

Alergia în dermatoze



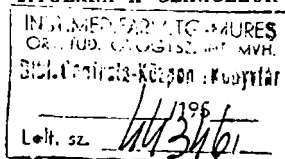
DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE 17 FEBRUARIE 1938

DE

HADHÁZY MARGARETA

POST EXTERNĂ TIULARĂ A CLINICELOR UNIVERSITARE



24 MAY 2005

CLUJ

INSTITUTUL DE ARTE GRAFICE „ARDEALUL”
Str. Memorandului 22.

UNIVERSITATEA „REGELE FER INAND I“, DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Decan: Domnul Prof. Dr. D. MICHAÏL.

Profesori:

Clinica stomatologică	Prof. Dr.	<i>Aleman I.</i>
Bacteriologie	" "	<i>Baroni V.</i>
Fiziologia umană	" "	<i>Benetato Gr.</i>
Fizică	conf.	<i>Bărbulescu N.</i>
Istoria medicinei	Prof	<i>Bologa V.</i>
Patologia generală și experimentală	" "	<i>Botez A. M.</i>
Clinica oto-rino-laringologică	" "	<i>Buzoianu Gh.</i>
Istologia și embriologia umană	" "	<i>Drăgoiu I.</i>
Semiologia medicală	" "	<i>Goia I.</i>
Clinica ginecologică și obstetricală	" "	<i>Grigoriu Cr.</i>
Clinica medicală	" "	<i>Hațieganu I.</i>
Medicina legală	" "	<i>Kernbach M.</i>
Clinica oftalmologică	" "	<i>Michail D.</i>
Clinica neurologică	" "	<i>Minea I.</i>
Igienă și igienă socială	" "	<i>Moldovan I.</i>
Chimia biologică	" "	<i>Manta I.</i>
Radiologie medicală	" "	<i>Negru D.</i>
Anatomia descriptivă și topografică	" "	<i>Papilian V.</i>
Clinica chirurgicală	" "	<i>Pop A.</i>
Medicina operatoare	" "	<i>Popoviciu Gh.</i>
Clinica infantilă	" "	<i>Popoviciu Gh.</i>
Farmacologia și farmacognozia	Supl.	<i>Popoviciu Gh.</i>
Balneologie	Prof.	<i>Sturza M.</i>
Chimia	" "	<i>Secăreanu S.</i>
Clinica dermato-venerică	" "	<i>Tătaru C.</i>
Clinica urologică	" "	<i>Țeposu E.</i>
Clinica psihiatrică	" "	<i>Urechia C.</i>
Anatomia patologică	" "	<i>Vasiliiu T.</i>
Biologie generală	" "	<i>Racoviță E.</i>

JURIUL DE PROMOTIE

Președinte: Domnul Prof. Dr. *C. Tătaru*
 Domnul Prof. Dr. *C. Urechia*
 Membrii: { " " " *I. Hațieganu*
 " " " *Al. Pop*
 " " " *M. Kernbach*
 Supleant: Domnul Doc. Dr. *I. Voicu*

I S T O R I C

Înainte de a trata subiectul alergiei, trebuie să scriu câteva cuvinte despre istoricul acestei științe, care face parte din domeniul istoriei medicinei.

Voi vorbi aici numai despre acei bărbați de știință, a căror nume se leagă strâns de știința alergiei.

Deja de mult s'au descris stări morbide, pe cari azi le numim, stări alergice. Denis în 1667 a observat un complex de simptome, după transfuzie de sânge de oaie, denumind boala serului.

Magendie în 1839 a observat la câini moartea bruscă, după injecții repetate de albumină de om. În această direcție au lucrat și R. Koch și Behring. Primele experiențe științifice de bază le datorăm lui Charles Richet, făcute între 1898—1903. El a produs la anumite animale sensibilitate specifică, față de anumite otrăvuri după ce anterior i-a introdus aceste substanțe prin injecții (toxina de actinie). Acest fenomen l'a numit anaphylaxie. După un an Arthus a observat același fenomen, după injecție de ser normal dela altă specie și a arătat, că după injecții repetate subcutane, la 6—11 zile, se formează edem și necroză, la locul de injecție — Arthus fenomen. — Nu peste mult Theobald Schmidt a demonstrat acest fenomen la cobai.

