cred mai nimerit și acuză contaminarea prin apă, ali-

mente, și ar fi sporii leproși, carei resistă mai mult, și carei ar deschide calea contagionului.

Hutchinson (1) studiind acest punct de patogenie a leprei dice că în mod teoretic contagioniștii au dreptate, fiindcă inocularea leprei la om a dat lepra.

Anticontagioniștii iar au dreptate în mod practică, fiindcă ei carei au observat mulți leproși n'au observat contagiunea. Autorul totuși admite că uneori se poate constata contagiunea, fiindcă boala atinge toate vârstele, toate clasele sociale și se observă în toate climatele, în țările calde ca și în țările nordice, etc. Boala fiind deci de natură bacilară, Hutschinson, bazându-se pe câte-va cazuri, admite contagiunea prin alimentație, mai ales prin peștele sărat, conservat.

Distinsul nostru clinician profesorul Kalindero admite contagiunea însă nu modul de transmitere invocat de autorul englez.

Asemenea și Arning în comunicarea sa făcută în secțiunea dermatologică la al X-lea congres al științelor medicale, ce s'a ținut în 1890 la Berlin, bazându-se pe cazul unui copil atins de lepră, care nu mâncase nici o dată pește, respinge acest mod de contaminare și admite inocularea prin pește.

Nici Leloir n'admite infecția ab ingestis și la același congres a dis: lepra vine de la om, trăește în om, se întorece la om. Acest distins dermatolog admite cele două moduri de transmisiune, carei divid pe observatori, adică, creditatea și contagiositatea. Negreșit că aceste două moduri de transmitere ale leprei există și chiar de la începutul lecțiunii noastre, v'am vorbit în acest sens.

În combaterea opiniunii lui Hutchinson este și Petersen din Petersburg care a observat lepra la indivizii carei nu mâncaseră pește nici o dată.

Ca să vedeți prin câte moduri se poate transmite lepra, pe carei însă nu le cunoștem în intimitatea lor, să vă pun în vedere cazul următor:

(1) The british med. jurnal 6 juillet. 1889.

Smirnoff (1) citează cazul unei femei atinse de lepră mutilantă a picioarelor care a dat naștere la trei copii sănătoși. Decî acest autor n'admite ereditatea și nici contagiositatea, fiind-că bărbatul femeii după 15 ani a rămas indemn de lepră.

S'a acuzat asemenea limfa luată de la copii leproși ca putînd să transmită această boală. Oswald Baker (2) n'admite transmisiunea prin limfa vaccinală în cari nu s'a găsit bacilii, dar totuși preferă vaccinul animal. El crede însă că lepra este inoculabilă, decî contagioasă.

În Japonia chiar ómenii din popor cred că lepra este o boală foarte contagioasă, ast-fel când unul din ei este bolnav de lepră trebuie să părăsescă casa familiei, se exiléză, cei mai mulți se fac cerșitori nefiind primiți în nici o locuință. Mama suspectă chiar de lepră nu-și mai sêrută copilul ei, și copiii leproșilor nu se pot însura de cât cu copii de ai altor leproși. Ei nici nu beau, nici nu mănâncă din vasele atinse de un lepros, când se întîmplă, cei sănătoși distrug vasele atinse de leproși. Mai mult încă ei nu sunt acceptați să bea apă din fântâni ei numai din lacuri sau riuri de cari nu se mai ating cei sănătoși. Însă japonezii mănâncă pește crud, chiar viu și crapul lor este adese-ori plin cu diferiți paraziți.

Acastă afecțiune de și există mai în tóte țerile, în insulele Hawaii, unde boala s'a ivit de abia din 1845 ea este deja destul de răspîndită. În aceste insule 5 la 100 din populație sunt atinși de lepră; în apropiere de Hawaii în insula Molokai există la Kalawao un spital în cari sunt peste 1.000 de leproși, din cari mai mulți bărbați de cât femei.

După Burow, lepra ar fi endemică în marea Azov și în Crimeea, unde se observă tóte formele ei.

În Norvegia, unde sunt mulți leproși, medicii bătrâni susțin ereditatea, cei tineri contagiositatea. Negreșit că un copil născut din părinți bolnăvicioși va avé în organismul său

(1) Annales de Dermat. et de Syphil. 1890 page 163.

(2) Annales de Dermat. et de Syphil. 1890, page 192.

celule cari pot fi distruse mai repede de bacili, de cât o celulă sănătoasă, care pôte ca să învingă bacilul.

Nu este ôre lupta între elementele celulare cum o observăm și în ființele compuse din miliarde de celule?

Observațiunile lui Danielssen de la 1839, în favôrea eredităței nu ne inspiră nici o confiență. ele se bazéză pe spusa altor persóne.

După ce am insistat asupra diferitelor teorii emise asupra contagiosității și eredităței leprei, să vedem în ce constă acéstă bôlă, prin ce se manifestă, și sub câte forme se presintă ea?

Ca definițiune putem spune că lepra este o afecțiune contagiosă, parasitară, cronică ce se caracterisă prin o erupțiune de pete, de papule și de tubercule răspândite pe pele și pe mucóse; după un timp ôre-care prin simptome din partea sistemului nervos, și chiar prin leziuni viscerale diferite.

Cei mai mulți autori au descriș trei feluri de lepră: tuberculósă, anesthetică sau maculosă și forma mixtă: însă trebuie să vè spun de pe acum că nu există de cât o singură lepră, dar care se pôte presenta sub forme diferite. Sunt bolnavi la cari se observă numai una din aceste forme, iar la alții se observă tóte trei formele și acest din urmă cas este pôte cel mai des observat.

Casurile de lepră se observă, după cum am đis, mai des în unele țări precum este în Suedia, Norvegia Japonia etc. și după Burow și în Crimea, unde există în mod endemic.

Să vedem acum simptomele ce însotesc lepra după formele sau varietățile sale. După formă avem lepra tuberculósă sistematizată tegumentară după Leloir și lepra anesthetică, nervósă, maculosă, disă și trophonevrosică și forma mixtă pe care eu am observat-o mai des.

Oricare formă vom avé, acéstă este tot-d'a-una precedată de fenomene generale, đise prodromice. În cazul de inoculare a leprei la om ați vèđut că Arning a observat, ca prodrome, durerile nevralgice și reumatismale, la cari se ajută ca și în altă infecțiune cronică, febra, tristeța, obo-

séla, epistaxis, ceea ce am aflat că au prezentat mai mulți din bolnavii ce am avut în cură la spital. Febra de obicei vine prin accese repetate, coincidând cu izbucnirile neoplasiilor leprose.

Cum încep aceste neoplasiile? În urma fenomenelor prodromice menționate se ivesc pe ici pe colo de obicei la partea superioară a corpului, pe părțile expuse, descoperite agenților infecțioși, pete roșietice, cari devin papule și cari după cum am observat un caz, se pot lua de o dată drept un erythem papulos. Inșă ele sunt insensibile când se înțepă cu acul în cât fiind atenți putem aprecia chiar de la început valoarea acestor erupțiuni. Culórea acestor pete și papule se închide în curând de la roșu deschis trece la roșu cafeniú și încet încet dimensiunile lor de la un bob de linte póte să ajungă la acela al unui bob de porumb și mai mari încă. Când aceste efflorescențe, aceste lepromembryonare ocupă regiunile pérose, precum barba, buzele, sprincenele etc., perií încep a căde, fiind-că glandele sebacee sunt în stare de hypersecrețiune și perií sunt astfel înecați de acest secret și scoși afară. De aceea găsesc în observațiunile luate de unii din studenți dicénd că bolnavul X, este spánatic.

Acéstă alterațiune a sistemului fanerofor face că mai toți leproși se asemănă prin figura lipsită de mustăți și sprincene

După un timp variabil tuberculele leprose, sau mai bine dis lepromele se pot constata. Aceste neoplasiile în secțiune transversală ne arată că ocupă tóată grosimea dermului, ceea ce de alt-fel am vădut că se observă și în *lupome*, *tuberculome* precum și în *syphilome*. Ca și pentru acestea din urmă și lepromele se pot întinde până în hypoderm. Cât privesc colorația lepromelor numite lepride tuberculóse după Besnier ca nu oferă ceva patognomonic, fiind-că ele se apropie de roșul arămiú sau albăstriú, care se observă și în tuberculele syphilitice. Inșă aici ca și în simplele macule sau papule, *lepromele* sunt anesthesice și au un aspect unsuros datorit hypersecrețiunii glandelor sebacee despre care am vorbit deja.

După cum asemenea v'am spus, lepromele se ivesc mai

întâiu pe suprafețele peleii expuse agenților infecțioși, de aceea mai la toți bolnavii noștri, cu forma tuberculoasă ați vădut localizarea leziunilor de preferință, și mai întâi ivite la față, de unde aspectul cu totul particular al feței, acestor bolnavi. În urmă vin membrele superioare și aici mâinile sunt întâiu atinse, pe urmă bóla se propagă la antebraț, braț, membrele inferioare, la picioare, la indiviđii cari nu pórtă cisme etc.

Pe față, pe obrasi, pe urechi, pe frunte, pe buze, se observă pe lângă neoplasiile leprose la diferite grade de evoluțiune, o infiltrație, o îngroșare a peleii cu retractia țesutului elastic de unde pelea încetățită, sbărcită a acestor regiuni; adăogați la acestea căderea sprâncenelor și a mustăților și veți înțelege că acești bolnavi aũ o figură cu totul caracteristică.

Cu ivirea lepromelor pe față se constată aceleași leziuni pe mucósa cavității bucale, unde putem observa papule proeminente, violacee cari se pot întinde până pe vélul palatin și mucósa laryngienă. Am în serviciu o femeie care pe lângă lepromele localizate la față, presintă și perforația parțială a vélului palatin.

Leziunile mucósei bucale sémână de multe-ori cu syphilomele, însă rădënd puțin exudat de pe mucósa limbei saũ de pe mucósa palatină unde sunt aceste leziuni, și făcënd preparate vom găsi bacilul leprei în abundență. Am avut un așa cas în serviciu care se luase drept syphilis, însă descoperirea bacilului lui Hansen ne scóte din îndoială.

Numérul lepromelor pe suprafața tegumentului este uneori fórte mare, într'un cas în serviciul meu un lepros a prezentat 377 leproame distribuite ast-fel:

- 90 pe membrul inferior stâng.
- 116 » » » drept.
- 23 » ambele fesse.
- 35 » regiunea dorsală și lombară.
- 57 » membrul superior drept.
- 49 » » » stâng.
- 2 » regiunea cervicală.
- 5 deasupra sprâncenii stânge.



Diagnosticul în acest caz s'a stabilit prin microscop. S'a excizat un leprom de la antebrațul stâng, care n'a produs nici o durere pacientului și s'a făcut preparatele cuvenite.

Mănele și picioarele acestui pacient unde pelea era foarte infiltrată, erau diformate în cât mișcările devenise dificile. Tot la acest pacient erau de-asupra genunchilor o masă mare de infiltrațiune și de leprom aglomerate, cu o colorațiune violacee și tari la pipăire. Ganglionii limfatici din regiunile poplitee și inguinale erau asemenea tari și tumefiați.

Prin urmare aceste neoplasii se pot întinde atât pe mucoșele vecine cu obrazul, pe tot tegumentul extern, de și cu localizări de predilecțiune, precum și pe globul ocular, când lepra tuberculoasă este mai veche la față. În acest caz, pleoapele, cornea și sclerotica pot fi atinse de aceste neoplasii și une-orî, de și mai rar din fericire, irisul și choroida pot fi isbite la rîndul lor, de unde pôte rezulta pierderea organului vederii.

Care este mersul lepromelor, ce devin ele?

Aprópe acelaș proces evolutiv se petrece aici ca și în lupome. Ast-fel lepromele pot încerca transformarea fibrósă, se pot resorbi și pot ajunge la ulceratióne. În acest din urmă caz o secrețiune purulentă grósă, sau sanguinolentă cu o odóre infectă de cadavru se pôte constata. Procesul ulcerativ al acestor neoplasii se pôte întinde în profunditate și să distrugă toate țesăturile moi să ajungă până la óse.

Pe suprafața unor ulcere leprose se observă cruste gróse, negriciose, verdui, tari, cari provin din uscarea secrețiunei acestor lepromes.

Să vedem acum, cum se presintă acéstă afecțiune în forma disă anesthescă sau maculoasă.

În urma prodromelor deja menționate și mai cu sémă în acéstă formă anesthescă, vom avé nevralgii violente pe traiectul unor nervi, mai des pe traiectul nervilor cubitali. Se vor observa în aceste regiuni sau și în altele, ivindu-se în mod simetric, pete roșietice mici, rotunde sau ovale, crescând prin periferia lor, formând cu timpul pete mari. În acéstă periódă petele leprose au o culóre

de un roșu închis, cafeniū, ele devin puțin proeminente și presintă la suprafața lor un ușor strat epidermic scuamos, ceea ce încurcă pe cel ce nu este deprins cu așa bolnavi putându-se lua drept un pityriasis versicolor. Inșă prin microscop facem îndată diagnosa, de și ajungem la acest rezultat și fără microscop, fiind că deja aceste plăci sunt anesthesice.

