

0131
CV 1325

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

No. 421

IMPETIGO HERPETIFORM.

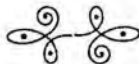


DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE 28 Iunie 1928.

DE

TIBERIU SCHULZ

PREPARATOR LA CL. DERMATO-VENERICĂ.



CLUJ
INSTITUTUL DE ARTE GRAFICE „ARDEALUL”
STRADA MEMORANDULUI 22.
1928



* 4 4 0 0 0 3 1 5 4 *

Biblioteca UMFST

IMPETIGO HERPETIFORM.

TEZĂ

PENTRU

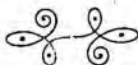
DOCTORĂT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE 28 Iunie 1928.

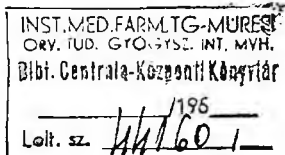
DE

TIBERIU SCHULZ

PREPARATOR LA CL. DERMATO-VENERICĂ.



24 MAY 2005



CLUJ
INSTITUTUL DE ARTE GRAFICE „ARDEALUL”
STRADA MEMORANDULUI 22.
1928

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

Decan : D-nul Prof. Dr. MIHAIL A. BOTEZ

Profesori :

Patologia generală și experimentală	D-1 Dr. Botez A. M.
Bacteriologie (agr.)	" " Baroni V.
Istologia și embriologia umană	" " Drăgoiu I.
Clinica infantilă	" " Gane T.
Clinica ginecologică și obstetricală	" " Grigoriu C.
Istoria medicinei	" " Guart I.
Clinica Medicală	" " Hațieganu I.
Clinica chirurgicală	" " Iacobovici I.
Farmacologia și farmacognozia	" " Martinescu Gh.
Clinica oftalmologică	" " Michail D.
Clinica neurologică	" " Minea I.
Medicina legală	" " Minovici N.
Igienă și Igiena socială	" " Moldovan I.
Radiologia medicală	" " Negru D.
Fiziologia umană	" " Nițescu I. I.
Farmacia chimică și galenică	" " Pamfil Gh.
Anatomia descriptivă și topografică	" " Papilian V.
Clinica oto-rino-laringologică	} " " Predescu-Rion I.
Clinica stomatologică (supl.)	
Clinica dermato-venerică	" " Tătaru C.
Clinica Uzologică (agr.)	" " Teposu Emil
Chimia biologică	" " Thomas P.
Clinica psihiatrică	" " Urechia C.
Anatomia patologică	" " Vasiliu Titu

JURIUL DE PROMOȚIUNE:

Președinte :	D-1 Profesor Dr. Tătaru C.
Membri :	" " " Botez A. Mihail
	" " " Iacobovici Iacob
	" " " Hațiegan I.
	" " " Vasiliu Titu
Supleant :	" Docent " Konradi D.

D-lui Prof. Dr. C. Tătaru
în semn de respect și recunoștință.





I.) Istoricul I. H.

I. H. a fost descris de Hebra în 1872 într'un articol asupra câtorva dermatoze în legătură cu graviditate, apărut în *Wiener Medizinische Wochenschrift*, Nr. 48, având ca titlu: „Über einzelne während der Schwangerschaft und bei Uterinalkrankheiten der Frauen zu beobachtende Hautkrankheiten“. Acest articol nu este însă prima publicație asupra *J. H.* Deja în 1867 într'un atlas dermatologic (*Atlasse der Hautkrankheiten*) redactat de von Bärensprung și Hebra, figurează pe tabloul VIII. un caz de *J. H.*, privit atunci de Bärensprung, ca un fel de Herpes și purtând denumirile de Herpes circanatus și Erythema annulare.

În afară de această, între anii 1869—1871 au mai apărut câteva observațiuni referitor la *J. H.*, publicate de elevii lui Hebra: Ausspitz, Neumann și Geber. Aceste publicațiuni sunt însă foarte sumare. Ausspitz numește afecțiunea Herpes vegetans, descriind câteva simptome, pe care le-a observat în decursul ei și pe care le-a găsit caracteristice. Neumann o aduce în legătură cu grupa afecțiunilor herpetice, dându-i numele de Herpes pyaemicus, sau Herpes puerperalis, iar Geber se mulțumește cu descrierea cazului observat.

Complexul simptomatic caracteristic sub denumire de *J. H.* cu caracterele sale diferențiale bine precizate și cu câteva indicațiuni terapeutice a fost prima dată descris de Hebra. În primul său articol asupra acestei maladii, Hebra comunică cinci cazuri de *I. H.*, toate la femei și toate în legătură cu graviditate. Din cele cinci cazuri patru s'au terminat printr'un desnodământ letal. Toate aceste date au servit pentru Hebra la stabilirea anumitor caractere speciale ale *I. H.*, pe care le-a enunțat la timp și care cu oarecare modificări sunt și astăzi în vigoare.

În ceea ce privește aspectul leziunilor cutanate, Hebra

il caracterizează în modul următor: „Se observă eflorescențe grupate sau aranjate sub formă de cercuri și pline cu un lichid galben purulent (deci pustule); ele se uscă, transformându-se în cruste galbene, la baza cărora se găsește o suprafață excoriată, roșie, madidantă, însă nu ulcerată, deci ca la o eczemă rubră, iar în jurul lor apar noi grupuri și cercuri de pustule“. Hebra insistă mai ales asupra faptului, că leziunile elementare sunt dela început pustuloase și astfel cu afecțiunile grupului herpetic, unde primele manifestări sunt totdeauna vesiculoase, nu prezintă nimic comun, afară de gruparea lor asemănătoare. El nu acceptă deci denumirile date de Neumann și Auspitz (Herpes pyaemicus, sau puerperalis și Herpes vegetans), ci numește afecțiunea nouă I. H. adică leziuni pustuloase, care prezintă o grupare herpetiformă.

Hebra nepublicând observațiunile sale în extenso și mai multe comunicațiuni, apărute ulterior de diferiți autori, depărtându-se mult de tipul primitiv, se poate înțelege ușor, că Duhring a putut considera I. H., ca o formă pustuloasă a herpesului gestationis, deci ca o dermatită herpetiformă a gravidității. El a făcut mai multe încercări de a reuni într'un acelaș grup toate aceste dermatozele, dându-le numele de dermatită herpetiformă. Aceasta concepție greșită a fost însă combătută de mai mulți autori.

În primul rând Brocq, într'un memoriu important asupra I. H., arată, că denumire de dermatită herpetiformă nu corespunde unei forme clinice bine caracterizate, ci mai mult unei formule pur teoretice; ea adună în acelaș grup procese de cauză, evoluție și importanță cele mai diferite, procese care atât din punctul de vedere al diagnosticului, cât și al prognosticului ar trebui cât mai bine separate.

Distincția între I. H. și herpesul gestationis a fost stabilită de Kaposi într'o lucrare interesantă, acompaniată de numeroase planșe și apărută în revista Viertelj. für Dermat. în anul 1887. În această lucrare Kaposi recapitulează descripția lui Hebra, stabilind pentru totdeauna caracterele cele mai însemnate ale I. H. care-l deosebesc net de dermatitele herpetiforme ale lui Duhring. În urma

acestor argumente, Duhring a fost nevoit să revină asupra afirmațiunilor sale anterioare, declarând la Congresul din Paris din anul 1889, că I. H. al lui Hebra-Kaposi nu se mai confundă pentru el cu dermatită herpetiformă.

Chestiunea naturei și semnificației acestui proces cu evoluție particulară și gravă, a câștigat în urma acestor discuțiuni o actualitate din ce în ce mai mare. Atențiunea lumii medicale fiind atrasă, lucrările asupra I. H. au devenit tot mai numeroase. Deja în 1884 Kaposi vorbește de 12 cazuri de I. H. toate fiind observate la Clinica din Viena. Mai târziu în 1901 Dubreuilh într'un memoriu extrem de interesant evaluează la 24 numărul cazurilor sigure. În 1908 Borzecki ocupându-se pe larg cu această chestiune, găsește în literatură 28 cazuri. În lucrarea sa apărută în 1921, Prof. Rost pune la 40 cazurile autentice de I. H., iar cu 4 ani mai târziu Pohlmann reușește se adună 51 observațiuni referitoare la această maladie. Împreună cu cazurile cele mai noi, comunicate în ultimii ani, numărul observațiunilor cunoscute se ridică la 67.

Între memoriile apărute referitor la această afecțiune, putem cita în special observațiunile lui Du Mesnil și Marx, De Maret, Dubreuilh, Dauber și Tommasoli, iar mai nou s'au ocupat mult cu această chestiune, publicând studii însemnate: Rost, Walter, Schardorn, Leszczinsky, Scherber, Bruhns, Renner, Kyrle, Pohlmann, Dogali etc.

II. Descrierea I. H.

Definiție. Școala din Viena (Hebra-Kaposi) a descris sub denumirea de I. H. o afecțiune rară, caracterizată printr'o erupțiune cutanată miliară, dela început pustuloasă și prin alterarea profundă a stării generale, survenind mai ales la femei și mai cu seamă în timpul gravidității și ducând la moarte într'un procent însemnat al cazurilor.

Frecvența I. H. I. H. e o afecțiune rară. În timp de 56 ani, de când a fost descris, au fost comunicate în total 67 de cazuri. Consultând lucrările diferiților autori refe-

ritor la această afecțiune, vom putea observa, că există o divergență foarte mare între ele în privința numărului cazurilor de I. H. Avem numeroase observațiuni comunicate sub titlul de I. H. care cu siguranță nu aparțin acestei afecțiuni, făcându-se confuzii evidente cu alte boli, cum sunt herpesul gestationis, dermatita herpetiformă, pemfigusul vegetant etc. (Cazurile lui Auspitz, Schwartz, Heitzmann etc.), și altele, a căror competență e cel puțin dubioasă (Fordyce, Chambers, Fowle, Whitehouse, Gunset etc.). Trebuie să recunoaștem, că în privința I. H. domnește un adevărat chaos, datorit faptului, că în punerea diagnosticului nu avem nici un criteriu absolut și astfel diagnosticarea cazurilor mai puțin tipice devine foarte grea, câteodată chiar imposibilă.

Această nesiguranță în diferențierea tabloului clinic a fost încă mărită prin faptul, că unii autori, cum e de ex. Scherber și în parte și Rost, sunt de părere, că I. H. trebuie conceput strict în sensul lui Hebra, eliminând deci toate cazurile observate la bărbați și la femeile negravidе.

Se înțelege dela sine, că acestea sunt numai concepțiuni izolate. Majoritatea autorilor moderni susține, că cadrul stabilit de Hebra trebuie lărgit, existând cazuri indiscutabile la bărbați și la femei negravidе.

Importanța anotimpului. I. H. se observă cu cea mai mare frecvență primăvara. O explicație științifică a acestui fenomen încă nu s'a putut găsi.

Rolul sexului și al gravidității în apariția I. H.

Descriind afecțiunea în 1872, Hebra a comunicat cinci cazuri de I. H. toate la femei și toate în legătură cu graviditate. Concluzia la care a ajuns acest autor a fost firească: boala survine exclusiv la femei și graviditatea constituie un moment indispensabil în provocarea ei. Mai târziu s'a dovedit însă, că graviditatea, moment pretins indispensabil, poate lipsi și lipsește destul de frecvent, ba chiar există cazuri indiscutabile și la bărbați.