Independent de acești autori, Von Pirquet, a observat fenomene asemănătoare la patul bolnavului în 1902. A constatat următoarele:

Dacă a injectat ser de cal la un copil, după 10 zile a apărut o erupție — boala serului. — Dacă a reinjectat această substanță, erupția a apărut în aceeași zi. Pirquet a explicat acest fenomen în modul următor:

După prima injecție în organismul bolnavului s'au format anticorpi contra substanței injectate (aşanumitul antigen). Reinjecția de antigen provoacă un stimul asupra anticorpilor,

cari mai există în organism și cari produc temporar o reacție modificată a organismului din punct de vedere calitativ și cantitativ, provocând o reacție mai timpurie (mai precoce) a organismului.

Expresia de alergie datează dela Pirquet, reacția modificată a organismului (1906). Cu acest cuvânt a voit să dea numai o expresie generală stării de reacție modificată a organismului. El a extins această expresie și asupra altor stări, mai ales asupra bolilor infecțioase.

Tot el a dat și numele de „Allergen“, cari sunt niște substanțe producătoare de simptome asemănătoare anaphylaxiei. Tot dela el datează și expresia de „Ergin“ (anticorpi) cari se găsesc în celule și reacționează specific fața de allergeni.

Technica reacției cutane Pirquet datează din 1907.

Rosenau, Anderson, Otto și alții au experimentat pentru punerea în evidență a sensibilității alergice la diferite animale. După ce au ajuns la acest rezultat au vrut să desensibilizeze cu injecții repetate.

Bezredka a ajuns la cel mai bun rezultat și această terapie a numit-o antianaphylaxie, ceea ce constituie și astăzi piatra de bază a desensibilizării.

În America, Schlos, Walker, Cooke, Coca etc. au experimentat cu probele cutane și intracutane în bolile alergice ale pielei și mucoasei.

Jadassohn a folosit deja în 1894 proba epicutană în diagnosticul și tratamentul ecemei industriale.

Prausnitz-Küstner s'au ocupat cu transmiterea pasivă a alergiei.

În sfârșit mai amintesc pe Wolff-Eisner, cari s'au ocupat cu astmul de fân (1906). Apoi Hutinel a studiat anaphylaxia alimentară, (1908), iar C. Funck a denumit-o „allergia nutritivă“. Iosif Jadassohn și Bruno Bloch s'au ocupat cu alerggia cutanată în eceme și toxicodermia medicamentoasă.

IDIOSINCRAZIE ANAPHYLAXIE, HIPERSENSIBILITATE, INTOLERANȚA, COLOIDOCLAZIE, ALERGIE ȘI ANERGIE.

Idiosincrazie. — De mult timp s'a observat că unii indivizi reacționează prin anumite și variate accidente, față de anumite influențe externe, substanțele chimice și de câte ori se găsesc în împrejurări asemănătoare. Individul normal nu reacționează față de acești agenți — acestei stări i-s'a dat numele de idiosincrazie.

Anaphylaxia experimentală. — Cuvântul de anaphylaxie datează dela Richet și Portier, cari au vrut să exprime prin acest cuvânt o stare contrară imunității (

Prima experiență a fost făcută cu o toxină de actinie. O altă experiență a fost făcută de Arthus. El a observat că prima injecție de ser de cal la un epure nuste toxică. Dar a doua injecție dată intravenos după câteva săptămâni produce fenomene grave.

Anaphylaxia se poate defini prin trei elemente:

1. Injecție preparatoare,

2. Perioada de latență și

3. Injecție declanșatoare. Cele două injecții trebuiesc făcute cu aceeași substanță. Prima injecție sensibilizează organismul în decurs de 12 zile prin modificări umorale. In organismul astfel preparat, injecția declanșatoare determină șocul anaphylactic, un accident grav.