Cu timpul centrul acestor pete anesthesice devine albicios iar marginile rămân tot pigmentate, ceea ce iar ar face pe cel ne prevenit să se gândească la un vitiligo. Când se observă mai multe așa pete pe o regiune mai întinsă, cum se vede o figură din atlasul lui Leloir, atunci vedem cercuri mai mult sau mai puțin mari pigmentate cafeniū, cu centrul albicios, ceea ce dă un aspect caracteristic acestor leziuni tegumentare. Cu timpul pe lângă aceste pete se mai ivesc bule de pemfigus, constituind lepridele buloase ale lui Besnier. La unul din bolnavii mei cu forma mixtă s'a constatat așa bule. Une-orî după spargerea acestor bule rămân ulcerațiuni, constituind ceea ce s'a numit lepra lazarină (Poncet de Cluny).

Ca și în pemfigusul cronic care ne este cunoscut și aici în lepra maculoasă se pot ivi mai multe izbucniri de bule. Cum de obiceiū petele aceste anesthesice achromice și hyperchromice ocupă de preferință mânilor, picioarele, cotele, tot așa și lepridele buloase vor ocupa aceste regiuni, deci rar vom vedea la față și în cavitatea bucală asemenea eflorescențe.

În fine, cu timpul fenomene de o atingere mai gravă a nervilor periferici se va observa, ast-fel se vor ivi dureri nevralgice mai violente ca la început. zone de hyperestezie pe membrele superioare și inferioare, turburări și alterațiuni ale muschilor, atrofia acestora deformând degetele precum v'am arătat un cas în spital și precum vedeți la pacientul ce face subiectul lecțiunei noastre de astăzi.

Aceste atrofii musculare se observă și la membrele inferioare, pe urmă pe cõpse și trunchiū, într'un cuvînt un mare număr de mușchi pot fi atrofiați în forma nervoasă

a leprei. Muschii feței nu sunt respectați în cele mai multe cazuri.

V'am arătat că lepromele în forma ulcerosă pot une-ori să se întindă, să ajungă până la oase, însă în forma acésta trophonevrosică acest fapt se întâmplă mai sigur, de unde și numirea de lepra mutilantă. Într'adevăr cu timpul țesăturile moi sunt cu totul distruse, și se pôte observa căderea degetelor atât de la mâni cât și de la picioare.

În lepra mixtă se va observa cele două tablouri simptomatice ale formei tuberculose și maculoase.

După ce v'am expus simptomele ce presintă bolnavii atinși de lepră, trebuie să vă spun ceva despre *topografia* bacilului lepros.

Cornil și Babeș (1) presintă desenuri foarte frumoase în cari acești bacili se găsesc în glandele sebacee, în epidermul pelei, în ganglionul limfatic, în parenchimul rinichiului, în ficat ocupând celulele voiajore. Multe studii sunt făcute în acésta privință, însă Unna din Hamburg este acela care a studiat mai mult acésta cestiune. După dinsul bacilul s'ar găsi în toate țesăturile, afară de creier, în care până astăzi nu s'a putut găsi. Nu scie încă bine nici Unna modul cum străbate acest bacil în organism: însă de ore-ce Cornil și Babeș, au găsit bacilii în glandele sebacee, se pôte ca bacilii să intre prin foliculul përos. Sângele din organism esaminat la microscop, nu presintă nici el bacilii, afară de acela din nodositățile leprose precum am menționat deja. Pôte că nu s'a găsit încă metoda de a pune bacilii leproși din sânge în evidență.

S'au considerat și se consideră și astăzi că bacilii ocupă celulele limfatice cărora Virchow le dice celule leprose.

Unna afirmă că bacilii nu sunt nici odată conținuți în celule, ei se găsesc tot-d'a-una în stare liberă între elementele țesăturilor, în spațiurile și canaliculele limfatice ale dermului pe cari le dilată, formând umflături rotunde sau ovale, de unde vine și forma rotundă sau lungărotă a gră-

(1) Les Bactéries, 1886

meșilor bacilare, cari n'au nici un raport cu elementele celulare. Touton și Neisser cred că locul de predilecțiune al sediului bacilelor este celula leprósă și Neisser, dice că Unna a observat numai două fragmente de pele și în noduri lepróse tinere, unde ar fi greu a se observa raportul bacililor cu celule, ceea ce este posibil în noduri lepróse vechi, unde celulele sunt mari și se vęd bine.

După Touton locul de înmulțire și de predilecțiune al bacilelor sunt celulele lepróse ale lui Virchow. Tot ast-fel de opinie au și Köbner, Hansen, Baumgarten, Guttman și Thin.

Noi în preparatele pe cari le-am făcut și esaminat am găsit bacilul în majoritatea casurilor în afară de celule în stare liberă; fórte rar în elementele celulare. Sângele extras din tubercule nu și din infiltrațiile lepróse, după opiniunea tuturor autorilor moderni, conține bacili, ceea ce am constatat și noi.

Hansen care a descoperit acest bacil a observat că ei se găsesec și în ganglionii limfatici.

Leloir susține că bacili se grămădesc în mese, nu stau în celulele lui Virchow, sau în căile limfatice, cum susține Unna.

În această privință Gianturco dice, ceea ce admit și eu, că sediul bacilelor variază după evoluția bólei.

Bacilul leprei are multă asemănare cu acel al tuberculosei cu care se confundă chiar adesea-oră; însă se distinge prin aceea că bacilul leprei este mai uniform, mai drept și mai ascuțit, de cât acela al tuberculosei; se colorază mai ușor și resistă mai multă vreme la decolorațiunea prin acid azotic de cât acel al tuberculosei. După Babeș (Acad. de sciences, 30 april 1883) bacilul lepros resistă o oră la decolorația prin acid azotic. Numărul lor este tot d'a-una mai mare, pe lângă acesta conține și o mulțime de spori, ceea ce la bacilul tuberculosei nu se observă.

Pentru a face preparate microscopice, secționăm o nodosită leprósă pe care o întărim în alcool absolut și ne servim apoi pentru colorațiune saú de procedeul lui Ehr-

lich, sau de metoda uscată a lui Unna. Acest procedeu al lui Unna consistă în ținerea piesei 12—24 ore într'o soluțiune apăsă de fucsina cu apă de anilină; scotem piesa din fucsina și o punem într'o soluție de acid azotic 20%, unde după 2 minute capătă o colorațiune neagră roșietică, clătind'o apoi cu alcool dilut colorațiunea devine roșie; după aceea o punem într'o capsulă cu apă destilată. În acest cas numai bacili și stratul cornos al epidermului prezintă colorațiunea roșie, apoi se pune câte-va secunde piesa în albastru de methyl soluție saturată, o clătim apoi iar cu apă destilată, puțin aciduliată, o punem pe o lamă de sticlă pe care punem o picătură de apă destilată, spre a întinde regulat preparatul și trecem apoi piesa prin o flamă de spirit până ce se usucă; închidem în fine piesa în balsam de Canada. Prin acest procedeu, dice Unna, se pot vedea bacili mai bine și în părți unde cu procedeu *umed* nu s'ar vedea bine, și prin metoda sa s'ar putea mai bine constata, că bacili nu sunt conținuți în celule speciale lepröse.

Bacili nu se găsesc des în stratul epidermic, ci în stratul papilar, unde se ved în formă de cordone. După Unna nodositatea leprösă prezintă 2 rețele, ocupând una dermul, alta hypodermul; una este formată de țesut elastic, alta de bacili cari ocup căile sau vacuolele limfatice; și totă rețeaua limfatică a pele este plină de bacili. O linie de demarcațiune există între țesutul conjunctiv dintre derm și epiderm, unde nu se prezintă bacili. Thin dice că ar li găsit bacili și în stratul epidermului; cea-ce alți autori însă nu au putut găsi.

După Unna și Neisser, stratul epitelial al părului ar face excepțiune în privința acesta, căci dînsul conține bacili. Unna dice că, cea ce a făcut să se creadă că bacili ocupă celulele descrise de Virchow, este că acești bacili stau împrejurul nucleilor endoteliali ai vaselor limfatice.

Tôte organele pot li atinse de această lesiune leprösă: vasele sanguine, pelea, mucósele, nervii și viscerele, de unde și cele 3 forme ale fecțiunei. Pe pele se observă nodosități, glandele sebacee une-orî însă rămân neatinse, pe când cele sudoripare da; aci bacili nu se găsesc în bastonașe ci în

formă de granulațiuni, și aceasta din cauza sudorei care fiind acidă fragmentează bacilii; sporii însă nu se distrug; prin urmare și sudorea poate fi o cauză de contagiune și s'a emis această opinie de Touton.

Pe traversele țesutului conjunctiv de sub piele, nu pe celulele grăsoase, găsim asemenea bacilii; în țesutul grăos însă numai capilarele care înconjură celulele grăsoase, numai ele conțin bacilii. În corpii papilari ei se găsesc în mare număr, de aci pleacă spre foliculii părului. În nervi numărul lor este mare, producând nisce nodosități, uneori adevărate nevrome, dând loc la diferite turburări de cari am vorbit. Când leziunea predomină la față avem figura, de leu a bolnavilor, în unele cazuri, paralisia mușchilor feței, a globului ocular, surditate, când leziunea obliteră canalul auditiv, ceea ce se observă la bolnavul nostru. Mucósa larynxului, a cavității bucale, în sfârșit diferite mucóse pot fi atinse, producând diferite desordine. Din 159 cazuri observate de Wolf o pătrime a pierdut vederea.

La Viena am observat un cas, la clinica lui Kaposi, cu alterațiuni profunde ale globilor oculari și cu perforația timpanului; în ficat se observă bacilii între lobulii acestui organ, între celule și în celule, în splină în celulele limfoide; asemenea se observă în tubii urinari, seminali ai testiculului etc.: și la bolnavul nostru vedeți că are și o îndurație, a ambilor testiculi. Până astăzi numai în oșe, epiteliu, mușchi și creier nu s'a găsit bacilul leproș. Eu am găsit într'un cas în corpul celulelor epiteliale ale mucósei limbei.

Din toate aceste reese că bacilul patogen al leprei nu este așa de primejdios, căci alt-fel atâtea organe atinse ar da naștere la fenomene grave mai repede.

Beaven Rake (1) în timp de cinci ani a făcut 78 de necropsii de leproși, între cari a găsit în 23 de cazuri alterațiuni nephritice. Inșă examenul microscopic a 49 de ri-

(1) The british Journal of. Dermathol. Mai 1889.

nichi leproși nu i-a arătat bacilii de cât în 2 casuri de lepră mixtă.

Boinet și Borrel (1) au constatat existența celulelor gigantice în lepromie, însă acestea nu conțineau tot-d'a-una bacilii.

Intr'o altă lucrare Beaven Rake (2) după o statistică ce a întocmit dice că în 30% de leproși se întâlnesc leziuni viscerale care țin de baciliul lui Hansen. Aceste manifestări viscerale încep ca în tuberculosă: lepromie mici cum avem tuberculele miliare, lepromie mari, cum avem tuberculomele mari, etc.

Acest autor a constatat, ceea ce am avut ocaziunea a constata și eu într'un cas, că localizarea în viscere a lepromelor coincide, cu dispariția de pe pele a acestor neoplasii.

În cazul meu întrebuințasem metoda de tratament prin ichthyol și resorcină recomandată de Unna, vedeam că lepromele cutanate dispăreau, credem că acest din urmă autor avea dreptate, că lepra s'ar pute vindeca. Mai în urma bolnavul prezenta simptomele unei enterite, și unei peritonite, el sucombă și constatarăm un mare număr de lepromie pe serosa peritoneală, pe intestine și în ganglionii mesenterici.

Ca să terminăm cu topografia bacilului lepros vom dice că lepra care era foarte răspândită în vechime și făcea spaima lumii, a început să mai scadă de când s'au luat măsuri severe de izolare a bolnavilor, ceea ce a început deja din evul mediu.

Astăzi de și se mai observă lepra în mai multe țări, totuși numai în unele regiuni ale Spaniei, ale Indochinei, Greciei, în Norvegia și insulele Hawaii, sunt relativ casuri mai numeroase.

După Touton infecțiunea prin baciliul leproși se face astfel: baciliul veniți pe pele, sau pe părțile denudate ale ei, pătrund în căile limfatice, ajung în protoplasma celulelor, unde înmulțindu-se ese din celule și se duc

---

(1) Comptes rendus de la Société de Biologie de Paris, Janvier, 1890.

(2) Annales de Dermatolog. et syphil. 1890. pages 345.

în diferitele țesături, urmărind limfaticele; apoi pătrund în vasele sanguine, glandele sudoripare etc. și după perioada de observațiune se vor găsi bacilii în celule sau afară din celule.

La bolnavii leproși se observă une-ori temperatura ridicată, 38-39°, febră, mai cu seamă atunci când trebuie să apară infiltrații, sau nodosități noi și Baelz a observat o ridicare de temperatură cu 3 grade mai mult. Se pot observa cicatrice, rezultatul ulcerățiunilor leprose vindecate.