Concepția clasică a lui Hebra a fost atacată în pri-

mul rând de Kaposi, care în 1884 descrie un caz incontestabil de I. H. la un bărbat de 20 ani, prezentând întregul complex simptomatic stabilit de Hebra și moartea survenind în timp de aproximativ 2 luni. Doi ani mai târziu Pataky, asistentul lui Geber, face o comunicare identică despre un caz de I. H. survenit la un bărbat.

Cu timpul observațiunile au devenit tot mai numeroase și astăzi literatura medicală dispune de 14 cazuri indiscutabile de I. H. la sexul masculin (Kaposi, Rille, Pataki, Krens, Wreszynski, Renner, Goldschmied și Kostromin, Polland cu un caz de I. H. la un băiat tânăr, Tryb, etc.), căzând astfel în mod spontan concepția lui Hebra relativ la excluzivitatea afecțiunii la femei.

În același timp cu demonstrarea I. H. la bărbați s'au descris mai multe cazuri la femei, la care graviditatea nu s'a putut pune în evidență, nici măcar în trecutul apropiat. Astfel cazurile lui Schwartz, Köbner, Liveing, Du Mesnil și Marx și mai nou Renner, Bruhns, Buschke și Schardorn arată, că coincidența I. H. cu graviditate nu este absolută. Aici aparține și cazul unic în literatură, care se referă la o femeie virgină, atinsă de I. H., tabloul clinic fiind cât se poate de caracteristic.

Tot în privința demonstrării I. H. în afară de graviditate e foarte interesantă observația lui Schultze. Acest autor comunică un caz, unde afecțiunea a debutat după trecerea unei gravidități și s'a vindecat complet cu ocazia unei noi sarcini. Cazuri mai mult sau mai puțin asemănătoare au fost publicate încă de Du Mesnil și Marx, Dauber, Hartzell, etc., dintre care trebuie să relevăm cazul observat în mod succesiv de Du Mesnil, Marx și Dauber. Observația lor e importantă și din alt punct de vedere. E vorba de o femeie la care primul acces a apărut în afară de graviditate, al doilea în decursul unei sarcini, al treilea după naștere, iar al patrulea și al cincilea în afară de graviditate însă cu ocazia unor tulburări menstruale. Această observație pare a demonstra că tulburările menstruale, deci deranjul funcționării glandelor genitale nu sunt cu totul străine de producerea I. H.

Cu toate acestea unii autori (Scherber și Rost), cum am amintit deja mai sus, primind integral descripția clasică a lui Hebra, neagă existența I. H. la bărbați și la femeile negravidе. Majoritatea autorilor de astăzi crede, că această concepție nu este nici de cum justificată.

Deci în rezumat putem spune, că în prezent I. H. este privit, ca o afecțiune ce atinge în marea majoritate a cazurilor sexul feminin, graviditatea jucând un rol foarte important în provocarea ei. Ea nu este însă un moment indispensabil cum a pretins-o Hebra, ci în multe cazuri poate lipsi, servind ca dovadă numercașele observațiunii referitoare la bărbați și la femeile negravidе.

Trecând în revistă cazurile cunoscute de I. H. până în anul 1927, vom găsi datele următoare. Până la anul 1927, am putut aduna total 67 de cazuri de I. H., din care numai 14 aparțin bărbaților, ceea ce corespunde unui procent de cca. 20%. În 80% a cazurilor afecțiunea atinge sexul feminin. În ceea ce privește importanța gravidității, avem date foarte semnificative. Dubreuilh în 1901 adună 24 cazuri dintre care 19 la gravide. Din anul 1923, până în 1927, s'au descris 14 cazuri de I. H. la femei; la 9 dintre ele afecțiunea a debutat în timpul sarcinei. Consultând diferite publicațiuni referitoare la această chestiune, adăugând și cazurile mai noi pe care le-am adunat personal, vom ajunge la concluzie, că I. H. survine la femei 70—80% în timpul gravidității, al cărei rol în producerea boalei trebuie deci foarte mult apreciat.

Vârsta. În marea majoritate a cazurilor I. H. se găsește la indivizi între 20 și 40 de ani, deci în plină perioadă sexuală. Numărul observațiunilor, care se referă la persoane mai tinere de 20 de ani (Polland) și la indivizi, cari au trecut deja peste 40 de ani (Schardorn, Bruhns etc.), sau chiar peste 50 de ani (Buschke), e foarte redus: I. H. este o boală a adultului.

TABLOUL CLINIC.

Debut. I. H. debutează de obicei brusc, în plină sănătate prin fenomene generale grave, frisoane violente și ascensiuni termice, prezentându-se în același timp și erupțiunile cutanate. Acest debut brusc nu se găsește însă în toate cazurile. Mai mulți autori semnalează un început insidios prin etape, unde erupțiunile cutanate au precedat fenomenele generale, care au lipsit complet în primul timp, comunicând astfel boalei un caracter mai puțin serios.

E foarte important să cunoaștem aceea perioadă a gravidității, care pare a fi predilectă pentru debutul I. H. Trecând în revistă cazurile cunoscute de I. H. la gravide, vom ajunge la concluzie, că afecțiunea își face apariția în marea majoritate a cazurilor în jumătatea a doua a sarcinii, sau ca să fim mai preciși în luna VI-a. Aceasta e luna critică, când izbucnesc fenomenele patologice. Aproape toți autorii, care semnalează exact luna în care a debutat boala, sunt de acord asupra acestei chestiuni (Polmann, Dexeus Font, Serra Rabert, Kyrle, Dogali, Kapferer, Rost, Walter etc.).

Numai rar se întâmplă ca I. H. să înceapă în luna a. V-a, a VII-a, sau în lăuzie. (Du Mesnil, Marx, Maret etc.).

Deci luna a VI-a e luna critică a gravidității, în care ne putem aștepta la ivirea I. H.

Leziuni cutanate. În cea ce privește regiunile, unde se prezintă primele manifestațiuni cutanate, ele sunt aproape totdeauna caracteristice. I. H. debutează în majoritatea cazurilor în vecinătatea organelor genitale: la nivelul plicelor inghinale și genito-crutale, pe fețele interne ale coapselor, pe părțile inferioare ale abdomenului, sau cum a fost semnalat de câțiva autori, chiar la nivelul organelor genitale externe. În afară de acest debut tipic în regiunile perigenitale, s'au descris cazuri, unde primele erupțiuni au prezentat o altă localizare. Printre acestea trebuie să amintim în primul rând debutul în jurul ombilicului, pe piept, în pliurile submamare, sau la nivelul cavității axi-

lare (Buschke). Observațiunea lui Breier, unde afecțiunea a început pe extremități, e excepțională.

Leziunile elementare ale I. H. sunt mici plăci rotunde ovalare, de mărimea unor boabe de linte până la dimensiunile unor monede de 1—2 lei, constituite din leziuni dela început pustuloase, așezate foarte dens pe o bază roșie-eritematoasă, edemațiată, ușor tumefiată. Pustulele formează deci mici grupuri rotunde, herpetiforme, pe o bază inflamată; ele sunt mici, miliare, având dimensiunile unor gămălii de ac, sau a unor boabe de mei, atingând numai rar volumul unor boabe de linte. Din punct de vedere anatomo-patologic sunt pustule superficiale, păretele lor fiind format numai din straturile superficiale ale epidermului și anume din stratul cornos foarte subțiat. Conținutul lor este purulent dela început; acest fapt este de o importanță capitală și constituie un element de diagnostic foarte prețios. Culoarea conținutului este opac la început, luând mai târziu o colorație galbenă-verzue.

Plăcile aceste primitive evoluează extrem de repede. Ele se măresc mult printr'o extensiune periferică, ceea ce se face mai mult prin multiplicarea, decât prin mărirea elementelor pustuloase, prezentându-se în acelaș timp și o regresivitate centrală, manifestată prin crustificarea pustulelor. În 1—2 zile centrul plăcilor se usucă, transformându-se într'o crustă galbenă-brună, iar la periferie apare o erupție de pustule, sub formă de un cerc simplu, dublu sau chiar triplu, foarte regulat.

În acest stadiu se pot evidenția deci două, eventual trei zone :

1. *O zonă centrală* mai întinsă, acoperită cu cruste subțiri, lameloase, neregulate, de o culoare, care variază între galben-verzui și brun. Ele se desfac cu ușurință, la baza lor prezentându-se o piele inflamată lipsită de epiderm, roșie, tumefiată, ușor infiltrată, având o suprafață presărată cu mici proeminente, care reprezintă papilele dermice denudate. Această suprafață erozivă este acoperită cu o secreție sero-purulentă, galbenă-verzue, de un miros

câte odată foarte fetid. E unul dintre caracterele cele mai importante ale acestei afecțiuni, că procesul destructiv este totdeauna superficial: Ulcerațiuni nu se observă nicio dată la I. H.

2. *Zona periferică* este mult mai îngustă; se prezintă sub formă de o bordură eritematoasă, ușor proeminentă din nivelul pielei, de o culoare roșie închisă și cu o infiltrație redusă, înconjurând crusta centrală, ca un inel complet. La nivelul acestei borduri se pot observa numeroase leziuni pustuloase miliare, bine distincte una de alta, mai ales către periferie. Spre marginea centrală a acestei zone, unde stratul cornos al epidermului este adesea desfăcut în mici lambouri neregulate, pustulele de obicei confluează, dând leziuni mai mari și de o formă mai puțin regulată. Zona periferică prezintă o grosime de 10—15 mm., ajungând însă la plăcile mai mari chiar până la 3 cm.

Destul de frecvent vom putea evidenția și o zonă intermediară situată între cea periferică și centrală, îngustă de 2—3 mm., erozivă, madidantă, de o culoare roșie-vie. Afecțiunea nu se oprește însă în acest stadiu. În câteva zile se crustifică și pustulele periferice, măbind volumul crustei centrale, în jurul căreia apar în acelaș timp noi cercuri pustuloase. Această extensiune periferică rapidă face, ca maladia, pornind din câteva puncte izolate, să se întindă pe regiuni întregi prin confluarea focarelor vecine. Astfel într'un timp variabil de câteva săptămâni, până la 3—4 luni se formează placarde eruptive enorme, mai ales la nivelul abdomenului, genitalelor, și coapselor, întinzându-se și pe membre, unde se prezintă de obicei sub formă de plăci mai mici, diseminate. Ceea ce e caracteristic pentru I. H., e tocmai formarea unui placard foarte mare care cuprinde în întregime regiunile genitale și perigenitale, în special părțile inferioare ale abdomenului, regiunile inghino-crutale și coapsele, având margini neregulate, poliaciclice și prezentând două zone foarte bine distincte: În jurul unei zone centrale crustoase, madidante, sau în parte epitelizate, se observă o bordură eritematoasă cu numeroase leziuni pustuloase miliare. Pe membre, cum am amintit

deja, afecțiunea se manifestă prin plăci de dimensiuni mai mici, în parte solitare, rotunde ovalare și în parte confluențe, ceva mai mari; formarea placardelor întinse este rară.

Fața, pielea păroasă a capului și palmele sunt atinse mai târziu, ele fiind de obicei ultimele regiuni atacate. În mod obișnuit deja întreg corpul e interesat de procesul patologic, înainte ca aceste regiuni să fie prinse.

Deci într'un stadiu înaintat găsim o afecțiune generalizată, care se prezintă însă cu predilecție în regiunile genitale și perigenitale precum și la nivelul plicelor articulare (plica cotului, spațiul popliteu, cavitatea axilară) și cutanate (plicele inghinale, submamare, fesiere etc.), extremitățile și capul fiind interesate de obicei mai târziu și într'un mod mai puțin intens.