În cazuri ușoare avem următoarea simptomatologie:

Prurit, accelerarea mișcărilor respiratorii, scăderea presiunii arteriale, tachicardie, diaree, — simptome cari pot să dispară. În cazuri grave domină vărsăturile, diareea, simptome nervoase: ataxie, paraplegie, pupile dilatate, privire anxioasă, animalul cade la pământ. Tachicardia poate fi așa de mare, iar presiunea arterială așa de scăzută, încât animalul sucombă. Sau în 20 minute se poate ameliora și animalul poate să-și revie. Moartea e posibilă totuși în proximile oare.

Aceasta este anaphylaxia generală. Mai există și o anaphylaxie locală pusă în evidență de Arthus. Dacă se injectează în fesă tot a 6-a zi subcutan, ser de cal, după a 4-a injecție apare la punctul de inoculație o bulă de edem. După a 2-a injecție, se produce necroză: fenomenul lui Arthus.

Anaphylaxia și idiosincrazia în clinică.

Wolf, Eisner, Langlois, Billard, Leri, Galup, Widal, Abrami, Brisaud, susțin că corise, urticaria și astmul sunt de natură anaphylactică. Widal observă o diferență între anaphylaxia experimentală și anaphylaxia umană. (Cu excepția accidentelor serice după a 2-a injecție la om). Diferența constă în următoarele: În anaphylaxia umană nu se găsesc cele 3 elemente, ca la cea experimentală. Sensibilizarea umană nu se înămplă printr'un contact unic brutal cu substanța sensibilizantă, ci încetul cu încetul, prin mici contacte repetate, pe cale digestivă, respiratorie și cutanată. Aceasta preparare a organismului uman, se face lent, insensibil, în decursul anilor. Sensibilizarea organismului nu se face față de un singur antigen ci față de mai mulți antigeni. La animale este unica injecție preparatoare.

De multe ori însă lipsește această fază de sensibilizare și la primul contact apar fenomenele de hipersensibilitate. Aceasta este idiosincrazia. Inșă totuși și aici poate să existe o perioadă de sensibilizare, poate fetală, sau poate față de substanțe învecinate. Se crede că aceste stări sunt variantele aceluiași fenomen. Wallery-Radot propune că amândouă să fie numite hipersensibilitate specifică.

Tzanck propune termenul de intoleranță. Ori cum s'ar numi reacție, idiosincrazie, suprasensibilitate, intoleranță, hipersensibilitate, alergie, coloidoclasie, ele diferă în esență de intoxicație. Diferă din punct de vedere etiologic, anatomic, clinic, evolutiv, umoral și experimental. Aceste substanțe acționează nu ca otrăvuri ci ca reactogeni.

Hipersensibilitate specifică. Se spune că un individ prezintă o hipersensibilitate specifică, când organismul lui posedă proprietatea congenitală, sau câștigată de a reacționa față de o substanță cu o anumită greutate, în anumite condițiuni și la doze cari lasă insensibil pe un individ normal. Aceasta hipersensibilitate specifică, este datorită, prezenței anticorpilor specifici în organismul uman.

Hipersenzibilitatea specifică se prezintă față de anumite proteine animale sau vegetale, chiar cristaloiizi, sau față de agenți fizici: lumină, frig, eforturi. Este un raport între hypersenzibilitatea specifică și imunitate. Dacă combinația antigenului cu anticorpul se face repede, atunci se realizează imunitatea, dacă se face mai încet se realizează anaphylaxia (Bezredka). Dacă antigenul se găsește în prezența unei mici cantități de anticorp se produce sensibilizare. Dacă anticorpii sunt în cantitate mare se produce imunitate. (Dujardin, Dechanp).

Alergie. Sub alergie Von Pirquet și fiziologii francezi înțeleg o stare de imunitate și hypersenzibilitate față de antigenii microbieni. Autorii germani, inclusiv cu Urbach confundă hypersenzibilitatea cu alergia.