S-au observat multe cazuri grave, mai cu seamă la Drontheim, s-au vădit bolnavi cărora le cădeau degetele de la picioare, mâni, etc.; adică amputații spontanee, datorite leprei; la noi, precum și în alte țări nu s-au putut observa de cât foarte rar asemenea stări grave ale bôlei, adică amputații spontanee, cari cum seim se văd în forma anesthescă.

Terminând cu partea principală a leprei, patogenia, și simptomatologia să vedem acum cum putem cunoaște că avem aface c'o lepră; să discutăm *diagnosticul* și apoi *tratatamentul*, atât de important în căutarea bolnavilor.

Lepra, prin modul evoluțiunei sale, prin manifestațiunile ce le prezintă în diferitele perioade, face că ea poate fi confundată cu alte bôle. Petele roșii strălucitoare începând ca gămălia de ac, sau bobul de meiu, cari se văd la început pot fi luate după cum v'am dis drept o roseolă sifilitică, însă colorea este cu totul deosebită; și dacă începăm acele pete sau nodosități bolnavul nu va simți: cu toate acestea putem fi induși în eróre când avem aface cu o femeie isterică atinsă de roseolă, și care poate presenta zone analgesice chiar anestesice. De multe ori prodromele leprei (în câte-va luni de zile, apoi apar petele roșii negricioase strălucitoare, cari din ce în ce se întind în diametru. Aceste pete prezintă, după cum v'am spus, infiltrații sub ele, și pe când se vindecă în centru, se largesc la periferie. Căderea și alterația părului, petele mari pigmentate, nu ne va face să ne gândim la v'ro dermatoză ușure a pelei, căci lesiunile leprei sunt caracteristice.

Quinquaud dice că plăcile anesthesice leprose sunt de obi-



ceiū limitate, nu sunt mari și când se găsesc suprafețe mari de pete anesthesice, ele nu ar ține de lepră. Însă în opera lui Leloir (1) se văd deseneuri de pete foarte mari anesthesice. Însă Quinquaud a demonstrat existența bacililor leproși în aceste pete, lucru foarte important pentru diagnostic.

În privința diagnosticului să vă spun câte-va cuvinte dintr'o lucrare mai nouă a lui Morrow (2). Acest autor ține că în forma tuberculoasă turburările de sensibilitate se observă în ultima perioadă și numai în prejurul neoplasiilor. Eu am constatat într'un caz coincidența anestesiei chiar de la începutul ivirei lepromelor, ceea ce mi-a înlesnit diagnosticul, alt-fel erupția sémănă cu o syphilidă papuloasă. Examenul microscopic făcut ulterior mi-a arătat bacilul lepros.

Trebue să știți pentru diagnostic că lepromele de obicei cresc pe suprafața micelor pete ce se văd la începutul bôlei, de și se pot desvolta pe locuri cu totul încă neatinsse.

Asemenea știți că plăcile anesthesice într'o perioadă mai înaintată proemină puțin pe piele și au un aspect scuamos; insensibilitatea lor și constatarea bacilelor nu ne vor depărta de adevărata diagnostică.

Lepra anesthetică devine însă uneori destul de dificil de cunoscut.

Pitres (profesor la Bordeaux) a comunicat mai țilele trecute academiei de medicină din Paris, un caz de lepră nervoasă care simula syringomyelia. În sânge, în secretul vesicătorilor (procedeū indicat de distinsul nostru coleg, prof. Kalenderu) nu s'au găsit bacili. Excisând însă un mic fragment de nerv de la antebraț, nervul nu era tumefiat, s'a constatat că el conține bacilul lui Hansen, ceea-ce a putut stabili diagnosticul. Deci în așa casuri ca și în altele putem ajunge la un diagnostic sigur, grație examenului microscopic care nu trebue neglijat.

(1) Traité pratique et théorique de la lèpre. Paris, 1886 (veți tabela II și III.)

(2) In journal of. cutan. and. genito. urin. diseases January 1890 No. 1.

Leloir dice că une-ori un erythem nodos s'a luat drept lepră; tot prin cercetarea bacilului ne vom lumina.

Ca să vă convingeți de dificultatea diagnosei în forma anesthescă a leprei se vă amintesc cele ce cunoșteți deja și să vedem cum se prezintă lepra maculosă. De obicei, în unele cazuri, se observă răspândite pe unele regiuni ale membrilor un număr mai mult sau mai puțin considerabil de bule de diferite dimensiuni, care de o dată te fac a te gândi la un pemfigus. Acestea dispar și reapar cum se întâmplă și în pemfigus, dacă însă cu bulele avem ceea ce există une-ori, plăcile anesthesice de culore cafelei cu lapte, castanie, atunci ne putem gândi îndată la lepră.

Când lepra este localizată în nervi, ceea ce cunoștem deja, se înțelege cât este de greu de stabilit un bun diagnostic. Într'adevăr fie nervul încărcat cu mese de bacil, fie el atins de un alt proces morbid, tot semnele unei nevrite periferice se vor manifesta. Când, ceea ce se întâmplă mai des, nervii cubitali sunt atinși, vom avea atrofii musculare, interesând mai întâiu regiunile thenare și hypothenare, cum se întâmplă și în atrophia musculară tip Aran-Duchenne. Și aici, după cum a constatat Pitres, cercetarea bacilelor în nervi ne va servi în mod absolut să stabilim diagnosa de lepră și nu de o atrophie musculară progresivă.

Trebuie însă să știți că cu timpul când bacilii sunt localizați în nervii superficiali (cubital mai des) et înmulțindu-se considerabil îngroșă nervii cari se simt ca cord netarț, dureros. În fine, în general, vom avea petele leprose pe regiunile unde nervii sunt ast-fel atinși, ceea-ce înlesnesc diagnosa și aceluia ce nu se servă de microscop. Se va evita a se lua petele leprose anesthesice, drept pete de vitiligo sau de morphée. Mai întâiu anesthesia este un caracter al leprei, pe urmă în vitiligo plăcile sunt de un alb mat neregulate și înconjurate de o zonă pigmentată violacee.

Nu se vor lua ulceratiile plantare din forma anesthescă a leprei drept reul perforant plantar simplu, fiind că cu ulceratiile leprose vom avea diformarea degetelor și vom găsi plăci pigmentate pe gambă.

Diagnosticul formei tuberculose este, după cum ați vădit mai lesne de stabilit. pentru a termina cu acesta, să rețineți: *lepromele* se pot distinge de *tuberculome*, de *lupome* și de *syphilome* prin aceea că chiar de la început ele sunt insensibile la înțepături și această anesthesie există și împrejurul lepromelor. Tuberculele sau papule syphilitice se ivesc mai multe de o dată; în lepră sunt mai puține. În lepră pelea este infiltrată la distanțe mari de sediul lepromelor. ast-fel une-ori vedem pe obrasi, trei patru leprome, cu infiltrația aprópe a totalității peleí, ceea ce lipsește cu totul în syphilis.

Apoi să nu uitați sediul de preferință al lepromelor, locurile descoperite: fața, fruntea, urechile, regiunea pumnelor și tibiotarsienă la cei ce umblă fără cisme.

Când leziunile leprose ocupă limba, mucósa cavității bucale, putem evita confuzia cu syphilis prin examenul microscopic al exudatului luat de pe limbă, etc.

În *lupome* avem, după cum șcim, foliculit lupoși, în așa casuri trebuie iarăși să secționăm o așa neoplasmie. s'o examinăm făcând preparate, la microscop. În leprome vom găsi numeroși bacili; în lupome rar unul sau doi bacili tuberculoși.

Leloir insistă asupra aspectului limbii în forma tuberosă a leprei, care sémănă cu cea sifilitică; așa limba e lobulată, divizată, smeurată, în așa cas ne vom lumina însă tot cu esamenul microscopic. Cu timpul, colorațiunea se schimbă devenind albăstrue, bronzată.

Un lepros ca al nostru ajuns în stare de slăbiciu ne considerabilă, cu mușchii atrofiați, care, cum vedeți, abia se poate ține în picioare, tot mai presintă plăci pigmentate anestezice și tubercule leprose ca să putem diagnostica; și deformația degetelor de la mână, cari țin de prezența leziunii leprose în tecile sinoviale nu ne autorisă să ne departăm de acest diagnostic când microscopul ne va arăta, precum vedeți, bacilii leproși.

Putem dice că avem a face cu lepra anestezică, tuberculosă și mixtă când suntem în fața unor așa manifestări.

Cele mai de multe ori începutul este cu plăci anestetice și fiinitul cu tubercule și plăci.

Să vedem acum ce devin acești bolnavi.

Dacă observați pacientul nostru, vedeți că el este în ultima perioadă a bolii, mai toate organele sunt atinse, și nu putem formula de cât un prognostic grav.

S'a ȳis de Oldekopp, că erysipelul ar modifica în bine lepra, însă nimie nu probază această opinie. V'am menționat cum Wolf a observat la Drontheim forme mixte grave, și dr. Sand acuză oscilațiile de temperatură ca cauză a gravității în acea localitate.

Negreșit că bolnavii atinși de forma anesthetică, locuind țeri frigurose, sau la noi în timpul ernoii, nu vor simți frigul, și se vor expune la degerături la mâni, picioare etc.

Nu uitați acest lucru în punerea prognosei. Veți observa că unele tubercule leprose dispar și ați crede că bolnavul merge bine, însă curând temperatura se urcă, și alte tubercule apar alături puțin de cele dispărute. S'ar pute ȳice că după ce bacilii au sleit sucurile nutritive într'un loc plăcă în alt loc unde găsese un mediu mai favorabil spre a se desvolta.

Asemenea trebuie reținut că lepra nervoasă anesthetică este mai gravă, căci aci vin diferite p paralisi musculare, alterații osose etc.

După Lang, mórtea nu vine de cât în urma complicațiilor viscerale, pulmonare mai cu osebite. Necropsiile au demonstrat acest lucru.

Părerea tuturor autorilor cari s'au ocupat de lepra este că această afecțiune în majoritatea cazurilor este incurabilă și terminațiunea sa este fatală.

Mersul ei este fórle lent; póte dura de la 8—18 ani, când isbucnesce o adevărată ftisie leproasă.

Se înțelege că prognosticul va li mai grav când vom avé aface cu o complicațiune provenită în timpul bolii, complicațiune, ori cât de ușoră ar fi.

Astăzi sunt convins că lepra tratată chiar într'un mod sistematic nu póte li vindecată, de și sunt chiar casuri în

sciință, unde se dice că lepra a fost vindecată. La Paris am avut ocaziunea a vedé 2 casurî de lepră *leonienă* fórte mult modificată prin întrebuițarea ol. de chaulmogra și băile electrice; acest oleū se întrebuițéză topindu-se, și turnându-se 5 picături pe o fóie de hostie care se înghite. In general se începe cu 10 picături pe ȓi, mărindu-se doza la lie-care 7 ȓile, și se póte ajunge ast-fel până la 150 picături pe ȓi.

Acidul gynocardic este asemenea mult recomandat de Vidal.

De curând Unna a publicat o observațiune de vindecare a leprei prin întrebuițarea ichthyolului, resorcinei, chrysarobinei și acidul pyrogalic póte asemenea li întrebuițat cu óre-care succes.

Ichthyolul a fost întrebuițat de către Unna în dosă de 30—40 centig., chiar până ln 1 gr. pe ȓi și urmat mult timp după vindecare. Unna crede cum am ȓis că a vindeca lepra. Acest autor întrebuițéză ichthyolul și extern, dar pentru că e prea scump se înlocuesce prin resorcină 10 °<sub>o</sub> în vaselină, lanolină sau oleū, sau sub formă de plasure, mai cu sémă pentru față.

Acidul pyrogalic în dosa de 5°<sub>o</sub> asemenea se póte întrebuița. însă la obraz sciif inconvenientele ce le are, căci înegresce pelea. Subl. corosiv în unguent precum și chrysarobina au fost întrebuițate de mulți autori; însă chrysarobina e întrebuițată în regiunile unde bolnavul nu ajunge cu mâna. căci alt-fel ar pune mâinile pe la ochi, și ar resulta conjunctivita chrysofanică. S'a recomandat asemenea de unii autori eucalyptolul întrebuițându-se ca medicament intern.

Eū. d-lor, am întrebuițat tratamentul lui Unna. E voiū mai întrebuița. fiind că acest autor dice că a vindecat leproși; este de recomandat asemenea și lucrul se înțelege, de a se fortifica bolnavii slăbiți, însă nu putem spera în nici o reușită când bolnavii sunt reduși în starea pacientului nostru.

Se înțelege că bolnavii vor lua băi de puțină des. spre

a-și curăți pelea și a o pune în mai bune condițiuni de absorbițiune a resorcinei.

Baelz ar fi obținut ameliorări prin întrebuințarea la interior a uleiului de Gynocardia, și în pomești pe din afară.

Acest ulei s'a dat în pilule până la 3 grame pe zi.

Uleiul d'Eucalyptus, dat 4 grame pe zi, în capsule, ar fi dat iar bune rezultate.