Deodată cu extensiunea periferică se observă însă și continuarea regresiei centrale. Într'un timp variabil de câteva zile până la câte-va săptămâni crustale din centrul plăcilor și placardelor cad; pielea dela baza lor e de obicei uscată, pigmentată, de o culoare roșie brună ori lividă, acoperită cu un epiderm subțire și prezintă în cele mai multe cazuri o descuamație abundentă, exfoliându-se în lamouri mari.

Alte ori epitelizarea eroziunilor este întârziată și după căderea crustelor găsim o piele lipsită de epiderm, madidantă infiltrată, și netedă ca și în cazuri de eczemă, ori se prezintă o suprafață erozivă presărată cu proeminențele mici ale papilelor dermice denudate. Ulcerațiuni, cum am amintit și mai sus, nu se găsesc nici odată.

La nivelul câtorva regiuni (plicele cutanate și articulare fețele interne ale coapselor și fața anterioară a gâtului) în urma contactului continuu între două suprafețe cutanate și a secrețiunilor fiziologice mai abundente, foarte frecvent crustele nu se formează și suprafața plăcilor eruptive va fi lipsită de epiderm, madidantă, dureroasă și de o culoare roșie-vie, acoperindu-se de multe ori cu un țesut necrotic alb-suriu, moale, pulpos și extrem de fetid. În unele cazuri fondul eroziunilor situate în diferitele pliuri

articulare, sau cutanate devine ridicat, dând naștere la numeroase vegetațiuni cu aspectul unor condilome plate, ca și în pemfigusul vegetant. Astfel Du Mesnil și Marx au publicat o observațiune foarte interesantă, care se referă la un caz, unde cinci accese succesive au prezentat în mod constant acest caracter particular.

În ceea ce privește *simptoamele subiective*, bolnavii se plâng de dureri, mai mult sau mai puțin intense în extremități și la nivelul suprafețelor erodate. Pruritul e foarte variabil. În unele observațiuni se vorbește de o mâncărime foarte accentuată, altele o semnaleză ca moderată. Majoritatea autorilor nici nu o amintește, deci ori a lipsit complet, ori a fost cu totul neînsemnată. Rost crede, că puținele cazuri în care a fost semnalat ar aparține, judecând după tabloul clinic și evoluție, altor afecțiuni, cum sunt herpesul gestationis și dermatita polimorfă a gravidității, unde pruritul este un simptom obligator.

Leziunile mucoaselor. Mucoasele pot fi atinse și ele, însă destul de rar (Kaposi, Du Mesnil, Wolff, Mulzer, Wechselsmann). Cele mai frecvent afectate sunt: mucoasa bucală, vălul palatin, limba și părțile posterior al faringelui; s'a semnalat însă și coafectarea mucoaselor genitale (vulvă, vagin).

Erupțiunile de pe mucoase se prezintă sub formă de plăci erozive, sau chiar ulceroase, circonscrise, neregulate, acoperite cu o membrană falsă de culoare albă-cenușie și deprimată la centru, fiind înconjurată de cercuri de pustule foarte evidente. Leziunile aceste sunt foarte dureroase, mai ales la înghițire, astfel, că alimentarea bolnavului devine foarte grea, chiar imposibilă.

Kaposi semnaleză un caz, unde la autopsie s'au putut descoperi ulcerazioni esofagiene, devenind foarte numeroase mai cu seamă la nivelul cardiei.

Alți autori (Geber, Wolff, Mulzer) au observat diaree sanghinolente, precedate de ascensiuni termice; ei cred, că e vorbă de accese eruptive localizate pe mucoasă intestinală.

Leziunile fanerelor. Procesul patologic fiind superfi-

cial (ulcerațiuni nu se observă niciodată în I. H.), glandele cutanate și foliculii piloși nu sunt interesați în mod simțitor. Dacă afecțiunea evoluează spre vindecare, erupțiunile cutanate dispar și urmează o restituție ad integrum, rămânând cel mult o pigmentație roșie-brună, neregulată. Glandele sebacee și sudoripare, precum și foliculii piloși nu se atrofiază, ci se refac complet după terminarea maladiei. La nivelul pielei păroase a capului erupțiunile prezintă o particularitate regională, caracterizată prin faptul, că procesul de crustificare este precoce și intensiv, formându-se cruste groase, neregulate, grăsoase, de o culoare gălbuie-brună și de o consistență sfărâmicioasă. Părul în unele locuri e prins în smochuri, fără să prezinte însă alterațiuni patologice mai însemnate.

☺ In ceea ce privește leziunile, care se observă la nivelul unghiilor, ele sunt rare. Kaposi, Wreszinsky și Zumbusch semnaleză în câteva cazuri căderea unghiilor, patul lor fiind ocupat de o suprafață erozivă, madidantă.

Simptoame generale. I. H. e caracterizat printr'o gravitate excepțională a simptoamelor generale, starea generală fiind de obicei profund alterată. Buschke descrie un caz, unde în prezența unei tumoare mediastinale a apărut o erupțiune cutanată, având toate caracterele unui I. H., fenomenele generale au fost însă cu totul neînsemnate. Cazul pare a fi excepțional, căci toți autorii vorbesc în legătură cu I. H., de o stare generală foarte gravă. Alterarea ei nu se prezintă însă totdeauna de la început; erupțiunile cutanate o pot preceda, cum ne arată câteva observațiuni rare.

Febra e continuă, de obicei nu prea ridicată, cu remisiuni neregulate. Accesele, atât cele introductive, cât și în decursul maladiei sunt în general anunțate prin ascenziuni termice violente (39—40 C), precedate, ca și în maladiile infecțioase, de frisoane mai mult sau mai puțin intense.

Limba e seacă, altădată încărcată, sau chiar fuliginosă. Anorexia este absolută. Bolnavii se plâng de o sete chinuitoare.

Pacienți slăbesc foarte repede; țesutul musculo-adipos se reduce mult, sau chiar dispare, forța musculară scade, ajungând în ultima fază la o emaciare completă.

Semne viscerale.

Simptome din partea aparatului gastro-intestinal. În decursul I. H. s'au putut înregistra grețuri, vărsături repetate, însă ceace e aproape constantă din partea acestui aparat, este diareea, observată mai ales către sfârșitul maladiei. În câteva cazuri s'au văzut diarci sanghinolente (Gerber, Wolff, Mulzer), ca consecința unor puseuri eruptive, localizate la nivelul mucoasei intestinale.

Siptoame renale. La început urina este de obicei normală, în stadiile mai avansate ale bialei alterarea rinichilor devine însă foarte frecventă (Hebra, Kaposi, Freyhan, Dubreilh, Breier, Schulze, Borzecki, Scherber, Wechselmann, Ziemann, Rost etc.)

Unii autori semnalează o albuminurie, mai mult sau mai puțin pronunțată și prezența elementelor renale (cilindri granuloși etc.), deci ar fi afectați numai tubii uriniferi, adică o nefroză (Schardorn, Rost etc.). Alții (Leszczinsky) găsesc și o hematurie, ceea ce înseamnă, că sunt prinși și glomerulii (nefrită).

Semnele nervoase. Se observă foarte frecvent deliruri violente, însoțite de multe ori cu convulsii tonico-clonice; însă ceea ce domină scena, e prostrația extremă, care ajunge în fine la coma terminală.

Splina. Tumefacția splinei a fost semnalată de mai mulți autori (Kaposi, Dauber, Scherber, Rost etc.). E moderată.

Evoluția I. H. Cu timpul toate simptomele mai sus amintite, progresează mână în mână.

Erupțiunile cutanate se întind prin puseuri succesive însoțite de frisoane și ascensiuni termice, invadând aproape întreaga suprafață cutanată, ba chiar și mucoasele. Pielea devine de obicei în întregime tumefiată, prezentând numeroase plăci solitare, rotund-ovalare, ori placarde mari confluențe, cu margini policiclice, acoperite cu cruste găl-

bui-brune, sau suprafețe excoriate, madidante, de o culoare roșie-vie, toate fiind înconjurate de o bordură eritematoasă, pe care se află un număr foarte mare de pustule miliare.

Procesul patologic invadează de multe ori și mucoasele, mai ales cea bucală, faringiană și esofagiană, producând eroziuni și ulcerăriuni foarte dureroase, care fac ca bolnavul să se alimenteze cu greu, ceea ce contribuie mult la agravarea stării generale.

Diareele abundente, câteodată sanghinolente produc o deshidratare a organismului. Din partea rinichilor se prezintă o oligurie cu urină tulbure și cu o albuminurie, câteodată foarte accentuată. Bolnavii slăbesc în continuu, fenomenele nervoase se intensifică, accesele convulsive și delirante vor fi frecvente, în sfârșit prostrația devine extremă și boala se termină prin colaps, sau comă într'un marasm complet.

Durata. I. H. poate evolua în mod acut, când durează 15 zile până la două luni, sau în mod subacut, când se prelungește până la 6 luni. Acest mers progresiv nu se observă însă în toate cazurile. De multe ori se prezintă remisiuni sau chiar intermisiuni, în timpul cărora febra scade, starea generală se ameliorează, erupțiunile regresează, sau dispar complet și bolnavul se crede vindecat. De fapt această vindecare poate fi completă și definitivă, cum ne dovedesc cazurile observate de Dogali, Goldschmied și Kostromin Dexeus, Font și Serra Rabert, Buschke, Renner, etc., unde după primul acces boala s'a vindecat.

De cele mai multe ori însă vindecarea e numai temporară. După un interval mai mult, sau mai puțin lung, de luni sau ani de zile (Bruhns), boala recidivează (Kaposi, Scherber, Bruhns, Renner, Du Mesnil, Marx, și Dauber etc.). Accesele noi se ivesc de obicei cu ocazia noilor sarcini (Kaposi, Walter, etc.), și unii autori chiar pretind, că femeile care au suferit vreodată de I. H. vor recidiva în fiecare graviditate (Wolf, Mulzer, etc.). Altădată recidivele se prezintă înafară de graviditate, sau puerperice, nepunându-se evidenția nici o cauză provocatoare mai însemnată.

Astfel bolnava lui Bruhns, o femeie negravidă a avut trei accese succesive, foarte distanțate în anul 1921, 1923 și 1926, fără nici o cauză provăcătoare apreciabilă.

Accesele noi pot avea o intensitate din ce în ce mai mare, terminându-se cu moarte după un număr variabil de recidive. Kaposi descrie un caz, unde accesele s'au ivit exclusiv în timpul sarcinilor; bolnava a prezentat două puseuri mai benigne, sfârșindu-se printr'o vindecare temporară, a sucombat însă cu ocazia gravidității a treia în urma unui acces foarte grav de I. H. Bolnava lui Du Mesnil, Marx și Dauber a făcut cinci accese succesive de o intensitate crescândă, ultimul puseu fiind mortal.

Altădată gravitatea acceselor consecutive scade. În cazul lui Bruhns, accesele noi au fost din ce în ce mai ușoare.

Evoluția gravidității și soarta fătului.

În ceea ce privește soarta gravidității, în cele mai multe cazuri se observă o naștere prematură cu făt mort (Hebra, Kaposi, Polmann, Kapferer, Walter etc.). Altădată s'a notat o naștere în luna VII—VIII, sau chiar la termen cu copil viu și în aparență sănătos. În majoritatea cazurilor copilul nu trăește decât câteva săptămâni, sau maximum luni și sucombă fără să prezinte fenomene patologice mai evidente. Numai în cazul lui Du Mesnil și Marx s'a putut observa la noul născut pe față, menton și pe dosul mâinilor o erupțiune pustuloasă, asemănătoare cu I. H.