Bruno, Bloch, definește alergia în modul următor: sub alergie înțelegem o stare modificată a organismului, câștigată printr'o influență străină și care face ca organismul să reacționeze altfel față de aceea influență străină, decum a reacționat pentru prima dată. Alergia se manifestă sub o simptomatologie care nu îi este specifică. Aceleași simptome le găsim și în alte boli bine definite. De ex.: o erupție poate să aibă mai multe cauze, însă când cineva prezintă erupție ori de câte ori mănâncă ouă, atunci aceasta erupție e de natură alergică.

Doersch caracterizează alergia prin patru elemente:

1. O reacție care diferă de normal, față de o influență oarecare. De ex.: dacă într'o societate se consumă carne de pește și numai o singură persoană din întreagă societate, prezintă senzația de rău, atunci este alergică. Dacă cea mai mare parte al societății se îmbolnăvește, atunci este intoxicație alimentară.

2. Alergia se prezintă în legătură cu o substanță bine definită. Organismul este sensibil față de anumite substanțe bine definite: alimentare, chimice, medicamentoase, praf etc.

3. Efectul alergic este absolut și independent față de compoziția chimică sau fiziologică a substanței alergizante. Trebuie să se producă alt efect decât de obicei se produce în condițiuni normale și într'un organism normal. De ex. terpenina în mod normal nu produce coriză. Dacă observăm coriză după terpenină, suntem în fața unei alergii.

4. Această comportare specială a organismului față de anumite influențe, este datorită prezenței unor substanțe spe-

ciale în organismul alergic cari nu se găsesc în organismul sănătos. Se numesc anticorpi și se formează când organismul de prima dată vine în contact cu antigenul.

Noțiunea de alergie derivă în urma experiențelor lui Koch și Von Pirquet. Charin (1885) semnalează gravitatea reinoculărilor la indivizii atinși de morvă și de tuberculoză. Koch (1851) constată că dacă se injectează o mică cantitate de bacili Koch la un cobai tuberculizat, se produce o leziune locală care se ramolește, (fenomenul lui Koch).

Von Pirquet are experiențe celebre asupra vaccinei și tuberculozei. El arată că în cursul vaccinației jeneriene, reacțiunile observate diferă de reacția primei injecțiuni.

Sézari definește alergia după aceste fenomene în modul următor:

Alergia se produce față de o substanță care provoacă în cursul reinoculării o reacție diferită de prima. După Pirquet aceste reacții alergice sunt specifice și reprezintă un amestec de imunitate și hypersensibilitate. Pentru a le explica se admite probabilitatea anticorpilor, în raport cu complexitatea antigenilor. Sézari și Moris au făcut cercetări minuțioase asupra alergiei în tuberculoză, gonococie, șancru moale, boala lui Nicolas-Favre. Ei au ajuns la concluzia, că în alergie rezultatele culireacției sunt infidele, epidermoreacția este negativă, întrademo-reacția pozitivă. Proba Prausnitz-Küstner negativă. Jadassohn aduce și noțiunea de cantitate în legătură cu geneza acestor fenomene, spunând că numărul agenților patogeni este în proporție inversă cu alergia și cu cronicitatea procesului reacțional (se referă la sifilis și tuberculoză).

Acești ultimi autori privesc alergia în legătură cu microbii.

Anergia este starea organismului care a pierdut puterea de reacția alergică, pe care a posedat-o mai înainte. Nu numai că și-a pierdut capacitatea de reacția alergică, dar a devenit incapabil să producă toți anticorpii și se găsește lipsit de orice apărare. Cuvântul de alergie este o semificație vagă imprecisă și generală.

Patogenia alergiei (hypersensibilității) Ch. Richet în urma descoperirii anaphylaxiei admite că se produce în țesuturile animalelor de experiență o toxogenină, care se unește cu antigenul și în momentul șocului produce apotoxină.

Von Pirquet Schick văd în originea accidentelor de hiper-

sensibilitate specifică, conflictul sau reacția antigen-anticorp. Aceeaș părere o au Doerr, Rus, Vidal și Urbach, P. Valerry Radot. Bezredka susține că șocul este datorit întâlnirei rapide a sensibilizării cu sensibilizarea. Cei mai mulți savanți admit existența anticorpilor. Al doilea punct este de a elucidă unde se gășesc de obicei anticorpii. Existența lor în sânge pare a fi demonstrată prin clasicele experiențe de anaphylaxie pasivă și prin proba Prausnitz-Küstner.