Unna, spre a scăde alcalinitatea sângelui, mai cu osebire când se dă pomești cu acid pyrogalic, recomandă limonade cu acid clorhydric.

Asemenea pe infiltratele anestetice mari, ale leprei Unna recomandă aplicări de plasture cu acid salicylic, mercurial și cu acid fenic; toți agenți antiparasitari, precum vedeți. Inșă după mine vè recomand să dați ichthyolul la interior și resorcina 10 sau 20<sup>o</sup>, în pomești pe părțile leprose. Colegul nostru dr. Kalindero este satisfăcut de întrebuințarea petrolului brut.

Brocq inșă dice că uleiul de chaulmoogra este acela ce dă mai bune rezultate.

În forma nervoasă a leprei une-orî bolnavii sunt turmentați prin dureri nevralgice violente. În așa casuri s'a făcut lungirea nervului isciatic, când leziunile ocupaū piciorole și s'a obținut alinarea repede a durerilor pentru cât-va timp.

Mitra (1) din 45 de casuri tratate ast-fel găsește 14 ameliorări sigure: 8 mai ușore și 23 nule.

Asemenea s'a propus atingerea lepromelor cu termocauterul; am întrebuințat acest procedeu, inșă el nu pôte fi adoptat pentru multe inconveniente.

Sciți că acum în urmă s'a întrebuințat limfa lui Koch și în entusiasmul unor confrăți s'a dis că s'aū obținut rezultate satisfăcătore, în urmă s'a vedut că oraū ilusi.

Admitënd, după cum am stabilit, că lepra mai ales în forma tuberculosă, ulcerosă, este contagiösă, izolarea pacienților se impune.

(1) The treatment of leprosy as observed in Kashmir by nerve-stretching, in the American Journal of the medical sciences, July, 1891 p 19.

## A D Ă U G Ă R I

Cred util a adăuga aici două observațiuni luate din serviciul meu de la spitalul Colentina. Din cauză că bolnavele ce fac subiectul acestor observațiuni nu erau în stare a li expuse în sala unde făceam lecțiunile mele clinice, găsesc nimerit a le arăta aici mersul bólei lor. Tot o dată arăt și planșele colorate provenite din secțiuni de pele luate de la aceste bolnave. Aceste observațiuni sunt una de «purpura hemorhagică cu gangrena vélului palatin» și alta de «Dermatita exfoliativă generalisată sub acută.» Ambele sunt, după cum se vede, casurî fórte rare și importante.

### PURPURA HEMORHAGICA SI GANGRENA VELULUI PALATIN.

(cu o planșă colorată)

Observație culésă de *Segalla*, internul serviciul

Lénea Dumitru, de anî 55, vėduvă, de națiune Româncă, de profesiune muncitóre, din Bucuresci, întră în cura acestui serviciu la 13 Noembre 1887.

*Anamnesa.* Pacienta ne spune că a fost complet sănătósă până la vârsta de 20 de anî, când se mărită. Ca antecedente hereditare ne spune că părinții sėi sunt morți fără a ne puté precisa cauza morții. Are o soră care este sănătósă. Pacienta trăi cu soțul sėu 20 anî în care interval născu 10 copii. Din acești copii 2 au fost gemeni și ambii s'au născut cu lube în cap carî au ținut un an întreg până ce s'au vindecat. Acești gemeni însă precum și cei lalți copii au murit la diferite etăți de diferite bóle.

Pacienta a fost menstruată la vârsta de 15 anî. Menstruele îi veniau regulat până acum 10 anî, de când ne spune că i-au încetat cu totul. La vârsta de 40 anî ne spune că

a suferit de lingore în urma căreia îi aŭ căduť pėrul și îneluni chiar; făcându-se însă bine după 6 săptămâni. Nici odată nu a avut erupțiune ca acosta, nici vre-o altă bolă de pele, nici sifilisul. Ne spune că nu e nici alcoolică. Acum 14 săptămâni ne spune că se sculă într'o diminėtă cu ochii înroșiți, umflați, ne spune că nu vedea. A fost dusă la consultațiile gratuite dela Colțea de 2 ori, unde i saŭ instilat nisee colyr galben așa că după 4 zile se vindecă de ochii. După vre-o 5 zile observă că de la genunchi în sus încep a-i eși nisee pete de caracterul celor presente. În intervalul acesta petele nu persistău continuu în locul unde aŭ eșit întâi ci dispăreaŭ într'un loc și apareau într'altul.

După vre-o 7 zile de la aparițiunea primelor pete ne spune că se pomeni cu durere în gât credea că îi e umflat omușorul. Avea călduri, frig, din care causă chemă pe medicul comunal.

Acesta îi dete o gargară, fără însă a simți vre-o ameliorațiune din acosta. Incepu a simți și jenă în diglutițiune care jenă a mers progresând până în prezent, de și căldura și frigul încetară ore-cum. Aparițiunea petelor și disparițiunea lor au continuat până în prezent. Ne mai spune că acum 6 săptămâni a luat și *argint viu* vre-o 3 pachete micē. Din punctul de vedere al profesiunei pacienta se ocupa de mult, încă de la mórtea soțului său cu cusutul cămășilor cari în mare parte erau de pânză colorată.

Condițiunea de alimentațiune era prósta așa că de multe ori *treceaŭ săptămâni fără a se nutri cu carne.*

*Starea presentă.* Pacienta de constituție cam slabă, figura sa exprimă suferința, din cavitatea bucală exhală o odóre fetidă, gangrenosă. Spunnėdu-i a scóte limba ea esecută cu dificultate acostă mișcare, o-dată făcută acostă mișcare e imposibil cu-va a se menține aprópe din cauza odórei de gangrenă. Limba este acoperită cu un strat gălbenuș, gros de căți-va milimetri, macerat, de colóre cenușie murdară. Limba este mărită de volum. Inspectând fundul cavității bucale *găsim o destructiune aprópe complectă a luctei și a*



unei părți a *vélului palatin* cu pilierii anteriori și posteriori din stânga, mai cu sémă, acoperit fiind totul de un detritus gangrenos, cenușiú murdar, atárnând chiar părți sfacelate. Tóte mișcările limbéi îi sunt dificile, ne spune că simte limba greóe.

Prin inspecțiunea figurei găsim tunefacțiunea pleopelor inferióre, ceea ce face deschiderea ochilor dificilă. Conjunctivele palpebrale și oculare injectate. De asemenea restul figurei este ușor tumefiat.

Prin examenul organelor nimic anormal. Pulsul frecuent febril. Urina nu conține albumină.

Incepând cu inspecțiunea corpului găsim de-asupra epoletului stâng o pată în formă de S de colóre hemoragică, négră, care prin presiune nu dispore, prin contact între degete simțim acéstă parte mai infiltrată ca restul pelei sănătóse. Pata acésta are o lungime de 8 ctm. Mai în jos găsim de desuptul ambilor omoplați pete și mai mari. Una în stânga în mărime de 10 ctm. p., alta în drépta având 15 ctm. p. Cea din stânga de formă neregulată, cea din drépta are forma mai regulată, seménând cu conturul unui rinichiú. Colórea négră hemoragică e mai intensă pe pata stângă, *infiltrațiunea e așa de manifestă în cât prin contact acéstă parte este de o duritate pronunțată*. Pe suprafața acestor pete găsim dispuse în mod neregulat alte 2 micé rotunde contrastând prin culórea lor cam cenușie de restul suprafeței care este negru hemoragic. Mai jos găsim pe ambele fesse mai cu sémă pe fessa dréptă aceleași pete de diterite forme și mărimé începând de la mărimea unei piese de 1 leú până la a uncia de 5 leí. Colórea lor nu e așa de negru intens ca a plăcilor menționate, ei bate mai mult în roșu închis. Petele însă din aceste regiuni tind a se uni unele cu altele. Pe cópsa stângă in partea supero-externă găsim iar o pată de 6 ctm. p. cu mărincle ușor roșil, restul suprafeței este negru hemoragic. Pe acéstă suprafață găsim iar o mică pată cenușie sferică diferind ast-fel în colóre de restul suprafeței pe care stă. Pe restul cópselor și gambelor găsim disemnate pete mai micé, unele roșil purpuriú, altele mai închise, unele sferice, rotunde,

altele neregulate etc. Unele de aceste dispar prin presiune pentru a reapărea apoi.

La partea anterioară a trunchiului în dreptul sternului găsim o asemenea pată negară hemorhagică, mai mică. Pe brațe găsim pete mai mici ca o piesă de 50 bani, unele roșii altele cenușii, unele infiltrate, dure, așa că prin palpație se simt ca niște nodosități. Pe antebrațe sunt mai mari și găsim pete chiar pe partea dorsală a mânilor. De la terțul inferior al gambelor în jos nu găsim nimic.

*14 Noembrie.* Se administră pacientei I-iu infus. de teiū 500 gr., acid salicylic 3 grame ca limonadă. II-lea Aqua menthae, aqua melissae aā 75 gr., tinctura catehu, tinctura ratania aā 10 gr. sirupi citri. 30 gr. a lua alternativ în timp de 24 de ore.

*15 Noembrie.* Examinând pacienta, constatăm o ameliorare la față prin disparițiunea edemului pleopelor. Pe suprafața figurei însă observăm aparițiunea unor pete de colóre roșie purpuriu, ocupând ambele pomete și bărbia. Pe brațe vedem asemenea ici coala câte o pată de aceeași colóre.

Pe abdomen găsim asemenea mai multe pete dispuse împrejurul ombilicului, de un roșiu purpuriu, unele semănând cu petele lenticulare. Se continuă același tratament, și se dă gargară boricată, precum și o alimentațiune tonică.

*16 Noembrie.* Constatăm că petele de pe figură s'au înmulțit asemenea și cele de pe abdomen. Pe cõpse vedem că infiltrațiunea dispare cu repeđiciune neremânând în loc de cât curate pete cenușii și-a căror colóre pălesce din ce în ce. Petele de pe spate, sternum. sunt staționare.

Din una din aceste pete situate de desuptul omoplatului drept s'a excizat un fragment de pele pentru examenul microscopic. Prin inciziunea tegumentelor din această parte nu s'a scurs nici o gută de sânge, s'a putut constata că infiltrațiunea această de sânge negru coagulat merge în profunđime. Gangrena din cavitatea bucală e staționară. Se schimbă tratamentul. Se dă: Tanin, ergotină aā 1 gr. extr. gent. qu. s. în 10 pilul. spělături în cavitatea bucală cu infusie de teiū 2 kilo acid

salicylic 24 gr; și o poțiune diuretică: inf. uva ursi 500 gr. oxymel scill. 30 gr. nitr. potas. 4 gr.

17 Noembre. Resorbțiunea petelor de pe gambe, cōpse, continuă; pe figură, ele sunt roșu purpuriu. Pe abdomen sunt înmulțite, așa că abdomenul apare punctuat cu nise lenticule roșii vișinii. Pe spate observăm asemenea că culoarea unora din plăci începe a se schimba, la periferie pare că a început resorbțiunea, căci aci găsim o culoare cenușie în loc de negru echimotic. Exhalatiunea gangrenosă din cavitatea bucală persistă, unele din părțile sfacelate ce atârnau chiar până în faringe s'au eliminat.

Pacienta însă ca stare generală e slabă, articulațiunea cuvintelor este grea, vocea nasonantă. Se administrează tanin, ergotină a 1 gr. extr. gent. qu. s. în 10 pilul. — Naphtol 2 gr., apa distil. 500 gr. — Limonadă tartrică 500 gr., spălături cu infus. de tei 2 kilo acid salicylic 24 gr. în cavitatea bucală.

18 Noembre. Petele de pe figură încep a dispărea, culoarea lor pălesce. Pe spate resorbțiunea continuă în petele cele mari de desuptul ambilor omoplate. Resorbțiunea se face de la periferie spre centru, așa că aceste pete se prezintă la periferie cu o areolă cenușie de mai mulți centimetri, ce contrastă cu culoarea neagră hemorhagică ce persistă la centru. Aceiași modificare găsim și pe cōpsa stângă. În aceste pete pe cale de resorbțiune și infiltrațiunea e mai mică, așa că prin presiune nu le mai simțim așa dure. Prin presiune pe aceste pete roșata dispărea, dar reapare îndată.

Erupțiunea pe abdomen se menține. Pata de pe sternum diminuată. Se administrează 1<sup>o</sup> Dec. (de quinquina 500 gr. T-ra cinamomi 30 gr. Syr. ether 50 gr. — II, Inf. tei 2 kilo acid salicylic 24 gr; și III, perclorure de fer 40 picături pe zi.

19 Noembre. Aceiași stare. Însă starea de slăbiciune și prostrațiune a pacientei progresază. Se mai adaoga pe lângă cele din ziua de 18 și naphtol 2 gr. la 500 gr. și sulf. chinin 1 gr. în 1 pachet.

20 Noembre. Nu găsim nici o modificare a gangrenet din

cavitatea bucală. Limba care era acoperită cu un strat cenușiu murdar, o găsim acoperită cu un strat negru ca și cum s'ar fi întins gangrena și în aceste părți. Pe restul mucósei bucale nimic nou.