Foarte rar, aproape excepțional copilul născut prematur, sau la termen e complet sănătos și supraviețuiește (Dexeus Font, și Serra Rabert, Dogali).

În majoritatea cazurilor nașterea prematură, sau la termen nu modifică de loc evoluția boalei și bolnava sucombă în 1—3 săptămâni după expulzarea fătului (Pohlmann, Walter, etc.). În cazuri mai rare maladia mamei se ameliorează în mod simțitor după facere; această îmbunătățire poate să nu fie decât trecătoare, accesele următoare ducând la sfârșitul letal, sau ea este definitivă și anunță începutul vindecării, care se produce în 1—3 luni.

Bazându-se pe aceste observațiuni, Kyrle a încercat provocarea nașterii premature pentru a modifica mersul boalei. Rezultatul terapeutic a fost nul. Bolnava a suferit în săptămâna a VII-a a maladiei.

Complicațiuni. Complicațiunile, care se pot prezenta în evoluția I. H., sunt de două feluri: 1. complicațiuni, care se ivesc la nivelul pielii și 2. complicațiuni generale.

1. *Complicațiuni cutanate.*

a) *Infecțiuni strepto-stafilococice.* Conținutul pustulelor din I. H. este steril, cum o afirmă majoritatea autorilor, care s'au ocupat cu această chestiune. Unii au reușit să cultiveze din puroiul pustulelor diferite soiuri de strepto-și stafilococi, precum și alte bacterii (vibrioni, bac. proteus, etc.), însă ele sunt considerate astăzi ca infecțiuni supraadăugate. Aceste infecțiuni secundare pot schimba ici-colea tabloul clasic al I. H. dând loc la diferitele feluri de piodermii.

b) *Vegetațiuni papilomatoase.* La nivelul câtorva regiuni (plice cutanate și articulare), unde, cum am amintit deja mai sus, în urma contactului continuu între două suprafețe cutanate și a secrețiilor fiziologice mai abondante, crustele nu se formează, fondul eroziunilor se acopere uneori cu vegetațiuni condilomatoase, ca și în pemfigus vegetans. Această complicație e rară.

c) *Erupțiuni psoriaziforme.* În unele cazuri erupțiunile cutanate se modifică foarte mult spre sfârșitul maladiei. Centrul focarelor de I. H. se acopere cu scuame lucioase, strălucitoare, care repauzează pe o bază eritematoasă, roșiatică, la periferie observându-se încă câteva cercuri de pustule. Pe rând toate focarele suferă aceeași transformare, acoperindu-se cu scuame, astfel, că la un moment dat avem un tablou clinic, care face să ne gândim la o psoriază atipică.

Acesta e stadiul psoriasiform al I. H., asupra căruia deja Kaposi și Neuman au atras atențiunea. Mai nou, Wal-similare. E interesantă mai ales observația lui Leszczinsky, ter, Dubreuilh, Richter și Leszczinsky au descris cazuri

care comunică un caz, unde s'au prezentat leziuni scuamoase compacte, formând masse conice, dedesubtul cărora s'a văzut o piele epitelizată, ușor eritematoasă. Cu timpul scuamele au devenit mult mai aderente și aspectul eflorescențelor a luat un caracter cu totul asemănător psoriazei.

Observațiunile aceste confirmă întrucâtva ipoteza, care caută etiologia psoriazei și a I. H. în tulburări endocrine.

d) *Eritrodermii exfoliative*. Ele se observă de obicei într'un stadiu mai înaintat al I. H. Erupțiunile pustuloase dispar, pielea devine în întregime tumefiată, roșie-eritematoasă, prezentând o descuamație abondentă în lambouri mari. Mai nou Kyrle descrie o astfel de complicație.

e) *Renner* amintește un caz la un bărbat, unde la 4 săptămâni după vindecarea erupțiunilor de I. H., s'a prezentat un exantem papulos, localizându-se exact la nivelul leziunilor pustuloase regresate.

2. *Complicațiuni generale*. Ele se explică prin alterarea profundă a stării generale și prin scăderea însemnată a rezistenței organismului, care permite astfel, grefarea infecțiilor noi și reactivarea proceselor latente. Acestei rezistențe micșorate se datorește reactivarea focarelor latente de tuberculoză (Kaposi, Dauber, Dubreuilh și Scherber), precum și diferitele infecțiuni intercurrente (pneumonii, peritonite, meningite, adnexite etc.), care periclitează în mod serios viața bolnavului (Kaposi, Kyrle etc.).

Afecțiuni asociate. Intr'un număr destul de însemnat al cazurilor vom găsi I. H. asociat cu alte afecțiuni. Afecțiunile aceste asociate în majoritatea lor se recrutează din grupa maladiilor, cărora li-se atribue o etiologie endocrină. Cele mai importante sunt: tetania (zece cazuri autentice), psoriaza, (Leszczinszky) și osteomalacia (Walter).

În afară de maladiile cu etiologie endocrină, găsim cazuri sporadice în care I. H. s'a ivit în decursul unor maladii nervoase, cum sunt: encefalita epidemică (Renner cu 2 cazuri) și epilepsia.

Buschke amintește un caz de I. H. asociat cu o tumoare mediastinală. Crede, că tumoarea a pornit din ti-

mus, sau tiroidă, deci și această observație pledează întru-câtva pentru etiologie endocrină.

Mortalitatea și prognostic. Hebra descriind afecțiunea în 1872 a comunicat 5 cazuri, dintre care 4 letale, a fost deci de părere, că prognosticul e foarte grav, boala e mortală în 80% a cazurilor. Mai târziu, în anul 1901, Dubreuilh, primul care s'a ocupat mai pe larg cu I. H. în Franța, adună 24 de cazuri cu 18 decese, deci o mortalitate aproximativ 75%. Mai nou în 1925 Pohlmann cercetând în această direcție, găsește asupra 51 cazuri descrise, 31 de decese, 17 vindecări și 4 cazuri, unde maladia nu s'a putut urmări timp mai îndelungat. Letalitatea aflată de acest autor se poate evalua deci cam la 60%.

Adaugând la aceste date cazurile descrise în ultimul timp, vom ajunge la următorul rezultat: până la anul 1927 avem 67 cazuri de I. H., dintre care 36 s'au terminat cu moarte, 26 s'au vindecat, iar 5 nu s'au putut urmări îndeajuns. Această cifră corespunde unei mortalități, care trece peste 50%. Ceea ce se constată, este deci o scădere incontestabilă a mortalității. Cui se datorește acest fapt, intervin oare metodele terapeutice moderne, sau o selecționare mai strictă a cazurilor de I. H., ori alte momente, nu se poate stabili deocamdată.

Prognosticul I. H. este prin urmare foarte serios, mortalitatea depășind cifra de 50%.

Diagnostic. Neavând nici un criteriu pozitiv, bacteriologic, sau anatomo-patologic, suntem nevoiți de a diagnostiza I. H. numai după fizionomia ei clinică. În aceste condițiuni trebuie să ne ținem exact de tipul descris de Hebra și Kaposi, având în vedere bine înțeles și obiecțiunile juste, care s'au făcut cu timpul acestei descripțiuni clasice și trebuie să eliminăm toate cazurile, care se de-părtează prea mult de ea.

Dealtfel în această privință, cum am amintit deja, ne-siguranța este absolută. Unii (Scherber etc.), pretind că I. H. în sensul conceput de Hebra, există exclusiv la femei și în legătură cu graviditate. Alții fac confuzii evidente cu

afecțiuni asemănătoare (dermatita herpetiformă, pemfigus vegetans, herpes gestationis), fiind descrise sub titlul de I. H. numeroase cazuri, a căror competență e cel puțin dubioasă. (Fordyce, Chambers, Whitehouse, Gunset etc.).

Din descripția clinică am văzut, că I. H. este o afecțiune cu numeroase particularități, care la un moment dat ne permit să-l diferențiam de alte boli, prezentând analogii reale cu această afecțiune.

Intr'o lucrare interesantă asupra I. H., Rost din Freiburg stabilește următoarele caractere particulare ale acestei maladii :

1. Afecțiunea evoluiază de obicei cu o temperatură ridicată, remitentă. Frisoane survin frecvent și anume cu ocazia noilor accese eruptive.

2. Leziunile cutanate debutează de obicei în jurul genitalelor și pe piept.

3. Erupțiunile sunt grupate, miliare și dela început pustuloase.

4. Debut prin etape a fost semnalat de mai multe ori.

5. Starea generală este de regulă foarte grav alterată, ducând la moarte ori în mod acut, ori în mod subacut în narasm. Reactivarea unei tuberculoze latente, care s'a semnalat în câteva cazuri, se datorește tot slăbirei rezistenței organismului.

6. Observațiuni multiple ne atrag atențiunea la nefrite, ce se pot găsi destul de des.

7. Tumefacția splinei este asemenea frecventă..

8. Mucoasele nu sunt totdeauna interesante.

9. Gravitatea nu este un factor indispensabil în producerea boalei.

10. Ganglionii limfatici nu sunt interesați ; adenite nu s'au putut evidenția.

11. Conținutul pustulelor precum și sângele bolnavilor, sunt sterile. Microbii, care s'au putut pune în evidență, trebuiesc considerați, ca infecțiuni secundare.

12. Pruritul nu constituie un simptom important ; în cazurile tipice lipsește.

La aceste constatări ale lui Rost mai putem adăuga câteva, care par a fi importante în identificarea tabloului clinic.

1. Procesul destructiv e superficial, interesând numai straturile superioare ale epidermului. Ulcerațiuni nu se observă niciodată.

2. În numeroase cazuri afecțiunea recidivează chiar în mai multe rânduri, recidivele prezentându-se de obicei cu ocazia noilor gravidități, a tulburărilor menstruale sau, altădată fără nici o cauză apreciabilă.

3. Dacă afecțiunea survine la gravide, ea se prezintă de obicei în luna VI-a, sarcina terminându-se în majoritatea cazurilor prin naștere prematură cu făt mort.

4. Nașterea de regulă nu modifică mersul maladiei.

5. Prognosticul este mai puțin grav, cum s'a crezut mai înainte, mortalitatea fiind proximativ 50%.

6. Există cazuri indiscutabile la bărbați.

Având în vedere aceste considerente, *diagnostucul diferențial* va fi mult ușurat. În această privință sunt importante mai ales următoarele afecțiuni, cari în numite condițiuni s'ar putea confunda cu I. H.

1. *Dermatita herpetiformă Duhring*, numită de autorii vechi pemfigus cronic benign, de Cazenave și Hardy pemfigus pruriginos cu bule mici și mai nou de Brocq dermatită polimorfă dureroasă cronică, cu puseuri succesive este o afecțiune cutanată cronică, caracterizată printr'o erupție polimorfă, care debutează pe extremități și care nu este niciodată exclusiv pustuloasă, cum e I. H. La un bolnav, care suferă de această maladie, găsim un tablou clinic constituit din elemente cele mai diferite, repartizate într'un mod simetric: vezicule, mai mult sau mai puțin numeroase, bule de un volum variabil, prezentându-se pe o bază eritematoasă, sau pe o piele nealterată, pete eritematoase cu epiderm intact, erupțiuni urticariene și leziuni papuloase. Conținutul veziculelor și al bulelor poate deveni purulent prin infecții secundare ; altădată în urma hemoragiilor el

devine hemoragic. Ca leziuni secundare putem afla cruste, scaune și pigmentațiuni. Manifestațiunile cutanate sunt mult mai diseminate, ca la I. H., nu formează placarde așa de compacte și nu ating cu aceeași predilecție plicele articulare.