Cercetările recente au subliniat rolul important al factorului local în manifestările cutanate a anaphylaxiei. Deja localizare electivă a anumitor dermatoze anaphylactice pledează în favoarea existenței unei cauze regionale. Două experiențe sunt în favoarea acestor teorii. Experiența lui Bruno-Bloch. La un individ trichofitic se ridică un fragment de piele și se transplantează la un individ sănătos. Acest fragment de piele rămâne sensibil la trichofitie și autorii conchid că procesul patologic realizat este efectul unei reacții de substanță străină cu anticorpul fixat la nivelul celular. A doua experiență a lui Naegeli, Quervain și Stadler este asemănătoare. Individul prezintă niște plăci eritematoase localizate totdeauna în acelaș loc, după ingerarea antipirinei. Naegeli și colaboratorii fac ablația simetrică alor două fragmente de piele — un fragment din pielea sănătoasă și celălalt din pielea care a reacționat la antipirină și le schimbă. La o nouă ingerare de antipirină, reacția se întâmplă asupra fragmentului de piele, care a reacționat și mai înainte la antipirină. Prezența locală a anticorpilor este astfel demonstrată:

Aceste experiențe arată, că în accidente de hipersensibilitate, doi factori trebuiesc considerați: elementul humoral și accidente locale.

Șocul umoral după școala lui Vidal este declanșat, în urma contactului antigenului cu anticorpii și două interpretații încearcă să justifice cum acest contact poate să provoace accidente de șoc. Unii spun, că contactul de antigen și anticorp dezvoltă o substanță toxică. Richet spune, că e o apotoxină. Nicolle spune că în timpul sensibilizării se produce o lizină, care în timpul injecției declanșătoare produce un clivaj toxic al antigenului. Vaughan și Richter cred că se produce un zimogen capabil să cliveze antigenul în timpul injecției declanșătoare. Biedl și Kraus cred că otrava anaphylactică este o

peptonă. Freedman, Friedberger cred, că se dezvoltă o anaphylotoxină provenind din digestia precipitatului prin acțiunea antigenului asupra precipitării specifice.

Bordet susține, teoria fizică a șocului ceace pe larg este explicat de Tzanck. Widal susține că, contactul antigenului cu anticorpul determină ruptura echilibrului normal a proteineilor plasmatică. Aceasta este șocul coloidoclastic.

Lumier și Kopaczewsky admit teoria fizică a șocului. Ei explică turburarea aceasta umorală prin floculația coloidală, bazându-se pe asemănarea șocului cu accidente produse prin injecții de suspensii coloidale. Inșă factorul umoral nu e tot, în accidentul de hipersensibilitate specifică. Trebuie să intervină și un factor local care explică la om leziunile observate. După P. Vallery Radot, acest factor local explică localizarea leziunilor provocate prin hipersensibilitate specifică. În cazurile de accidente cutanate, există un lanț format din trei ochiuri:

1. Conflictul antigen anticorp, 2. Criza coloidoclastică, 3. manifestarea cutanată.

Mariani, Darier susțin, că conflictul antigen anticorp e un conflict intracelular. Desaux rezumază această teorie: „un antigen introdus în piele se fixează și penetrează în celulele cutanate, celulele reacționează și elaborează anticorpi specifici, dintre cari o parte se fixează în celule. La a două introducere antigenului, el se unește în interiorul celulei, cu anticorpii, cauza turburării vieții celulare, care se traduce prin inflamație. Edematozele prin hipersensibilitate specifică sunt datorite perturbațiilor protoplasmice, datorite șocului intracelular cyto-clasic de ordin anaphylactic“. Probabil există în același timp hipersensibilitate locală și generală. Diagnosticul între aceste două stări se poate separa prin proba Prausnitz-Küstner. Trebuie să mai admitem un teren special, care explică de ce la unii se formează hipersensibilitate specifică și la alții nu, în aceleași condiții de viață.