Restul erupțiunii se menține stato-quo. Continuă cu același tratament și se fac injecțiuni cu ether.

21 *Noembre*. Resorbțiunea petelor progresază pretutindeni, apărând însă altele noi care însă nu au mărimea, nici coloroa a celor de la început. Ivirea de noi pete hemorhagice nu se observă numai în locurile rămase libere până acum ci chiar pe petele cele vechi care sunt deja pe cale de resorbțiune; ast-fel că unele din aceste, a-nume, în dreptul omoplatului drept se presintă cu 3 zone de colóre diferită, la periferie o zonă cenușie, mai înăuntru o zonă de noua hemorhagie de colóre roșiu vișiniu, și în centru o altă de o colóre negru echimotic, în dreptul căreia epidermul apare macerat și sângerând. Continuă același tratament adăugându-se vaselină 40 gr., acid citric 2 gr., ca ung. pe petele hemorhagice.

22 *Noembre*. Nimic nou afară de resorbțiunea petelor de pe spate, cóspsa stângă, și sternum, care e aproape terminată. Același stare generală de adynamie. Continuă același tratament.

23 *Noembre*. Petele de pe spate aproape dispărute. Pe abdomen tot persistă. Pe cóspe, gambe, nu găsim pete noi. Pacienta însă este într'o stare de slăbiciune crescândă, vocea nasonantă, deglutiția jenată. Sfacelul din cavitatea bucală crescând. S'a excisat chiar cu un fórfece părțile din lueta sfacelată spre a nu căde în pharynge. Același tratament.

24 *Noembre*. Petele în mare parte modificate, așa că ele apar unele cenușii, tinzând a se apropia de culórea pelei normale. Ici colea câte o mică pată noua. Pe abdomen petele persistă. — Starea de slăbiciune și de adynamie e crescândă. Pacienta cade în syncopă în timpul ȕilei, este redeșteptată prin injecțiune de ether. — Urina n'are albumină. Continuă, același tratament, adăogându-se cauterisațiunii în gât cu o soluțiune din : Glycerină 100 gr. hypermanganat de potasă 0,50.

Prin spălăturile ce se fac pacientei în cavitatea bucală se scot părți de țesut sfăclat.

25 *Noembre*. Nici o modificare nouă a erupțiunei. Starea de adynamie crescândă. Syncopă în timpul zilei. Se fac 2 injecțiuni cu câte 1 gr. de ether sulf. Pacienta revine. Continuă cu același tratament.

26 *Noembre*. Erupțiunea nu e modificată, adynamia, slăbiciunea cresc. Pacienta nu mai ica nici o alimentațiune, deglutițiunea dificilă. Vocea aprópe stinsă, se continuă cu același tratament.

27 *Noembre*. Găsim pacienta în stare de slăbiciune extremă, pulsul mic, cu toate stimulantele întrebuințate pacienta sucombă. Mersul temperaturiei în cursul hólei a fost, după cum se vede, în acest tabloă :

D I L E L E		TEMPERATURA	
NOEMBRE	ȚILELE	DIM.	SÉRA
»	13	—	39°
»	14	38 <sup>3</sup>	38 <sup>7</sup>
»	15	38 <sup>5</sup>	38 <sup>9</sup>
»	16	38 <sup>5</sup>	39 <sup>2</sup>
»	17	38 <sup>3</sup>	39 <sup>2</sup>
»	18	38°	39 <sup>3</sup>
»	19	39 <sup>2</sup>	39 <sup>1</sup>
»	20	38 <sup>3</sup>	39 <sup>2</sup>
»	21	39 <sup>1</sup>	39 <sup>2</sup>
»	22	38 <sup>3</sup>	38 <sup>9</sup>
»	23	38 <sup>3</sup>	39 <sup>3</sup>
»	24	39°	39°
»	25	38 <sup>7</sup>	39°
»	26	38°	39°
»	27	38 <sup>3</sup>	

*Necropsie*. Cavitatea toracică. Pulmonul stâng congestionat la partea posterioară. Pulmonul drept, puțin emfisematos asemenea congestionat la partea posterioară. La partea mij-

locie a lobului mediu se află o hepatisațiune precum și pe mai multe părți ale lobului inferior plăci hemoragice. Pe trachea se constată un mare număr de puncte granulose de mărimea unui ac de grămălic. Ganglionii posteriori ai tracheei negri, măriți de volum și de o consistență môle la interior.

Cordul, prezintă vavula mitrală puțin îngroșată și câte-va plăci atheromatose. Pe aortă plăci atheromatose.

Ficatul prezintă un aspect granulos, cu unele puncte galbene. Vesicula biliară foarte distinsă ca un ou de găscă, plină cu o bilă de culoare galbenie. Fața internă are un aspect vilos.

Stomacul prezintă vasele foarte injectate. Vasele coronare pline cu sânge.

Splina de volum normal consistență normală, prezintă o culoare cafenie închisă.

Rinichiul stâng de volum normal se constată o injecțiune în substanța corticală și la interior. Piramidele sunt injectate.

Rinichiul drept. Se scurge la secțiune mult sânge din substanța corticală. Piramidele lui Malpighi manifeste prin injecțiune.

Mucosa intestinală injectată și contractată. În ileon o placă de culoare cărămidie.

*Precum se vede, acest caz este foarte important, fiind dat raritatea casurilor publicate până acum de purpura hemoragică infectioasă. Examenul microscopic al diferitelor sucuri și țesături au arătat un mare număr de streptococi.*

*Planșa colorată ce se vede aici arată că vasele din pele erau foarte dilatate și congestionate.*

---

## DERMATITA EXFOLIATIVA GENERALISATA SUBACUTA

### VINDECARE

Observație culsă din serviciul d-lui Profesor Dr. *Petrini Galoși*, Spitalul Colentina, de *Nicolaș*, intern al serviciului.

*Anamnesa:* Pacienta Rosa Radu, de auî 21, de națiune ungară, de profesiune servitoare, intră în serviciu în ziua de 9 Noembrie 1887, trimisă fiind în căutarea spitalului, ca atinsă de *scarlatină*.

Ca antecedente hereditare după cercetările cari le am făcut n'am găsit nimic care ar putea ave vre-o legătură cu bôlă, de care este atinsă pacienta noastră. Părinții săi trăesc, sunt sănătoși, are un frate și o soră, nici unul însă n'a avut vre-o bôlă de pele.

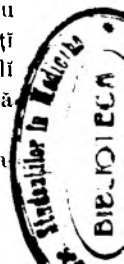
Ca antecedente personale: a suferit de friguri intermitente în copilărie; acum 5 ani (1882-83) a suferit de *Vario'a confluentă* (adevărându-se prin cicatricele vizibile pe ligura); după două ani (1885) pe tómnă a fost atinsă de *febră typhoidă*. Tratându-se în spit. Brâncovenese în timp de șese săptămâni, și când era să fie congediată a capetat pojar (rugeolă). După spusa bolnavei avea dureri în gât, guturaiu, tusă și tótă suprafața corpului era acoperită de micî butoanele roșii fórte conflente, cari în urmă s'aũ descuamat ca tărățele. Acéstă nouă bôlă a durat 12 zile după care timp fu complet vindecată; când voi să iasă din nou din spital adecă a doua óră, atunei s'a pomenit că partea stângă a feței și partea anterióră a toracelui devin sediul unei roșețe intensă, smcurii. Pelea era ușor tumefiată, având mîncărime, și după 3—4 zile a dispărut complet roșăța fără să fie urmată de vre-o descuamație. Din anul 1885 și până acum ne afirmă că n'a suferit de nici o bôlă, precum sifilis etc. nici n'a luat vre-o substanță medicamentósă saũ să fi mâncat ceva, precum raci, scoici etc. ea s'a bucurat în tot-d'a-una de cea mai perfectă sănătate.

În ziua de 7 Noembrie 1887, pe la ora 1 $\frac{1}{2}$  noaptea s'a pomenit cu o durere de cap și amețelă, fiind cuprinsă de un fior care a durat ca un sfert de oră, după care a urmat o căldură foarte mare. În acelaș timp pelea pe totă suprafața corpului deveni sediul unei senzațiuni dureroase de înțepătură, însoțită fiind și de o mâncărime excesivă, așa că nu putea suferi nici cămașa. Acesta a durat până a doua zi de dimineață, când observă că pelea este de o roșată întinsă uniformă. În ziua de 9 Noembrie a consultat pe un medic care i spuse că este atinsă de scarlatină și o trimise imediat în spital.

*Starea prezentă.* Pacienta de constituție bună, musculatura bine dezvoltată prezintă pe figura și suprafața corpului cicatrice variolice. *Din partea tubului digestiv* apetitul, diminuat, limba acoperită cu un strat albicios, setea mărită grăă, constipație, ficatul, splina normale. Examinată în gât nu prezintă nimic anormal, *din partea aparatului respiratoriu* nimic de observat *Din partea apar. circulatoriu* bătăile cordului normale, nu se constată nici un șgomot, anormal, pulsul normal (72 puls. pe m.) temperatura axilară 37 $^{\circ}$  *Systemul nervos:* Cefalalgie frontală, sensibilitate de arsură pe totă suprafața pelci, agitație, insomnie. *Syst. genito-urinar.* Urina în cantitate normală nu conține nici albumină nici zahăr.

*Systemul cutanat,* face subiectul observației noastre. Aci constatăm următoarele: pelea de o colorație roșie-smeurică uniformă, exceptând fețele palmare și plantare, pelea ușor tumefiată, încercă peste tot corpul senzațiuni de înțepătură mai cuosebire în timpul nopții. Pacienta are mai întâi mâncărime ne suportabilă și nu se poate abține de a nu se scărpinga, apoi usturime și arsură. Prin presiune cu degetul pe un membru sau pe corp bolnava acasă mari înțepături; nu poate suporta nici învelitorea. Ganglionii cervicali ușor măriți de volum, cei axillari asemenea prinși, ganglionii inguinali tumefiați foarte mult, formând o pleiadă ganglionară sensibilă la pipăire.

La visita matinală d. dr. profesor Petri Galați esa





minéază pacienta și ne atrage atențiune că nu vom avé a face cu o febr éruptivă, ci cu o bôlá de pele; cu o dermatită.

Lăsând pacienta încă în observație ca bôla să-și facă evoluția, pentru care sfîrșit nu i s'a prescriș ca tratament de cât un purgativ salin și limonadă citrică 500 gr.

*11 Noembre.* Roșata pelei deveni mai intensă, pelea mai tumefiată, mâncărime și arsură locală persistă, paviliónele urechilor mai tumefiate cu deosebire pe helice.

Agitația și insomnia persistă, pulsul puțin frecuent (86 p. m.) pelea caldă uscată. Temp. axilară D. 37°. S. 38°. Temperatura locală pe cóspsă și antebraț 38, Continuă cu limonadă.

*12 Noembre.* Pelea pe partea dorsală a trunchiului devine roșia, violacee, tumefacția creșce, pelea infiltrată și grósă cu aspect granulos fin, prin pipăire ne dá senzațiunea unei suprafețe nisipóse. Observând cu lupa constatăm pe unele locuri prezența unei erupțiuni fórte confluentă și fină ca grăunțele de nisip. Erupțiune de micé vesicule pline cu un lichid alburiú. Acéstă erupțiune este însă mai manifestă pe paviliónele urechilor cari sunt îngroșate, unde vesiculele reunite în grupe micé, se pot vedé și cu ochiul liber. Pe alocurea micé cruste galbene, provenite din ruperea vesiculelor, cari dau scurgere unui licuid alb-gálbeniú fórte lipicios. Pe membrele superióre și în special pe fața posterióră a antebrațelor, și la membrele inferióre, pe fața anterióră a gambelor se observă ascemenea cu lupa o erupțiune confluentă de micé visicule pe cale de formație. Sensibilitatea de arsuré persistă precum și agitația și insomnia. Temp. ax. D. 38', S. 38', locală luatá la cóspsă și pe braț 38 Cont. cu limon. tartrică.

*13 Noembre.* Starca generală bună, apetitul a revenit, setea diminuată, scaunele regulate, roșata de pe fața anterióră a toracelui și a abdomenului diminuată, rămáind numai pe extremitáți tot așa intensă și visiculele destul de aparente pline ce lichid albicios. Pe paviliónele urechilor și mai cu deosebire pe helice, vesiculele s'aú vestejit dând loc la o descuamație furfuracee, care ocupă regiunea celei

și a feței dorsale a trunchiului, unde roșata a dispărut complet. Pe gambe și fața dorsală a picioarelor pelea tumefiată îngroșată, degetele asemenea și au o colorație roșie, violacee. Temperatura D. 37<sup>6</sup>, locală, la cõpsă 37<sup>3</sup>.