Erupția e precedată și acompaniată de regulă de un prurit intens, de arsuri și furnicături și de o tensiune dureroasă a pielii. Starea generală nu este alterată, decât foarte târziu, când în urma pruritului și a insomniei consecutive, bolnavul devine neurastenic. Caracterele unei infecțiuni profunde, ca la I. H. nu vom găsi nici odată.

se prezintă în afară de graviditate sau puerperiu, nepu-

Afecțiunea evoluează ani de-a rândul prin puseuri succesive, mai mult sau mai puțin distanțate. Prognosticul *quod vitam* e bun, sfârșitul letal fiind excepțional.

2. *Herpesul gestationis* e dermatita polimorfă a gravidității. Erupțiunile apar de regulă în ultimele 6 luni ale sarcinii, debutând pe membre, în particular pe cele superioare și numai rar la nivelul ombilicului. Ele pot rămâne localizate, însă de cele mai multe ori se generalizează. Erupțiunile pot fi precedate de frisoane, ascensiuni termice, transpirațiuni și delirii, însă aceste fenomene sunt foarte inconstante. În schimb pruritul, arsurile și durerile cutanate sunt totdeauna prezente. Leziunile sunt polimorfe: macule, plăci urticate, papule, vizicule, bule și pustule. *Herpesul gestationis* dispare de obicei spre sfârșitul stării puerperale; destul de frecvent, după mai multe puseuri succesive, ivite în decursul sarcinilor repetate, el poate persista timp îndelungat chiar și după naștere. Are o tendință marcată de a face recidive și de a se agrava la fiecare nouă graviditate.

Starea generală, afară de o prostrație ușoară, nu este atinsă. Prognosticul e benign; în toată literatura medicală numai 2 cazuri mortale sunt cunoscute.

Punctele de diferențiere față de I. H. sunt deci numeroase. Debutul în regiunile perigenitale, erupțiunile grupate, miliare, dela început pustuloase, fenomenele gene-

rale grave, lipsa pruritului etc., sunt semne suficiente pentru a exclude herpesul gestationis și a pune diagnosticul de I. H.

3. *Pemfigusul vegetant*, afecțiune descrisă de prima oară de Neumann, prezintă numeroase analogii cu I. H. Astfel localizarea erupțiilor în regiunile genitale și perigenitale, la nivelul plicelor articulare și cutanate, gravitatea fenomenelor generale și o prognosticului sunt fenomene, care se observă la fel în ambele maladii. Vegetații condilomatoase au fost notate și în I. H., însă până când la pemfigus vegetant ele reprezintă un caracter constant, la I. H. sunt excepțiuni.

Diagnosticul diferențial se bazează pe leziunile primitive, care sunt bule voluminoase, diseminate și extensive la pemfigus vegetant și mici grupuri pustuloase la I. H.

De altfel mai mulți autori susțin, că există legături intime între aceste două afecțiuni; viitorul ne va arăta, dacă va trebui să le unim, sau nu.

4. *Dermatiță pustuloasă cronică în focare cu progresie excentrică* (maladia lui Hallopeau, piodermită vegetantă). Hallopeau a descris în 1889 sub această denumire o afecțiune rară, din care literatura medicală nu dispune decât de 6 cazuri. Boala e caracterizată prin producție de focare supurative, debutând prin mici placarde de pustule, situate la pubis, axilă, pielea păroasă a capului, gură, mâini, sau picioare. Leziunile se extind periferic încetul cu încetul și confluează, constituind grupuri neregulate cu centrul vindecat. De multe ori se observă și o extensiune serpigionoasă. După desfacerea pustulelor, dermul se îngroașă, sau devine sediul unei proliferațiuni vegetante. Erupțiunile nu se localizează cu preferință în pliurile articulare și regiunile perigenitale și se generalizează foarte lent, sau în multe cazuri nu se generalizează, rămânând cantonate în anumite regiuni. „E o formă de infecție piogenică cronică limitată a tegumentelor“, cum concludă Hallopeau.

Maladia durează ani de zile, sau chiar zeci de ani (30 de ani în cazul lui Stowers) și nu produce nici o al-

terare a stării generale. Nu prezintă nici o legătură cu graviditatea.

Deci lipsa gravidității, sau a peurperiului, supurațiile profunde, îngroșarea și indurația dermului, benignitatea, absența tulburărilor generale, durata lungă sunt caracterele diferențiale cele mai importante față de I. H.

Aceste sunt afecțiunile cele mai importante, pe care trebuie să le avem în vedere, când procedem la diagnosticul diferențial al I. H.

Etiologie și patogenie.

Datele, pe care le posedăm asupra naturei I. H. sunt insuficiente și astfel etiologia și patogenia acestei afecțiuni, ca a celor mai multe dermatoze, nu sunt încă clarificate. Teorii și ipoteze există în număr foarte mare, însă nici una dintre ele nu este în stare să ne explice perfect natura acestei maladii. Ivirea ei mai ales la femei și mai cu seamă în timpul gravidității, debutul special în regiunile perigenitale, sau chiar la nivelul organelor genitale externe, temperatura ridicată, starea generală gravă, moartea de obicei în marasm, precum și multe alte observațiuni clinice au servit drept puncte de plecare pentru diferitele teorii.

Teoriile cele mai importante se pot clasifica în modul următor.

1. *Hebra, Jarisch și Neumann* cred, că există o afecțiune a organelor genitale femești, în special a uterului, care la rândul ei pe cale neuroreflectorică produce fenomenele patologice caracteristice. Această teorie astăzi nu se mai admite.

2. *Teorii nervoase.* Du Mesnil susține o îmbolnăvire a sistemului nervos, bazându-se mai ales pe repartizarea simetrică a erupțiunilor cutanate.

Renner, observând 2 cazuri de I. H. ivite în decursul unei encefalite epidemice, bănuiește o afecțiune a centrilor din mezencefal.

3. *Teorii toxice.* Un mare număr de autori, bazați pe

observațiunile lor clinice și pe negativitatea examenului bacteriologic atât în sânge, cât și în puroiul pustulelor, privesc I. H., ca rezultatul unei auto-intoxicațiuni de natură variabilă.

Astfel Scheuer, Pohlmann și Wechselmann încredințează anumite materii toxice (toxine sau fermenți) de proveniență placentară. Scheuer face legătură între teoria lui Seitz despre etiologia și patogenia eclampsiei și I. H., susținând că mecanismul de producere al acestuia din urmă este identic cu cel al eclampsiei, având ca punct de plecare constant placenta.

Wechselmann privește I. H. a o autointoxicație prin toxine placentare a organelor, care contribuie la neutralizarea produselor toxice ale organismului și anume mai ales ficatul, splina, hipofiza și timusul. Intr'un sens cu totul modern deci aceasta teorie se poate concepe drept teorie endocrină, privind I. H., ca rezultatul unor tulburări în funcțiunea glandelor cu secreție internă.

Tommasoli susține și el o autointoxicație, însă în urma unor tulburări în metabolism.

4. *Teorii endocrine.* O mare parte a autorilor moderni caută originea maladiei, în afecțiunile glandelor endocrine

Astfel Schardorn pe baza cazurilor observate încredințează hipofuncția, sau afuncția glandelor paratiroide cu producerea I. H., deci o autointoxicațiune prin a-, sau hipoparatiroidism. Acest autor a observat doi bolnavi, la care I. H. s'a dezvoltat în legătură cu o tetanie după strumectomie. Cazuri cu totul identice au fost relatate de Scherber, Wagner, Kapferer, Kolisch, Walter și Kyrle. E semnificativ mai ales cazul comunicat de Kyrle, unde la autopsie s'a putut constata lipsa celor patru paratiroide.

Leszczinky a prezentat la Societatea Dermatologică din Lemberg un caz unde I. H. și-a făcut apariția la o persoană atinsă de psoriază, având și fenomenul lui Chwostek pozitiv, deci o tetanie larvată. Acest autor într'un studiu remarcabil ne face să căutăm patogenia psoriazei în sistemul cranio-cervical al glandelor endocrine, adică în tiroidă și timus. Cazul descris de el, fiind vorba de psor-

riază, tetanie și I. H. la un acelaș individ, ne îndreptățește să bănuim oareșicari legături între aceste trei afecțiuni. De altfel avem la dispoziție numeroase observațiuni (Neumann, Gross, Dubreuilh, Richter, Leszczinsky și Walter), care ne atrag atențiunea asupra modificării accidentelor cutanate către sfârșitul maladei. Și anume în mai multe cazuri s'a observat apariția scuamelor lucioase, argintii la nivelul focarelor de I. H., dând un tablou clinic asemănător psoriazei și vorbindu-se la acești bolnavi de un stadiu psoriaziform al I. H.

Pe de altă parte, în afară de cazurile de mai sus, unde legătura între I. H. și tetanie este evidentă, există încă o serie de momente, care pledează pentru unitatea patogenetică a acestor două maladii. Schardorn examinând foarte minuțios cazurile publicate, a putut găsi anumite simptome, care tradează o tetanie larvantă, sau latentă. Astfel a descoperit de exemplu, contracțiuni tonice și clonice, tulburări intestinale, diaree, căderea părului, și a dinților, onicoze etc.; chiar și faptul că I. H. ca și tetania se prezintă mai ales primăvara, este un argument în ochii lui Schardorn, pentru a demonstra cât se poate mai bine legătura, ce există incontestabil între aceste două afecțiuni.

În 1922 Walter din Cracovia descrie un caz de I. H. acompaniat de osteomalacie. Cazul pare a fi spus Walter, foarte instructiv, osteomalacia fiind o afecțiune cauzată prin tulburări în metabolismul calciului, care la rândul lui este condiționat de totalitatea glandelor endocrine cu preponderanța paratiroidelor. Ivirea I. H. împreună cu osteomalacia ar demonstra, cum concludă Walter, că afecțiunea, despre care vorbim, e datorită unor tulburări, care interesează totalitatea glandelor cu secreție internă, atingând însă cu predilecție hipofiza și paratiroidele. Prin aceste concluzii Walter confirmă teoria emisă de Ziemann, care crede într'o autointoxicație, produsă de tulburările echilibrului endocrin.

Mai târziu în 1927, Walter descrie încă 2 cazuri de I. H. care ca și cazurile lui Schardorn, Kyrle, Kapferer

etc., au fost însoțite de simptome de tetanie, ceea ce îl face să susțină și mai mult origina endocrină pluriglandulară a I. H.

La aceste concluzii ajunge și Tyrb. Acest autor comunică un caz de I. H. la un bărbat, la care prin examenul radiologic s'a găsit o hipertrofie a hipofizei. Vorbind despre patogenia I. H., el amintește că o ușoară hiperplazie a acestei glande este de regulă în timpul gravidității; odată limita fiziologică depășită se prezintă fenomenele patologice cunoscute. Tyrb crede totuși, că hipertrofia hipofizei nu poate produce singură I. H., ea este numai un moment adjuvant.

De altfel faptul, că I. H. se manifestă în cele mai multe cazuri în decursul sarcinei, constituie după mai mulți autori un argument important în favoarea etiologiei endocrine. În această perioadă, după cum știm, sistemul endocrin lucrează cu energie maximă, deci sunt date toate condițiunile, ca turburările lui până atunci latente să se prezinte cu cea mai mare intensitate. Această opinie este confirmată prin unele observațiuni, care ne atrag atențiunea asupra aparițiunii simptomelor ușoare de I. H. în timpul gravidităților precedente, când echilibrul endocrin a fost deranjat numai în parte și în mod trecător. Mai târziu sarcinile repetându-se, el va fi compromis în mod definitiv și restabilirea stării normale devine imposibilă.

Pentru a demonstra cât mai bine originea endocrină a I. H., autorii au recurs la opoterapie; în acest scop Scharldorn a administrat extract de paratiroide, iar Kyrle a făcut transplantarea acestor glande, însă fără nici un rezultat. Afecțiunea a evoluat în ambele cazuri neinfluențată către sfârșitul letal.

Profesorul Walter încearcă să explice acest eșec al opoterapiei. După el alterațiunile glandelor endocrine sunt așa de avansate, încât echilibrul nu se mai poate restabili. Pe de altă parte administrarea extractului unei singure glande nu poate fi eficace, când întregul sistem endocrin este interesat. Pentru a face o opoterapie totală, Walter

înrebuințează serul de gravide normale, care după explicația lui ar menține echilibrul endocrin, până ce organismul însuși ese victorios din criză. Walter afirmă că a obținut ameliorări sensibile cu aplicarea acestui ser.

În rezumat se poate spune deci, că aproape toți autorii partizani ai teoriei endocrine ajung la aceleași concluziuni: I. H. e o afecțiune datorită unei insuficiențe poliglandulare, fiind interesate toate glandele endocrine, în particular paratiroidele și hipofiza.

5. *Teoria infecțioasă.* E foarte veche. Deja Kaposi pe baza unor autopsii, unde a aflat alterațiuni patologice însemnate ale organelor interne (endometrită, perimetrită, peritonită tuberculoasă), a început să privească I. H. de un proces piemic.

Teoria lui a fost relevată în ultimul timp de Rost și de Darier. Într'o lucrare asupra I. H. Rost se pronunță pentru etiologia infecțioasă. După concepția lui, I. H. e o boală infecțioasă al cărei agent patogen cu metodele actuale nu se poate pune în evidență. Ori ce încercare de a-l demonstra în puroiul pustulelor, sau în sânge a rămas zadarnică. Majoritatea autorilor moderni (Bruhns, Leszczinszky, Schardorn, Rost, etc.) susține, că atât conținutul pustulelor, cât și sângele bolnavilor sunt sterile. Însămânțările, hemoculturile, precum și examenele microscopice repetate nu au dat nici un rezultat.

De fapt unii autori au reușit să evidențieze diferiți microbi piogeni în conținutul pustulelor, sau în sângele bolnavilor însă toate acestea sunt considerate astăzi de infecțiuni secundare.

Aspectul histologic este pentru un proces infecțios; pielea prezintă fenomene inflamatorice acute, cu un edem moderat și cu o pustulizație în epiderm. În conținutul pustulelor s'a găsit o eozinofilie pronunțată (Rost), ceea ce încă ar pleda, spune Rost, pe lângă etiologia infecțioasă a I. H.

Argumentând mai departe, aduce dovezi din patologia animală: la câine există o boală infecțioasă foarte gravă, datorită unui agent patogen necunoscut și numită Hun-

destaube. Această maladie prezintă mai multe analogii cu I. H., între care și faptul, că erupția este dela început pustuloasă.

Virusul hipotetic, după concepția lui Rost, ar exista, poate ca saprofit, la nivelul organelor genitale, în special în vagin, ca în anumite condițiuni (graviditatea) exaltându-și virulența să pătrundă în circulația generală. Ajungând la periferie, produce erupțiunile cutanate tipice, cauzând în acelaș timp prin toxinele sale și semne generale grave.

Acestea sunt principalele teorii enunțate în timp de 56 de ani de când I. H. e cunoscut. Desigur multe dintre ele nu au putut rezista evoluției științei medicale. În starea actuală a cunoștințelor noastre asupra acestei maladii, teoria endocrină și cea infecțioasă stau pe primul plan. Prima incriminează o insuficiență poliglandulară, a doua un virus necunoscut, însă nici una dintre ele nu este în stare să răspundă într'un mod perfect la toate chestiunile, ce se pot ridica în această privință.

Anatomie patologică.

Stuiul anatomo-patologic al acestei afecțiuni nu ne dă nici o indicațiune exactă asupra etiologiei, sau patogeniei ei.

Histopatologia pielei. Leziunile pielei au fost studiate mai amănunțit de Du Mesnil, și Marx, Dauber, Dubreuilh și Schultze. Mai nou Rost s'a ocupat cu această chestiune și în lucrarea sa, apărută în 1921, publică și trei figuri histologice frumoase, primele dela I. H. Descripțiunile, pe care le dau acești autori sunt aproape complet concordante: anatomia patologică a pielei nu prezintă nimic deosebit, alterațiunile fiind aceleași, ca și la alte afecțiuni pustuloase. De altfel rezultatele cercetărilor histopatologice le putem rezuma în modul următor:

Epidermul, e foarte subțiat. Stratul cornos în mai multe locuri lipsește complet. În alte părți e reprezentat numai prin câteva lame subțiri. Stratul granulos e asemenea.

foarte redus, prezentând cel mult 1—2 straturi celulare, iar în unele locuri lipsește complet. Paralel cu dispariția stratului granulos se observă ici-colea prezența celulelor nucleate în stratul cornos : parakeratoză.

Prelungirile interpapilare ale epidermului sunt în anumite părți foarte neregulate. Unele sunt mult mai late, ca în stare normală, iar altele sunt alungite și pătrund profund în derm.

În afară de aceste alterațiuni patologice, epidermul prezintă un proces de pustulizație. În preparatele histologice ele se prezintă sub forma de mici cavități goale, superficiale, delimitate în sus de stratul cornos foarte subțiat, iar în jos și în părțile laterale de stratul spinocelular. Alte pustule sunt mai profund situate ; ele sunt așezate în interiorul unei papile epidermice, fiind acoperite astfel de toate straturile epidermului. Se observă în fine pustule de dimensiuni mai mari, care ocupă întreaga grosime a epidermului, părțile lor superior fiind constituit numai de câteva lamele subțiri ale stratului cornos. Conținutul pustulelor e format în cea mai mare parte de leucocite polinucleare, mai ales eozinofile (Rost). Pe lângă acestea găsim celule rotunde mari, având un singur nucleu voluminos, colorat roșu intens cu eozină și niște corpusculi amorfi (Walter).

În imediata apropiere a acestor pustule se observă o dislocare a celulelor stratului spinocelular în urma distinderii filamentelor intercelulare : spongioză. La nivelul spațiilor intercelulare ale acestui strat se găsesc numeroase leucocite polinucleare eozinofile, mai cu seamă în vecinătatea pustulelor. Celulele epidermice în jurul erupțiilor pustuloase sunt mult mai mari, se colorează slab și au un nucleu puțin distinct.

Dermul prezintă o infiltrație difuză, care interesează în special stratul papilar și subpapilar. Infiltratul constă din limfocite, fibroblaști și polinucleare neutrofile și eozinofile. Eozinofilele sunt mai ales foarte numeroase dedesubtul pustulelor epidermice. Mastzellen și celule plasmatice nu s'au putut evidenția. Vasele sanguine și limfatice

ale dermului sunt dilatate. În straturile mai profunde ale dermului infiltratul se găsește în special în jurul vaselor dilatate, sau câteodată în cantitate foarte mare în vecinătatea glandelor sudoripare.

Stratul collagen e edemațiat și ușor rarefiat. Fibrele elastice sunt în unele locuri, unde edemul și infiltrația sunt prea pronunțate, ori deformate, ori chiar distruse, însă nici odată într'o măsură mai importantă. Foliculii piloși, glandele sudoripare și sebacee, precum și terminațiunile nervoase nu prezintă alterațiuni patologice mai însemnate. Deci cum concludde Rost, e vorbă de un proces inflamator acut al pielii, cu un edem moderat și cu o pustulizație miliară, în conținutul pustulelor putându-se evidenția o eozinofilie pronunțată.

Ceea ce este însă faptul cel mai important și formează până la un oarecare grad un caracter diferențial al acestei afecțiuni, e sterilitatea absolută a conținutului pustulelor și a pielii (Schardorn, Bruhns, Rost, Walter, Leszczinsky etc. Diferiții microbi (stafilo-streptococi, proteus, vibrioni), evidențați în conținutul pustulelor sunt considerați astăzi, ca infecțiuni secundare, sau simplii saprofiți.

S'a controlat și starea sângelui din acest punct de vedere. Hemoculturile repetate nu au dat nici un rezultat: sângele bolnavilor de I. H. nu conține microorganisme, e steril (Bruhns, Rost, Schardorn, Lenzczinski, Walter etc.).

În privința modificărilor cantitative ale elementelor figurate din sânge, rezultatele cercetărilor sunt foarte discordante. Unii au găsit o leucocitoză moderată (13—17,000), fără alterațiuni mai profunde ale formulei leucocitare (Rost, Walter). Alții au pus în evidență o diminuare a numărului global al leucociților, acompaniată de o eozinofilie pronunțată (Bruhns). Numărul hematiilor e de obicei normal, sau prezintă numai modificări neînsemnate. Din nefericire, foarte multe lucrări nu dau nici o indicațiune referitor la tabloul sanghin, astfel, că concluziuni definitive nu se pot face încă în această privință.

Din punctul de vedere al leziunilor viscerale, diferitele

autopsii nu ne furnizează rezultate concordante. În foarte multe cazuri, putem spune chiar în majoritatea cazurilor nu s'au găsit alterațiuni organice importante, capabile să explice evoluția fatală a acestei afecțiuni (Kaposi, Kyrle etc.). În alte cazuri s'au observat leziuni foarte diverse: peritonită tbc. (Kaposi), peritonită purulentă, salpingită purulentă (Walter), tbc. pulmonară, lipsa paratiroidelor (Kyrle) și multe alte afecțiuni, însă nici una nu s'a găsit în mod constant, sau cel puțin așa de frecvent, încât am putea să-i atribuim un oarecare rol în producerea erupțiilor.

Tratamentul I. H.

Nefiind clarificată nici etiologia, nici patogenia I. H., de un tratament propriu zis al acestei afecțiuni nici nu se poate vorbi. Aruncând o privire generală asupra metodelor și procedeelelor folosite de diferiții autori vom vedea, că aproape fiecare aplică altă terapie, corespunzătoare ideilor sale despre natura I. H. Găsindu-se asociat cu alte afecțiuni, cum e tetania, osteomalacia etc., unii s'au gândit în primul rând la tratamentul acestor maladii, crezând, că ele sunt cauzele provocatoare ale I. H. Unii îl concep, ca o infecție și în tratează cu desinfectante; alții văd în I. H. o discriinie și aplică diferite preparate opoterapeutice.

În general tratamentul I. H., cuprinde două mari capitole:

1. *Tratamentul local*, constă în desinfecția suprafeții cutanate, grăbirea epitelizării eroziunilor, aplicarea antiflogisticelor și calmarea durerilor, eventual al pruritului. În acest scop s'au întrebuintat și se întrebuintează numeroase medicamente sub cele mai diferite forme. Cele mai principale sunt următoarele:

Comprese: au o acțiune antiflogistică, epitelizantă și până la un punct anodină; ele se aplică mai ales pe anu-

mité regiuni unde în urma dispozițiilor regionale speciale, leziunile prezintă o tendință marcată la madidare. Se folosesc comprese cu licoarea lui Burow, cu sol. de acid boric 3% ; cu rezorcină 1/2%, cu acid tanic 1% etc.