Sensibilitatea de arsură persistă numai în membrele inferioare. Ica în timpul zilei limonadă tartrică, se simte mai ușor. Sêra pe la ora 6<sup>1</sup>/<sub>2</sub> p. m. a fost apucată de un frig care a durat 3 cuarturi de oră, turtur foarte intens (îi clânțenaă dinții) însoțit de vërsături, durere în reg. epigastrică și o sensibilitate de arsură pe tõtă suprafața pelei, cea ce face ca pacienta să plângă de durere, așa că nu mai putu să supõrte rufe,le, chiar mișcările îi provocaă dureri și înțepături nesuferite.

Observând pelea în diferite regiuni se constată o roșată foarte intensă bătënd în violaceu, tegumentele tumefiate și îngroșate: temper. locală (la cõpsă și braț) 39<sup>3</sup>, cea axilară 39<sup>8</sup>. Pe suprafața pelei se observă o erupțiune confluentă de mici vesicule ca grăunțele de nisip, altele de mărimea unegămălii de ac pline cu un liquid alburiu, altele transparente. Pulsul mic, frecuent, filiform, abia se pôte aprecia (120 p. m.). Bătăile cordului foarte lente, i-se administră poțiune stimulentă: Aq. menthae, cinamomi, sir. Ether aă 50 gr. fiindcă avea și vërsături.

Pe la ora 10 sêra vërsăturile au încetat, cefalalgie frontală, agitațiune, insomnie persistau în exces, pe lângă această sensibilitate de arsură și usturime devenind exagerate i-se prescrie chloral-hidrat 2 grame, poțiune, gomõsă 40 gr. luat în douë rinduri la interval de o oră, după care bolnava se calmă și dormi bine nõptea.

*14 Noembrie.* Durerile au diminuat, bolnava are amețelă. Sensibilitate de arsură persistă, ochii congestionați, figura tumefiată, roșie și infiltrată, ganglionii cervicali și cei maxilari tumefiați enorm de volum, fac relief pe părțile laterale ale gâtului. Pe cefă și fața dorsală a trunchiului o altă erupțiune de mici vesicule ca gămălia de ac pline cu lichid sero-purulent galben și foarte lipicios, pe pavilõnele urechilor cruste mici de colorație galbenă. — Membrele superioare

și mai mult ante-brățele tumefiate, pelea îngroșată și infiltrată de colorație roșie-violaceă, uscată acoperită de vezicule confluențe, de coloră galbenă, trecute în stare de supurație. dând un aspect cenușiu pe un fund roșu.

Pe abdomen această erupție este și mai manifestă, veziculele mai mari, unele ca bobul de linte, formând o centură împrejurul corpului în dreptul ombilicului având o lățime ca de 6 c. m., cea ce se observă de la distanță având o coloră cenușie.

*Membrele inferioare.* Pe cõpse și gambe pelea asemenea roșă violacee, tumefiată și îngroșată, observând cu lupa se vîd vezicule și pe unele locuri se vîd și cu ochiul liber. Temp. ax. D. 38<sup>7</sup>. S. 39<sup>s</sup> Temp. locală 39. În cursul zilei pacienta are tendință la vîrsături, apetitul nul, setea vie, constipație, i se prescrie un purgativ: ol. ricini 30 gr. și chinină sulfurică 1 gr. în 2 pach. luate la oră un pachet începînd sîera la ora 5.

În cursul zilei continuă cu limonadă tartrică, noaptea a avut insomnie și agitație.

*15 Noembrie.* Figura tumefiată enorm. edem al pleopelor superioare și inferioare. Deschiderea pleopelor abea se face; globulii oculari congestionați. Buza superioară oedemațiată resfrîntă în afară, proemină asupra celei inferioare. Pe pelea feței se vîd asemenea numeroase vezicule de mărime unei gămălii de ac, pline cu licuid alburii, pe membrele superioare și mai cu sîmă pe antebrățe unele vezicule vestejite sbîrcite, și către marginea cubitală lățite și reunite mai mult pe jumătatea inferioară a antebrățelor, formând o flictenă scõsă în relief ca de un centimetru.

Pe ceafă, pe pavilionele urechilor descuamație furfuracee se continuă, roșata de pe totă suprafața corpului aprõpe dispărută, fiind înlocuită cu erupțiunea de vezicule trecute în supurație, altele vestejite, uscate, sbîrcite. Fața palmară a degetelor tumefiate și către vîrfurile degetelor edemul pronunțat care dă un aspect alburii lucitor. Ganglionii axilari, inguinali etc. tumefiați considerabil și foarte dureroși la atingere. Cefalalgie violentă, agitație insomnie și tendința la

vărsături persistă. Temp. dim. 39° sêra 39°. I se prescrie contra insomniei chlorat hidrat 2 gr., poțiune gomosă 40 gr.

16 Noembre. Tumefacția pelei de pe totă suprafața corpului persistă, roșata diminuată foarte mult pe jumătatea superiôră a corpului, și descuamația lamelôsă se continuă pe cefă, regiunile supra spinose și supra claviculară, pe fața anterioră a toracelui până la apendicele xifoid; însă descuamația se face în plăci, în lungime până la 1½ em. și chiar 2 centimetri. *Membrele superiøre* pe jumătatea inferiôră a ante-bratelor se observă flictene. Tot stratul cornos al epidermului este ridicat în sus (pelea coscovită) făcând înțepături cu acul se dă scurgere unui lichid galben sero-purulent și lipicios. *Membrele inferiøre* pe cõpse și gambe, pelea tumefiată, îngroșată și infiltrată, de colorație roșie violacei de un aspect granulos, cu lupa se observă ici coala mică granulațiunii începând a se transforma în vezicule foarte mici. La vizită matinală voind a observa de mai aproape tegumentele cu lupa, pacienta aflându-se în stațiune verticală, are un vertigiț ischemic, cade în syncopă, fiind transportată la patul său, i-se face imediat o injecție subcutanată cu un gram de cafeină și i-se dă intern poțiune stimulentă. După 10 minute bolnava și revine, acuză cefalalgie violentă. Temp. dim. 39, sêra 39°.

17 Noembre. Tumefacția de pe față diminuată, roșata asemenea, se observă mici vezicule uscate, rupte, și descuamație furfuracee. Roșata de pe jumătatea superiôră a corpului aproape dispărută, tumefacția asemenea. Descuamația se face în plăci în mărime de 1-5 em. Pe antebrate stratul cornos al epidermului sbărcit, uscat, se descuamă în totă întregimea lui în două plăci la ambele antebrate în formă de mâncei în lungime ca de 20-25 centimetri și ca de un milimetru grosime, rămâne vizibil corpul mucos al lui Malpighi, curat, lucios și umed. La mâni pe fața palmară și mai cu sêmă pe cea dorsală, pelea îngroșată, sbărcită asemănându-se cu mânele unui pelagros.

Pe abdomen descuamația se face în plăci mici ca de jumătate centimetru și subțiri. În dreptul articulațiunii genun

chiului în sensul flexiunii se observă descuamație furfuracee. Pe cõpse și gambe colõre roșie violacee mai pronunțată, se ved vesicule confluențe pline cu liquid alburiu.

Temper. local. la gamba 38°, la braț 38°, axilară 38°—39° se dă chininã 1 gr. în 6 pilule și limonadã.

18 Noembrie. Starca generalã bunã. apetitul a revenit, cefalalgia a dispãrut, amețela persistã, scaunele regulate, sensibilitatea de arsurã se manifestã numai în membrele inferioare insomnia persistã. Pacienta examinatã în gât și cavitatea bucalã nu presintã nimic, numai pe limbã se observã descuamația epitelului, lãsând a se ved papilele fungi-forme.

Descuamația pe trunchiũ continuã a se face tot cu aceleași caractere notate în zilele trecute. Pe membrele superioare însã se vede formându-se din nou vesicule late, cari se reunesc formând bule pline cu un lichid asemenea gãlbeniũ care se constatã cã este purulent și lipicios. Aceste bule apar sub noiele straturi epidermice. Pe cõpse și gambe pe fața lor anteriorã se constatã ca și la antebrațe, cã stratul cornos sbãrcit uscat, se descuamã în plãci, având o lungime ca de 15—20 centimetre. Aceste plãci se deslipesc de însesși pacienta cu cea mai mare ușurinã, lãsând în evidență corpul mucos Malpighien lucios, umed, unsuros. Pacienta are mãncãrimi mari pe pãrțile descuamate, temp. D. 38° S. 38°, localã 37°. Insomnia a mai dispãrut.

I se prescrie la interior Decoct. de quinquina 200 gr. T-ra cinamomi 10 gr. Syr. eter 30 gr. și limonadã tartricã. Local liniment oleo-calcar care sã se aplice pe antebrațe, unde începuse a doua decuamație și pe de-asupra sã se acopere cu un strat de bumbac fenicat.

19 Noembrie. Pacienta pare mulțumitã de starea ei, are apetit, dõrme bine, cefalalgia a dispãrut, descuamație continuã a se face: *Fețele palmare se descuamã în o singurã placã având forma mânei, de colõre galbenã grãsã.* Pe gambe descuamația aprõpe terminatã; pe fața dorsalã a piciorõlor pelea sbãrcitã coșcovitã. Temp. D. 37° S. 37. Continuã cu aceeași medicațiune.

20 Noembrie. Starea generală bună. tem. dim. 37, séra 37<sup>5</sup>, urmăză acelaș tratament.

21 Noembrie. Descuamația aprópe terminată, pelea roșă, puțin încrețită, are mâncărime mai mult în timpul nopții, se prescrie: vaselină 50 gr. acid citric 2 gr. cu care se unge de 2 ori pe zi pe tótă suprafața corpului. Temp. D. 37<sup>2</sup> S. 37 Urina esaminată nu conține nici albumină, nici zahăr. cantitate normală.

23 Noembrie. Pelea roșietică, tărățosă, aspră; are mâncărimi nesuferite nóptea, din care causă are și insomnie. Cele-lalte funcțiuni în starea fiziologică. — Temp. 37—37<sup>2</sup>. I se prescrie: chloral. hydr. 2 gr. poțiune gomóse 40 gr. Continuă unctiunile cu pomada de acid citric.

25 Noembrie. Pelea iarășl iea o colorație roșie smeurie, de un aspect brobonos, ea este mai intensă pe extremitățile superióre și inferióre, asemenea se văd mici vesicule, apărând ca la început. Mâncărimea nesuportabilă mai cu sémă în timpul nopții, insomnia persistă; continuă cu chloralul-hydr. și pomadă și i se dă și un purgativ (sare de Băltășesci) 40 gr. Temp. D. 37<sup>5</sup>, S. 38 loc. 37<sup>5</sup>.

26 Noembrie. Vesiculele destul de aparente, fórté vestejite, pe trunchiú se observă iarășl descuamațiune furfuracee, pe gambe vesicule confluyente pline cu liquid gălbentú. nóptea dórme mai bine, însă dacá iea clorarul. Temp. 37—37<sup>5</sup>.

28 Noembrie. Pelea se presintă cu aspect tărățos. aspră. Roșăta dispărută, mâncărimea persistă, pacienta se îngrijește fórté mult, vădénd că a treia óră se face descuamația. Continuă a lua chloral-hydr. séra și la exterior urmădă cu aceeaș pomadă. Temp. D. 36<sup>5</sup>, S. 37<sup>0</sup>, locală 36<sup>5</sup>.

29 Noembrie Pacienta acusă dureri în axila dreptă, se esaminéză și se constatá ganglioní axilari tumefiați, duri, pelea de colorație roșie, și fórté durerósă la atingere. I se aplică un priesnitz.

1 Decembre. Tumefacția în axilă și mai manifestă, formând o tumóre de mărime unei nucí. Prin palpație se constatá fluctuația, se deschide cu histuriul, dând scurgere la o materie purulentă grósă, colóre galbenă, se spalá cu soluția

de sublimat corosiv  $\frac{1}{1000}$ , se introduce un fitil și se continuă cu priesnitz.

Pe corp descuamația furfuracee continuă a se face, mâncărimea persistă, însă nu așa accentuată. Temp. D. 38° S. 38.

2 Decembre. Bolnava se simte mai liniștită, a dormit bine descuamațiunea continuă, pe unele locuri este terminată, rămânând pelea aspră.

Mâncărimea persistă. Continuă cu aceleaș tratament, pacienta fiind cam slăbită i se prescrie: Decot. quinquina 200 gr. Ext. China 4 gr. Syr. Ether 30 gr.—Temp. D. 37°, S. 37.

4 Decembre. Tumefacția în axilă micșorată, plaga nu supurcăză mult, se scôte fitilul, se face pansament cu iodoform se suprimă priesnițul continuă ca Decot. quinquina.

6 Decembre. Plaga vindecată complet, starea generală bună descuamațiunea terminată. Temperatura normală. Continuă cu același tratament.

10 Decembre. Atât roșata cât și tumefacțiunea întregel suprafeți cutanate dispărute complet. Descuamația nu se mai face. Pelea însă este cam aspră și puțin încrețită. Mâncărimea pelei mai persistă în timpul nopții. Temp. normală.

15 Decembre. Pacienta nu mai presintă nici un fenomen morbid. Esamenul general, atât al suprafeței cutanate cât și a celor lalte organe ne arată că ele funcționeză în mod fiziologic.

Pacienta cere a fi liberată din serviciu, cea-ce i se acordă.

La 19 Decembre ese complet vindecată.

*Acastă observațiune presintă, precum se vede, un interes cu totul particular, din causă că bóla pacientei nóstre nu se observă așa de frecuent, ea a putut fi, precum a și fost considerată ca o scarlatină. Inșă lipsa anginei, temperatura persistând după ce erupția s'a manifestat complet; modul descuamațiunei, sunt fenomene ce nu se observă în scarlatină. Nu mai vorbim de lipsa de albumină în urină, de necontagiositatea bólei, și de repetirea de descuamațiunii prin lame lungi gróse, etc.*

*O eczemă rubră generalisată, ar fi putut impune mai mult în cazul present. Inșă dacă tumefacția, roșata, erau pre-*

cedate pe ici pe colo de vezicule mici, fenomenele generale, modul repetit al descuamațiunii cari, cum s'a văzut, se făcea prin lambouri mari de mai mult de două-deci de centimetre de lungime; insomnia, starea de slăbiciune a bolnavei, contribuiesc mai mult a admite o dermatită exfoliativă generalisată sub acută.

Însă deși nu s'a observat până acum eczeme rubre cu așa generalizare, și cu așa fenomene, totuși dacă cine-va ar voi să considere cazul nostru ca o eczemă generalisată roșie; procesul morbid al întregului tegument extern nu constituie mai puțin o dermatită sub-acută.

După câte-va zile de la intrarea bolnavei în spital, am excizat un mic fragment de piele de la pacientă, pe care l'am întărit prin procedeele cunoscute, și după ce am colorat preparațiunile prin micro-carminat de Ravier, le-am examinat în glicerină pură.

Examenul microscopic al preparațiunilor l'am făcut împreună cu d. Babeș, care a și desinat un preparat, ce se arată în tabela respectivă.

Eată rezultatul istologic al acestei preparațiuni.

Stratul cel mai superficial al epidermului s'a colorat în brun roșietic (c), el este cam îngroșat și disociat pe ici pe colo.

Stratul următor este uniform, roșietic, subțire și nu bine limitat.

Sub acest strat mai că nu se găsește sau prea puțină eleidină se întâlnește în celulele respective, cari nu sunt evidente.

Stratul Malpighien (m) este caracterizat prin desvoltarea mai pronunțată a spinilor celulelor, și prin mărirea spațiilor dintre celule. În aceste spațieri se întâlnește în multe locuri celule voiajore, și în unele puncte, mai cu seamă în părțile unde stratul cornos înaintază în profunzime, se observă vacuole mai largi printre celule și cari vacuole conțin elemente mononucleare.

Limita inferioară a stratului epitelial nu arată nici o anomalie; papilele (P) în general au lungimea lor normală; însă prezintă ore-care neregularitate în dispoziția lor. Ast-fel



unele sunt mai scurte, altele formeză grupe mai strânse decât în starea normală.

Țesutul dermului este oedemațiat pe unele locuri, și conține vase limfatice dilatate. Păreții vaselor sanguine sunt sediul unor leziuni mai importante. Așa că pe când lumenul lor s'a strîmțorat, păreții lor s'au îngroșat prin formarea unui țesut de nouă formațiune, cu caracter de țesut reticulat (r), și cu prezența de celule mari în interiorul reticulului. Acest țesut se întâlnește numai pe păreții vaselor; în alte regiuni ale peleii nu întâlnim celule acumulate, sau alte leziuni evidente.



## ESPLICAREA PLANȘEI I

## Pityriasis rubra

*Fig. I.* Secțiune verticală a unui fragment de pele de la braț.

p) Un fir de păr înconjurat de mese semi-cornose, dispuse în pălnie.

c) Stratul cornos asemenea uscat îngroșat.

m) Rețeaua lui Malpighi deslipită, care se continuă fără limită precisată cu stratul superficial.

p. p) Virful papilelor îngroșate, presărate de celule embrionare.

d) Dermul cu țesut embrionar împrejurul vaselor și cu mușchii neteți hipertrofiați m. l.

*Fig. II.* Acelaș fragment de pele tratat prin chlorur de aur, pe urmă prin picro-carmin, examinat cu o mărire mică e' stratul cornos; m. stratul malpighien: p) papilele; c) celule ramificate pigmentate; d) dermul arătând o rețea neagră în comunicare cu rețeaua celulară a papilelor și cu stratul mucos al epidermului.

*Fig. III.* În pachet de vase sanguine din stratul superficial al dermului, a) o arteră mică cu pereții îngroșati și infiltrați cu celule embrionare, a') arteriolă obliterată, c) între vase celule embrionare, care lasă între ele loc unor șanțuri limfatice; v) o venă mică conținând în lumenul său mese hyaline pigmentate; f) fibre conjunctive umflate.

*Fig. IV.* Secțiunea unui fragment de pele luat în urmă cu patru luni a fragmentului de la braț; c) stratul cornos în parte deslipit; e) eleidina corespunzând prelungirilor interpapilare; p) papile atrofiate, strat fibros limitând marginea rețelei malpighiene; v') sclerosă vaselor la baza papilelor; v) strat vascular sclerosat, p) stratul profund cu fibrele conjunctive sclerosate și cu țesutul elastic mărit.

*Fig. V.* Secțiunea unui fragment de pele de la braț la nivelul unui folicul përos, tratată prin chlorur de aur și picro-carmin, examinată cu o mărire mică: f) folicul përos; c) stratul cornos; m) rețeaua malpighienă deslipită; p. p) papilele; d) dermul infiltrat cu celule; d'') strat mai profund l fibrelor conjunctive oedematose; m. l) mușchii neteți; g) țesut grăos ocupând locul glandei sebacee; s) glandă sudorală; ce) conduct al glandei.

## ESPLICAREA PLANȘEI II

### Erythem Scarlatiniform generalisat descuamativ.

Secțiune verticală a unui fragment de pele de la partea postero-internă a genunchiului drept, întărit prin alcool, colorat cu picro-carmin de Ranvier și examinată în glicerină neutră.

e) Stratul cornos al epidermului colorat în galben închis prin acidul picric din picro-carmin.

e') Același strat arătând o parte din cel precedent pe cale de exfoliare, care este format prin câte-va celule epidermice, uscate, cu dispoziția de rețea.

e'') Tot stratul cornos colorat în penbe (roz) uniform având aspectul membranei elastice a lui Bowman.

e) Stratum granulosum cu granulațiile de eleidină.

m) Stratul mucos al lui Malpighi, cu vacuole inter-celulare în unele locuri.

p) Papilele acoperite cu celule embrionare.

t. e.) Celule embrionare la limita inferioară a rețelei malpighiene, cari pătundând această rețea, se confundă cu elementele ei. La acest nivel t. e. celulele malpighiene sunt în parte atrofiate.

v) Vas sanguin înconjurat de celule embrionare.

f) Folicul părros cu globi hyalini.

## ESPLICAREA PLANȘEI III

### Pemfigus Foliaceu.

*Fig. I.* Ocul. 2 obj. O. Verick. Secțiune verticală a peleii vecina unei plăci de pemfigus, luată între omoplate. a) stratul cornos în exfoliațiune; — b) folicul părros pe cale de exfoliare; — c) stratul malpighien subțiat, lipsit de stratul său cornos; — d) vas sanguin dilatat de sânge; — e, e') glandă sudorală; — f) țesutul conj. profund foarte mult colorat prin picro-carmin.

*Fig. II.* Ocul. 2. obj. 2. Verick. O porțiune de derm din secțiunea precedentă, tratată cu acid osmic și picro-carminat., — a) țesutul grășos dispus sub formă de lanț mai mult sau mai puțin gros, arătând atrofia lui; — b, b') nervii dermului pe cale de atrofie; — c) vas sanguin;

globuli roși ai sângelui printre celulele țesutului grăsos ;—e) țesutul conjunctiv al dermului.

*Fig. III.* Ocul. 2 obj. 6 Verick. Doi nervi din preparația precedentă, examinați cu o mărire mai mare.—a, a') fasciculi de nervi atrofiați ; —vas sanguin dilatat prin sânge ; c) țesutul grăsos cu elementele sale celulare atrofiate ; — d) țesutul conjunctiv.

*Fig. IV.* Ocul. 2 obj. 8 Verick. O parte dintr-o secțiune transversală a unui ganglion spinal.—a, a') fascicule nervoase străbătând ganglionul arătând un mare număr de fibre subțiri și fibre atrofiate ; b) o celulă ganglionară voluminoasă, care are nucleii capsulei puțin alterați ; c) o celulă ganglionară mai mică cu aspect normal ; d) vas sanguin dilatat de globuli roși ; e) traverse conjunctive separând fâșiile nervoase.

*Fig. V.* Ocul. 2 obj. O. Verick. Secțiune transversală a rădăcinilor nervoase, străbătând ganglionii spinali ; porțiunea distală a ganglionilor. — a) țesutul conjunctiv intra-fascicular ; — b) un mare fascicul nervos atrofiat ; —c, c') un grup de fibre nervoase atrofiate ;—d, aceeași leziune ;—e) țesutul grăsos care înconjoară porțiunea distală a ganglionului spinal.

*Fig. VI.* Ocul. 2 obj. 4 Verick. O mică parte a figurei V, desinată cu o mărire mai mare.—a) a' nervi din țesutul grăsos, prezentând grupe de fibre nervoase atrofiate ;—b) capilar sanguin cu nucleii săi proliferati ; c) — țesut grăsos cu aspect normal ; d) — Vas sanguin plin de globuli roși, conținând o vesiculă grăsoasă.

## ESPLICAREA PLANȘEI IV

*Fig. I* Dermatitis exfoliativă generalisată sub acută.

Preparațiune provenită din secțiunea verticală a unui fragment de piele luat de la bolnavă, care după întărire în alcool s'a colorat cu picro-carminat și examinat în glicerină.

c) stratul cel mai superficial al epidermului colorat în roșu gălbenuș, disociat pe unele locuri.

c') stratul următor este uniform, subțire, colorat pembe. Sub acest strat mai că nu se vede cleidina.

M) stratul mucos al lui Malpighi caracterizat prin marea dezvoltare a spinilor celulelor respective, și prin lărgirea spaciurilor dintre celule. Intre aceste spaciuri se întâlnesc celule voiajore și în unele puncte mai cu seamă acolo unde stratul cornos străbate în aceste spaciuri, se observă vacuole între celulele epiteliale, mono-nucleare.

Limita inferioară a epiteliului malpighien nu arată nici o anomalie.

P. Papilele sunt în general de volum normal, însă prezintă ôre-

care neregularități în dispoziția lor. Așa sunt unele mai scurte, iar altele formază grupe mai strinse de cât în starea normală.

Țesutul dermului este oedemațiat pe unele locuri și prezintă vase limfatice dilatate. Vasele sanguine însă prezintă leziune particulare.

Ast-fel pe când lumenul lor este mai strîmt, păreții lor sunt foarte groși din cauza unei infiltrațiuni de celule embrionare. Aspectul cel prezintă aceste vase este al unui țesut reticulat, r. reticulele conțin celule limfoide.

Acastă dispoziție este limitată numai la păreții vaselor, în alte puncte nu se observă.

Alterațiile ce am constatat coincid cu procesul ce se ivesc în această dermatosă, și în forma ce am numit suba-cută.

*Fig. II.* Purpura hemoragică infecțioasă cu gangrena vîlului palatin.

Secțiune verticală a unui fragment de piele, excizat dintr'o placă hemoragică de la unghiul inferior al omoplatului. Acest fragment a fost întărit prin alcool și secțiunile s'au colorat cu picro-carmin; e) stratul cornos al epidermului subțiat și în stare de exfoliațiune; — M. stratul malpighien puțin oedemațiat; — p) papilele dermice învăluite cu vase iperemiate.

v. d) Vase sanguine dilatate spre virful papilelor; țesutul papilelor este infiltrat cu o substanță omogenă și pe unele locuri cu globuli roșii de sânge.

h) limfatice dilatate întindîndu-se și printre rețeaua malpighienă; h. f) fibrele conjunctive ale hypodermului îngroșate și în parte hyaline; disociate prin focare hemoragice și arteriole congestionate.



## TABLA DE MATERII

	Pagina
Precuvintare.	I
<b>Acnea.</b>	
Acnea pustuloasă vulgară. — Acnea varioliformă. — (Molluscum Contagiosum). — Acnea scrofuloasă, cachectică . . . . .	
Acnea rosaceă . . . . .	1 — 14
• pustuloasă vulgară . . . . .	2 — 3
• varioliformă contagioasă . . . . .	4 — 5
• cachectică . . . . .	6 — 6
• vulgară. — Mersul ei . . . . .	6 — 8
Diagnoza acneilor . . . . .	8 — 9
Tratamentul acneei vulgare . . . . .	9 — 11
Acneile medicamentose . . . . .	11 — 12
Acnea rosaceă . . . . .	12 — 13
Tratamentul acneei rosacee . . . . .	13 — 14

### Pityriasis rubra (de Hebra).

Definiția. — Diferitele numiri. — Confusiunea casurilor. — Observația unor autori americani. — Observația noastră. — Cum începe această dermatosă? — Simptomatologia; diagnosticul; erythemul scarlatiniform; herpetidele maligne (Bazin); pityriasis rubra pilaris; dermatita generalizată exfoliativă; pityriasis roșat de Gibert; pityriasis versicolor acut; lichen ruber acuminatus etc. rezultatul studiilor noastre istologice, tratamentul . . . . .