Loțiuni: Dubreuilh recomandă loțiuni cu o soluție foarte diluată de creolină ; au o acțiune desinfectantă.

Pudraje : se aplică în scop antiflogistic, desinfectant, sau antipruriginos. Ca excipient folosim talcul, oxidul de zinc, sau amidonul, combinate, ori nu și încărcate cu diferite substanțe active : acid salicilic 1% (Dubreuilh), mentol 1/2%.

Badijonări : Bruhns întrebunțează cu rezultate bune, badijonări cu tripaflavină (sol. alcoolică 1%), în scop epitelizant. Nitratul de argint în sol. diluate 5—10% face asemenea servicii bune.

Alifii : se pot prescrie cu cele mai diferite substanțe active : desinfectante (Brocq : collargol), anodine, antipruriginoase (Kaposi : acid fenic), etc. Mulți autori aplică numai alifii indifferente.

Băi : ele pot fi cu apă normală, alcalină, ori cu desinfectante. Se folosesc în scop de a calma intensitatea fenomenelor inflamatorice și iritative ale pielii.

2. *Tratamentul general.* Avem procedee și metode foarte numeroase, însă tocmai multiplicitatea lor arată nesiguranța, care există în acest domeniu.

Partizanii teoriei infecțioase (Rost, Brocq, etc.), recomandă o terapie antiinfecțioasă și desinfectantă energetică : injecțiuni intramusculare și intravenoase de electrargol, collargol ; chinină în doze mari etc.

Alții bazându-se pe numeroasele observațiuni, care par a afirma etiologia endocrină a I. H., administrează diferite preparate și procedee opoțerapeutice. Astfel Kyrle recurge la operațiuni chirurgicale, făcând transplantarea paratiroidelor, însă fără rezultat.

Majoritatea autorilor de astăzi se înclină spre o opoțerapie pluriglandulară. În acest scop se pot întrebunța în primul rând diferitele extracte din comerț : ovar, tiroidă,

paratiroidă și hipofiză. Mayer, Linser, Walter, Dexeus, F'ont, Serra Rabert, etc., recomandă ser de gravide normale, injectat intramuscular, sau intravenos, afirmând că au obținut vindecări complete cu această terapie.

Dogali pretinde, că a produs vindecarea definitivă cu naștere normală la termen a unui caz de I. H. prin injecțiuni subcutanate cu serul din cordonul ombilical al unui făt normal.

Tot aici putem aminti și nașterea prematură artificială (Kyrle), care însă n'a dat rezultat.

Goldschmied și Kostromin au reușit să vindece un caz de I. H. prin auto-vaccin. Au cultivat streptococul (*streptococcus pyogenes brevis hemolyticus*) evidențiat în conținutul pustulelor și cu autovaccinul preparat au făcut injecții intracutane tot la 3—5 zile. Afecțiunea s'a vindecat după 16 injecții. Autorii cred că efectul se datorește administrării intracutane a vaccinului (Besredka).

În afară de aceste medicații, pretinse etiologice trebuie se facem un tratament simptomatic al afecțiunii. Pentru roborarea organismului administrăm tonice, contra febrei continue dăm antitermice; prescriem la nevoie analgezice, antidiareice, antisudorifice și diuretice. Cu un cuvânt ne vom îndrepta contra tuturor fenomenelor morbide, care sunt capabile să agraveze și mai mult starea generală.

OBSERVAȚIA PERSONALĂ.

Boinava C. L. în etate de 22 ani, căs., casnică, locuitoare în Huedin, întră în Cl. Derm.-ven. din Cluj cu o erupțiune cutanată. zz

Făcându-i-se interogatoriul, se constată, că antecedentele heredocolaterale sunt fără importanță. În cece privește antecedentele personale, putem remarca următoarele: menstruată primată în etate de 14 ani, menstruațiile se succed regulat, având o durată de 3—4 zile. Neagă maladiile infectocontagioase și venerice. Nu e alcoolică, nu fumează.

Aproximativ de 9—10 luni menstruațiile lipsesc. Nașteri n'a avut, neagă avorturile.

Istoricul boalei actuale. Boala actuală datează de 3 luni; a debutat în luna a VI-a a gravidității, când după ușoare frisoane și ascenziuni termice, pe reg. inferioară a abdomenului i-au apărut numeroase plăci eritematoase, ușor ridicate din nivelul pielei, formându-se pe această bază mici leziuni pustuloase. Într'un timp scurt pustulele s'au crustificat, iar plăcile s'au extins prin formarea noilor elemente pustuloase în zona lor periferică. Astfel, în urma extensiunii periferice rapide și confluării plăcilor primitive au luat naștere placarde mari, care cuprind regiuni întregi.

Bolnava spune, că în ultimul timp a pierdut mult în greutate.

Examenul obiectiv. Bine dezvoltată, slab nutrită; țesutul musculo-adipos redus. Temp. 38,6 C., puls 90.

Leziuni cutanate. Prezintă o erupțiune cutanată localizată simetric pe reg. mamelonară, abdomen, reg. inguino-crurala și pe fața anterioară și internă a coapselor. La nivelul acestor regiuni se prezintă un placard mare, cu margini policiclice, neregulate, însă bine delimitate, având 2 zone foarte caracteristice: Zona centrală e acoperită cu cruste galbene-brune, murdare, sub care găsim suprafețe erozive, superficiale, secretând un lichid sero-purulent, de o culoare galbenă-verzuie. Zona periferică e proeminentă din nivelul pielei, formând o brodură roșie-eritematoasă, presărată cu numeroase leziuni pustuloase, de dimensiunea unei gămălii de ac, așezate foarte dens una pe lângă alta și pline cu o secreție purulentă. În jurul acestui placard principal, se găsesc numeroase plăci mai mici, de mărimea unor piese de 1—2 lei, până la dimensiunile unei palme de copil, rotunde-ovalare, prezentând și ele o zonă centrală crustasă mai deprimată și o bordură periferică pustuloasă. Atât placardul mare, cât și cele mai mici sunt înconjurate de un halo eritematos foarte evident.

Bolnava acuză arsuri violente la nivelul leziunilor cutanate.

Mucoasele nu sunt afectate.

Sistemul cardio-vascular. Se constată o insuficiență mirtală. E gravidă în luna a IX-a, primipară.

Din partea celorlalte organe nu se observă nici-o alterațiun mai însemnată.

Pe baza simptomelor cutanate și generale s'a pus diagnosticul de I. H. A doua zi prezentându-se încă durerile de facere, am fost nevoiți să transpunem bolnava la Cl. Obstetricală, unde însă în aceeași zi a născut un copil în aparență sănătos, care a sucombat totuși peste 3 săpt., fără să prezinte fenomene patologice mai însemnate. După naștere starea bolnavei nu s'a ameliorat de loc, chiar din contră s'au prezentat erupțiuni noi, însoțite de frisoane și ascensiuni termice. În stare gravă s'a retranspus deci la Cl. noastră în 4, IV. 1927. La noi se începe un tratament simptomatic, administrându-i autosânge, 5—20 cm.³, tot la 2—3 zile intraînuscular, iar intern urretropină în doze mari și cardiotonice pentru susținerea cordului. — Starea bolnavei nu s'a ameliorat însă de loc. Am sistat autohemoterapia și am trecut la glucoză, făcând injecții intravencase cu o soluție 50%, 5—10 cm.³ tot la 2 zile. Local s'a administrat oleu zincat și băi cu permanganat de potasiu, pentru calmarea fenomenelor inflamatorii, și desinfecția suprafeței cutanate. După 2 săpt. leziunile au prezentat o tendință de regresione, ne mai apărând erupțiuni noi. Temperatura, care mai înainte oscila între 38—40 C., a scăzut încet, ajungând la 37,4—37,8 C. — Pielea a devenit roșie-iretematoasă, infiltrată, cu o descuamație difuză, abondentă, leziunile pustuloase fiind aproape complet dispărute.

Se continuă cu administrarea glucozei și a cardiotonicelor; bolnava devine afebrilă, deși din când în când mai apar puseuri eruptive discrete. În luna Mai pielea ia un aspect aproape normal, încât bolnava, în aparență complet vindecată, părăsește clinica la cererea proprie în 18, V. 1928.

Acasta stare, după afirmația bolnavei, s'a menținut aproximativ timp de o lună, după care s'au prezentat din

nou erupții caracteristice, însoțite de fenomene generale grave, astfel că a fost nevoită să reintre în clinică la 9, VII. 1927.

Examenul obiectiv. Slăbită, emaciată, anemică; temp. 38,6 C.

Examinând pielea se observă, că afecțiunea interesează aproape întreaga suprafață cutanată, respectând numai fața, tălpile și palmile. Pe abdomen, spate, flancuri, pe fața int. a copselor și pe gât pielea e ușor infiltrată și eritematoasă, prezentând placarde mari, neregulate, cu toate caracterele descrise de Hebra, iar ici-colea o descuamație în lambouri mari. Pe extremități și pe pielea păroasă a capului se prezintă plăci eruptive mai mici, diseminate. Subiectiv bolnava acuză ușor prurit și arsuri violente la nivelul erupțiilor.

Se începe tratamentul cu injecțiuni intravenoase de glucoză, care cu ocazia primului acces au dat rezultate foarte bune, iar local se aplică vaselină boricată și mixtură agitantă cu acid boric. Prezintă diarei intense. Temperatura e remitentă, neregulată, 38—40 C.; erupțiuni noi apar încontinuu, mai ales pe față, frunte, pleoape și extremități. Aceasta stare durează 2 săpt., după care nu se mai observă leziuni noi, iar cele vechi se crustifică. Bolnava se simte mai bine, pofta de mâncare revine și temperatura scade. In 24, VIII, e afebrilă. Se continuă mai departe cu administrarea glucozei; crustele cad, pielea de la baza lor e eritematoasă cu o descuamație lameolasă, abundantă. Local aplicăm numai mixtură cu acid boric pentru a nu irita tegumentele. In 21, VIII, leziunile sunt complete regresate, oferind un aspect aproape normal.

In acest timp pe baza unor observațiuni, care caută origina I. H. într'o disfuncție ovariană, am încercat ca pe lângă glucoză să administrăm și un extract de ovar și de corp galben (glanduovin, folliculin). Ele au produs însă un efec cu totul nedorit. In 22/VIII, deja după I. inj. de extract ovarian pe abdomen, gât și extremități apare o nouă erupție pustuloasă, acompanită de asc. de temperatură până la 39—40 C. Starea gen. e gravă, bolnava oferă un

aspec. tific, adinamic. — În fața acestui tablou, care amintește o septicemie, am crezut de bine să administrăm un tratament desinfectant energetic cu Neosalvarsan și Electrargol în doze crescânde, iar local am aplicat în mod succesiv și după necesitate mixturi cu acid boric, vaselină boricată, oleiu zincat și din când în când băi simple, sau cu permanganat de potasiu.

După câteva injecțiuni se sistează Neosalvarsanul și Electrargolul, ele dovedindu-se ineficace și se trece la proteinoterapii cu Aolan, 5—10 cm.³ intramuscular tot la 2—3 zile.