Pityriasis rubra — Observație . . . . .	14 — 37
•     • — Mersul și simptomatologia . . . . .	22 — 24
•     • — Diagnosticul diferențial . . . . .	24 — 27
•     • — Leziunile istologice . . . . .	27 — 35
•     • — Tratamentul . . . . .	35 — 37

**Erythemul scarlatiniform generalizat.**

	Pagina
Observația bolnavului. — Esamenul istologic, — stabilirea tipului acestei dermatose . . . . .	37 — 51
Erythemul scarlatiniform generalizat — Definiția — confuzia casurilor . . . . .	37 — 39
Erythemul scarlatiniform generalizat — Observație . . . . .	39 — 47
„          „          „          — Leziunile istologice . . . . .	47 — 49
„          „          „          — Diagnosticul . . . . .	49 — 51

**Eczema.**

Eczema acută și cronică, vesiculosă, miliară; eczema papuloasă, pustuloasă, uscată, umedă; eczema dentițiunei; eczema seboreică . . . . .	51 — 64
Eczema — Cauzele . . . . .	52 — 54
„ — Sediul . . . . .	54 — 55
„ — Simptomele . . . . .	55 — 57
„ — Diagnosticul . . . . .	57 — 59
Eczema seboreică . . . . .	59 — 61
Eczema — Prognosticul . . . . .	61 — 62
„ — Tratamentul . . . . .	62 — 64

**Psoriasis vulgar.**

Psoriasis punctata, guttata, gyrata, difusa, numular și generalizat . . . . .	64 — 77
Psoriasis vulgar — Definiția . . . . .	65 — 65
„ — Cauzele . . . . .	65 — 68
„ — Varietățile . . . . .	68 — 69
„ — Istologia patologică . . . . .	69 — 70
„ — Mersul . . . . .	70 — 71
„ — Diagnosticul . . . . .	71 — 73
„ — Tratamentul . . . . .	73 — 77

**Urticaria.**

Urticaria idiopatică și simptomatică — Urticaria acută și cronică — Urticaria inelară, figurată — Urticaria pigmentată — Xantelasmoida. . . . .	77 — 94
Urticaria — Varietățile . . . . .	78 — 78
„ — Cauzele . . . . .	78 — 82
„ — Cum începe? . . . . .	82 — 83
„ — Cum dispăre? . . . . .	83 — 84

	Pagina
Urticaria pigmentată . . . . .	84—87
Urticaria gigantică . . . . .	88—90
Urticaria — Diagnosticul . . . . .	90—91
" — Prognosticul . . . . .	91—91
" — Tratamentul . . . . .	91—94

**Pemfigus**

Pemfigus acut și cronic - sediul leziunilor — observația bolnavului — raritatea acestei dermatose — evoluția pemfigusului — varietățile — bulele în pemfigus — simptomele — pemfigus foliaceu și pemfigus vegetant — pemfigus epidemic — pemfigus syphilitic sau syphilodermia buloasă — diagnosticul acestei afecțiuni — prognosticul — tratamentul local și general. . . . . 94—118

Pemfigus — observația bolnavului . . . . . 94—100

    " — Cauzele — Patogenia . . . . . 100—106

    " — Simptomele . . . . . 106—112

    " — Diagnosticul . . . . . 112—115

    " — Prognosticul . . . . . 115—115

    " — Tratamentul . . . . . 115—118

**Lupusul erythematos.**

Lupusul discoid — L. confluent — L. generalizat — L. erythematosoid — Istologia patologică, etc. . . . . 118—141

Lupusul erythematos — Natura lui . . . . . 118—119

    " — Observația . . . . . 119—121

    " — În ce constă această specie? . . . . . 121—123

    " — Cauzele . . . . . 123—124

    " — Formele . . . . . 124—126

    " — Mersul și Simptomele . . . . . 126—128

    " — Observația . . . . . 128—138

    " — " — Leziuni istologice . . . . . 131—138

    " — Prognosa . . . . . 138—138

    " — Diagnosticul . . . . . 138—139

    " — Tratamentul . . . . . 139—141

**Lupusul vulgar. (Tuberculos)**

Lupusul plan — L. proeminent — L. hypertrophic și elephantiasis — L. serpiginos neulcerat — L. fibros sau scleros — L. ulcerat superficial și profund — Lupus vorax — L. coloid — L. myxomatos — L. vulgar erythematosoid . . . . . 141—167



	Pagina
Lupusul vulgar—Prezentarea a patru bolnavi . . . . .	141—143
“ “ —Formele . . . . .	143—144
“ “ —Definiția . . . . .	144—144
“ “ —Pathogenia . . . . .	144—150
“ “ —Lesiunile anatoma—pathologice . . . . .	150—151
“ “ —Evoluțiunea neoplasielor . . . . .	151—153
“ “ —Cum începe? . . . . .	153—154
Lupus ulcerat al feței și hipertrophic al extremităților (Observația) . . . . .	154—161
Lupusul vulgar. — Diagnosticul . . . . .	161—164
“ “ —Se poate altoi pe el syphilisul . . . . .	164—164
“ “ —Prognosticul . . . . .	164—164
“ “ —Tratamentul . . . . .	164—167

### Furunculosa'

Furunculosa.—Prezentarea bolnavului . . . . .	167—168
“ —Cum începe și cum evoluează? . . . . .	168—169
“ —Cauzele și patogenia . . . . .	169—175
“ —Sediul . . . . .	175—176
“ —Prognosticul . . . . .	176—177
“ —Diagnosticul . . . . .	177—178
“ —Tratamentul . . . . .	178—179

### Favusul

Natura lui.—Dermatosa cronică și parasitară.—Sediul său de predilecțiune.—Favusul cutanat.—Favusul mucoselor.—Causul lui Kaposi.—Parasitul acestei dermatose.—Achorion Schönlein.—Experiențe făcute la om și la animale.—Evoluția bolei.—Diagnosticul și Tratamentul. . . . .	179—191
Favusul.—Notura.—Sediul de predilecșiune . . . . .	179—182
“ —Patogenia . . . . .	182—184
“ —Simptomele . . . . .	184—188
“ —Mersul și Prognoza . . . . .	188—189
“ —Diagnosticul . . . . .	189—190
“ —Tratamentul . . . . .	190—191

### Sycosis

Mentagra, foliculită a barbei (Köbner.) Sycosis parasitar și neparasitar, acnea mentagră, istoricul sycosei, Gruby in 1844 descoperi parasitul și stabilește două forme, Bazin in 1853 demonstrează existența unui sycosis parasitar . . . . .	191—202
--	---------

	Pagina
Sycosis — Presentare de bolnav . . . . .	191 — 193
„ — Definiția . . . . .	193 — 193
„ — Sediul . . . . .	193 — 193
„ — Cauzele . . . . .	194 — 194
„ — Simptomele . . . . .	195 — 196
„ — Diagnosa . . . . .	197 — 200
„ — Prognosticul . . . . .	200 — 200
„ — Tratamentul . . . . .	201 — 202

### Scabies (Râia)

Forma comună; forma norvegiană; patogenia scabiei; sarcoptes scabiei; importanța diagnosei; șancărul acarien; șanțurile acarilor; descoperirea acarilor. . . . . 203 — 216

Scabies — Descoperirea parazitului . . . . .	204 — 204
„ — Cauzele . . . . .	205 — 205
„ — Simptomele . . . . .	206 — 212
„ — Diagnostic . . . . .	212 — 214
„ — Tratamentul . . . . .	214 — 216

### Seborea sau Steatorea

#### *Flux sebaceu*

Seborea locală și generală. seborea capitis, a feței; seborea uleișoasă și uscată, seborea neagră. Teoria lui Unna asupra seboreei — Comedone. Miliu. . . . . 217 — 232

Seborea generală . . . . .	223 — 223
„ locală . . . . .	224 — 224
„ capitis . . . . .	225 — 225
„ uleișoasă . . . . .	226 — 226
„ durată . . . . .	227 — 227
„ Diagnosa . . . . .	228 — 230
„ Tratamentul . . . . .	230 — 230
Comedonele . . . . .	231 — 231
Miliu . . . . .	232 — 232

### Lepra.

Lepra tuberculoasă — L. anesthescă — L. mixtă — L. lazarină	232—257
Lepra. — Natura ei . . . . .	234--240
„ — Definiția . . . . .	241—241
„ — Simptome . . . . .	242—244
„ anesthescă . . . . .	244—246

	<u>Pagina</u>
Lepra mixtă . . . . .	246—246
• — Bacilul patogen . . . . .	247—251
• — Diagnosa . . . . .	251—255
• — Prognosa . . . . .	255—255
• — Tratament . . . . .	256—257
Purpura hemoragică și gangrena vëlului palatin (cu o planșă colorată) . . . . .	258—265
Dermatita exfoliativă generalisată subacută (cu o planșă colorată) . . . . .	266—276



Fig I



Fig II

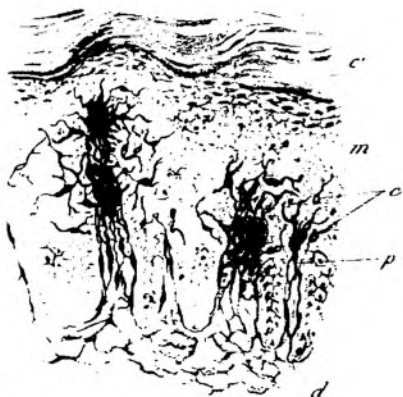


Fig V



Fig. IV

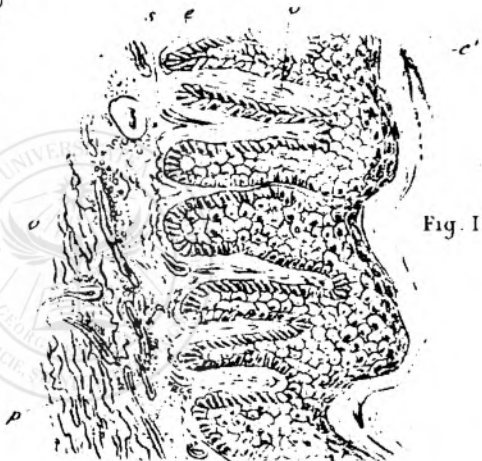


Fig III







*Beates del*

*Imy Besquet fr Paris*

Erythème Scarlatiniforme  
desquamatif Recidivant.

Félix Alcan, Editeur





Jay Leveque Paris

Nicolet lith

Pemphigus foliace





b Fig 4

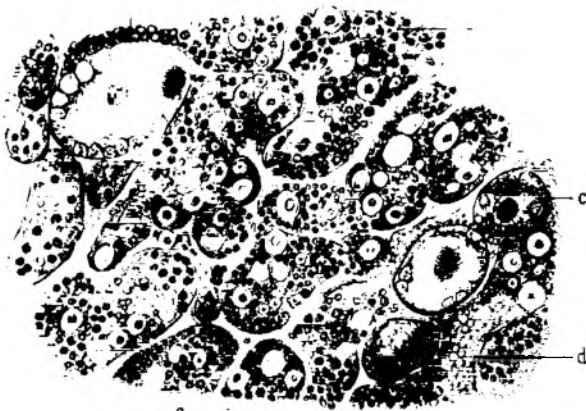
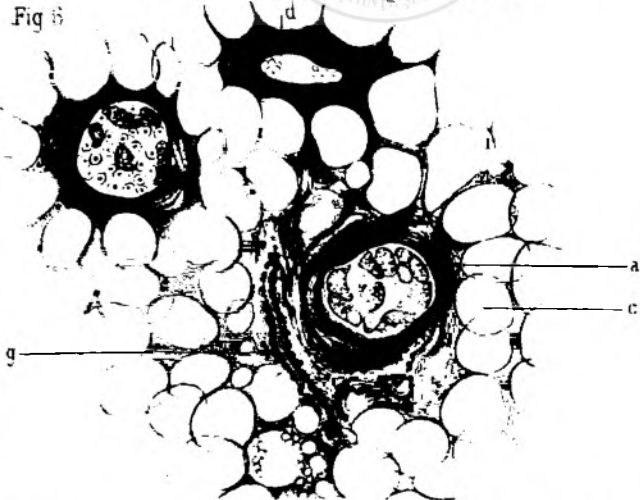


Fig 3



Fig 5



Imp Lamerour Paris

Nicolet hth.

*Pemphigus foliace*



Fig 11





Lupus Myxomatos Hypertrophic. Vezi pagina 144.



Lupus ulcerat al feței și hypertrophic, elephantiasic al extremităților.  
Veți observația pagina 154 — 161.



INC. MED. FARM. IG. DES  
ORV. XGTS. IM.  
BIBL. COPIE - ADEPT. 1911/12  
3469 1902