Acest acces eruptiv durează aproximativ 2 luni; în acest interval eruțiunile se repetă frecvent și în mod foarte neregulat. Temperatura e asemenea neregulată, remitentă, iar starea gen. se menține gravă. În tot timpul se administrează proteinoterapia și tratamentul local mai sus amintit. În luna Oct., spre sfârșitul ei, tablou se schimbă: afecțiunea trece într'o eritrodermie exfoliativă. Tegumentele devin edemațiate, eritematoase, calde și sensibile. Se continuă cu injecții de Aolan, 10 cm. tot la 2 zile, aplicându-se local numai oleu zincat. La începutul lunii Noembrie eritemul și edemul pielii sunt deja mult regresate și se prezintă o descuamație abondentă, ici-colea în lamburi mari. Starea gen. se îmbunătățește mult, cu toate că începând de la 7, XI. apar din nou leziuni pustuloase, însă foarte discrete și neînsoțite de simptome gen.

Bazându-ne pe faptul, că extractele de ovar au produs o exacerbare a fenomenelor patologice, am încercat paralizarea funcțiunei acestor glande, presupunând că o hiperfuncție a lor stă la baza I. H. În intervalul dintre 10, XI. și 14, XI. bolnava a primit 4 ședințe de Röntgen asupra ovarelor, administrându-i doza totală de castrare.

Accesele eruptive se repetă mai departe, interesând aproape întreaga suprafață cutanată. În unele locuri pustulele confluează, dând loc la flictene mari, neregulate, cu pereți flași și cu conținut purulent. Se continuă cu administrarea Aolanului, 10 cm.³ tot la 2 zile, iar local, fenomenele inflamatorii fiind foarte exprimate, se trece la com-

prese cu acid tanic 1—2%. Fenomenele generale, cum am amintit deja, au lipsit complet în aceasta perioadă, bolnava fiind afebrilă și cu stare gen. relativ bună.

La 26, XI. prezintă o ascensiune termică 39 C. și apar leziuni noi pe abdomen, plicele inghinale și plicele cotului. Temperatura devine continuă, cu caracter remitent, ajungând până la 40°—40,3° C. și erupțiunile se repetă încontinuu. La 30, XI. administrăm 5 cm. Electrargol i. m., după care atât fenomenele cutanate, cât și cele generale scad puțin în intensitate. Pustule noi apar mult mai rar, iar cele vechi regresează, astfel că la 4, XII. aproape întregul corp e acoperit cu cruste galbene-verzui, sub care se găsesc suprafețe erozive, purulente. Incetul cu incetul temp. scade, crustele cad, tegumentele de la baza lor fiind epitelizate, eritematoase, cu o descuamație fină pe trunchi și în lambouri mari pe părțile distale ale extremităților, mai ales pe mâni.

La 30, XII., pe baza observațiilor unor autori, care pretind, că au obținut rezultate foarte bune cu ser de gravide formale, am încercat și noi să administrăm astfel de ser 5—7 cm.³ intramuscular, tot la 2—3 zile. După a III-a inj., la 6, I. 1928 se prezintă însă un ușor acces eruptiv, acompaniat de asc. termice, ceace ne determină, ca să sistăm injecțiile cu ser de gravide normal. Treccm la autohemoterapie, 5—20 cm.³ tot la 2—3 zile i. m., iar intern administrăm strichnină în doze crescânde, 0,00005—0,0005 · 2 doze pe zi. Deja după 7 zile bolnava devine afebrilă; are o stare gen. bună, cu toate că leziuni noi apar încontinuu, însă în număr mic și regresează foarte repede.

Aceasta stare durează aproape 4 luni; în acest timp tratamentul se rezumă la administrarea autohemoterapiei și a pilulelor de strichnină. La 25, IV. deodată prezintă un frison violent, urmat de o asc. termică 40,5 C.; tegumentele în întregime devin roșii vii, puțin edemate, hipertermice și hipersensibile. Puls septic, filiform. Cefalee, vărsături puternice, dispnee accentuată însoțesc simptomele de mai sus. Se administrează 3 cm. oleu camforat subcatan și 5 cm. Calciven i. v. și se împachetează în cerceaf umed,

după care se simte mai ușurată. Acasta stare gravă se menține timp de 2 zile. La 27, IV. i-se face o inj. de glucoză, 10 cm. i. v. și $\frac{1}{2}$ cm.³ adrenalină subcutan; local se aplică pudraj gen. cu talc. La 3 ore după aceste injecții temperatura scade, eritemul și edemul pielei sunt mai diminuate, însă apar mici leziuni pustuloase pe abdomen, piept și brațe. Din 28, IV. leziuni noi apar din când în când, temp. e afebrilă și starea generală bună. Continuăm administrarea adrenalinei, combinând-o cu autohemoterapie. Incepând dela 17, V. leziuni noi nu mai apar, fenomenele inflamatorii ale pielei sunt regresate, dând loc la o descuamație lameloasă. Starea generală e foarte bună și bolnava părăsește patul.

Examenе de laborator. RW. negativă; Sachs-Georgi și R. lui Müller asemenea negative. Urina galbenă, clară; albumina, zahăr și puroi neg. Examenul urinei s'a repetat în tot timpul tratamentului, rămând constant negativ. Tabloul sanghin s'a făcut în mai multe rânduri, fără să prezinte modificări mai însemnate. Atât numărul global al leucocitelor, cât și formula leucocitară s'au menținut între limitele fiziologice. Metabolism bazal + 5,1%, deci normal. Examenul radiologic al șelei turcești n'a putut releva nici o alterațiune patologică din partea hipofizei.

Examenеle bacteriologice au fost negative; conținutul pustulelor e format din leucocite polinucleare, în cea mai mare parte eosinofile. Bacterii nu s'au putut pune în evidență, nici la microscop, nici prin însămânțări pe diferite medii.

E vorba deci de un caz de I. H., care se prezintă la o femeе tânără, în luna VI. a primei sale gravidități. Afecțiunea evoluiază cu simptoame cutanate tipice și cu fenomene generale grave; în evoluția ei putem distinge 5 accese eruptive, mari, ele având o intensitate din ce în ce mai mică. Intervalul care le separă, variază dela câteva săpt. până la 3—4 luni. Eruptiunile se prezintă, în cazul nostru,

numai pe suprafață cutanată; mucoasele și unghiile sunt libere. În timpul acceselor, înafară de fenomenele cutanate și generale se observă și simptome din partea organelor interne, mai ales din partea tubului digestiv (anorexie, diarei) și a sistemului nervos (prostrație). Rinichiul și splina nu au fost interesate. Nașterea la termen nu modifică mersul maladiei; copilul, în aparență sănătos, sucombă în câteva săptămâni.

Cercetările de laborator nu ne furnizează date precise; totuși, negativitatea examenelor bacteriologice și ameliorarea după ovariectomie funcțională, sunt fapte care ar putea să ne îndrepte în direcția etiologiei endocrine.



Concluziuni.

1. Impetigo Herpetiform e o afecțiune generală, caracterizată printr'o erupție cutanată miliară, dela început pustuloasă și prin alterarea profundă a stării generale, prezentându-se în acelaș timp și simptome viscerale mai mult sau mai puțin pronunțate.

2. I. H. e o afecțiune rară; în timp de 56 de ani, de când se cunoaște, s'au descris total 67 cazuri.

3. Maladia se găsește 80% la sexul feminin și atinge cu predilecție femeile gravide. Luna critică a gravidității e luna a VI-a; boala debutează aproape exclusiv în aceasta epocă.

4. Erupțiunile cutanate apar de obicei la nivelul regiunilor perigenitale și se generalizează în timp relativ scurt. Ele sunt mici, miliare, dela început pustuloase, prezentând o grupare herpetiformă, caracteristică.

5. I. H. evoluiază cu simptoame generale grave și duce la moarte în mai mult de 50% a cazurilor. Prognosticul e deci foarte serios.

6. Vindecarea nu este totdeauna definitivă; recidivele sunt numeroase și survin mai ales cu ocazia noilor sarcini.

7. Dacă I. H. debutează în timpul gravidității, sarcina nu este dusă până la termen, ci se termină de obicei în luna VI—VIII. prin naștere prematură cu făt mort.

8. Etiologia I. H. nu este clarificată. Dintre numeroasele teorii enunțate, se pare, că numai două au rezistat evoluției științei medicale: teoria infecțioasă și cea endocrină stau azi față în față, neavând nici una argumente decizive pentru a prevala.

9. Examenenele bacteriologice, histologice și anatomo-patologice au dat rezultate negative; alterațiuni constante, capabile să explice natura maladiei, nu s'au putut pune în evidență.

10. Conform etiologiei necunoscute, tratamentul I. H. e mai mult simptomatic, pe lângă care unii fac un tratament antiinfecțios energic, iar alții aplică o opoterapie pluriglandulară. Expulzarea fătului nu are influență asupra mersului maladiei.

Văzută și bună de imprimat:

Cluj, 23/VI. 1928.

Președinte:

Prof. Dr. C. Tătaru.

Decan:

Prof. Dr. Mihail A. Botez.



Bibliografie.

Hebra-Kaposi: Lehrbuch der Hautkrankheiten. Wien, 1874.

Kaposi: Pathologie et traitement des maladies de la peau. Paris, 1891.

Freyhan: Berliner Dermat. Gesellsch. 3, V. 1892. Arch. für Dermat. 1892, bd. 24.

Dauber: Arch. für Dermat. 1894, bd. 28.

Schultze: Arch. für Dermat. 1898, bd. 30.

Tommasoli: Arch. für Dermat. 1898, bd. 46.

Grosz: Wiener Derm. Gesellsch. 18, IV. 1898. Arch. für Dermat. bd. 45.

Besnier, Brocq et Jacquet: Traité de Dermatologie appliquée. I. H. de Dubreuilh. Vol. II. Paris, 1901.

Darier-Jadassohn: Grundriss der Dermatologie. Berlin, 1913.

Wolff-Mulzer: Lehrbuch der Hautkrankheiten. Stuttgart, 1917.

Gaucher: Maladies de la peau. Paris, 1920.

Darier: Précis de Dermatologie. Paris, 1921.

Brocq: Précis-Atlas de Pratique Dermatologique. Paris, 1921.

Rost: Arch. für Dermat u. Syph. 1921, bd. 131.

Schardorn: Arch. für Dermat. 1921, bd. 132.

Bruhns: Berl. Derm. Gesellsch. 22, XI. 1921. Zb. für Haut- u. Geschl. Vol. III.

Waller: Arch. für Dermat. u. Syph. 1921, Vol. 140.

Scherber: Wiener Derm. Gesellsch. 25, XI, 1923. Zb. für Haut u. Gesch. Vol. III.

Kapferer: Arch. für Gynäcologie. 1923, bd. 120 (ref).

Dexcus Font și Serra Rabert: Rev. Méd. de Barcelona, 1924 (ref.).

Buschke: Dermat. Wochenschr. 1924, bd. 78.

Dogali: Folia Med. 1924, No. 15 (ref.).

Bruhns: Arch. für Derm. u. Syph. 1925, bd. 148.

Renner: Zb. für inn. Mediz. 1926, bd. No. 26.

Kyrle: Zb. für Haut- u. Geschl. 1926, bd. 18.

Scherber: Wiener Med. Wochenschr. 1926, No. 31—32.

Pohlmann: Dermat. Zeitsch. 1926, Vol. 41.

Goldschmied și Kostromin: Rousski Vestnijk Dermat. Nr. 2. 1926. (ref.).

Leszczyński: Lemberger Derm. Gesellsch. 14, I. 1926. Zb. für Haut- u. Geschl. 1926. Vol. 20.

Tanimura: Dermat. Wochenschr. 1927. Nr. 39. (ref.).

Waller: Annales de Syphiligr. 1927. Vol. VIII.

Wreszynski: Dermat. Wochenschr. 1927, bd. 84. (ref.).