Unii autori cred că există și o tare humorală. După Tzanck sensibilizația este mai puțin chestie de teren, mai mult chestie de penetrație patologică a proteinelor în mediul interior. Se poate admite pentru a explica această penetrare o insuficiență a fermentilor digestivi, cari lasă să pătrundă

în organism, printr'o mucoasă lezată, albuminele incomplet-desintegrate cu putere sensibilizantă. (Lesné și Dreyfus).

În acelaș sens cum ficatul atins de insuficiență proteopeptică (Dujardin Dechamp) nu poate fixa suficient proteinele. Pielea lezată poate să câștige o hipersensibilitate locală, apoi generală în urma contactului repetat cu un antigen. În toate cazurile se găsește o soluție de continuitate cutaneo-mucoasă. Prin această fisură pot să penetreze în mod repetat antigenii. Prin acest mecanism organismul se prepară așa încât cu ocazia unui nou contact, fenomenele de șoc pot să apară. Locul de producere a anticorpului rămâne însă necunoscut, nu se știe dacă este umoral sau celular.

Tzanck și Jansion vorbesc „de memoria biologică al celulelor“. Ei spun că trebuie studiate nu numai schimburile fizico-chimice a sângelui, și serului, dar și activitatea vitală, senzibilitatea și memoria celulară.

PATOGENIA ALERGIEI DUPĂ URBACH.

Fiecare individ reacționează altfel, față de un proces alergic de aceeaș intensitate. Aceasta nu depinde de dezvoltarea individului. Un individ bine dezvoltat poate să reacționeze mai tare față de un proces alergizant, ca un individ slab. După Urbach la fiecare individ se poate provoca o stare alergică în anumite condițiuni. Excepție nu există. Se poate face o paralelă între apariția fiecărei boli și alergii. Se poate considera proces alergic apariția fiecărei boli. Față de infecție fiecare individ reacționează altfel. Din această cauză boalele infecțioase nu atacă pe fiecare individ. Cel mai mare rol joacă senzibilitatea față de boala respectivă. După Urbach acei indivizi cari pot deveni alergici față de microbi, la prima infecție devin sensibili și la o reinfecție boala apare sub formă de șoc. Tuberculoza este exemplul cel mai expresiv care arată că infecțiile sunt de natură alergică, decursul ei este un proces alergic cu intensitate variată, când mai exprimat, când mai puțin exprimat.

Alergia experimentală. O stare alergică se poate provoca și experimental. Cunoaștem două procedee: activă și pasivă. Alergizarea activă deja o cunoaștem. În organismul deja sen-

sensibilizat după timpul de incubație, încă odată introducem în organism alergenul.

Metoda pasivă constă în a transpune alergia la alt individ. Aceasta se face prin proba lui Prausnitz-Küstner. La un individ care este insensibil față de albumină de ou, injectăm: 0,1 cc. de ser dela un bolnav alergic pentru albumină de ou, la 24 ore în acelaș loc injectăm 0,1 cc. albuș de ou. După 30 minute se formează o reacție eritematoasă. Facem trei controluri: 1. cu ser alergic, ser fiziologic, 2. ser normal, alergen, 3 ser normal, ser fiziologic.

Proba aceasta a fost modificată de Königstein Urbach. Provocăm o veziculă cu ajutorul unui vezicator, pe pielea sensibilă se face proba cu conținutul veziculei, în loc de a folosi serul sanguin dela individul alergic. Cu această metodă putem să punem în evidență alergia față de nichel, atropină, terebentină etc. Atât la alergia naturală, cât și la aceea experimentală distingem mai multe faze.

Dela prima penetrare a alergenului până la acces, perioada delatență. Dela primul acces începe adevărata boală alergică. Ori de câte ori pătrunde alergenul din nou în organism, produce un nou acces. Accesele repetate pot să cauzeze alterații organice. Dacă nu survin alterații organice, bolnavul se poate complet vindeca, cu metoda desensibilizării. Un bolnav predispus pentru stările alergice și dacă e vindecat dintr'o stare alergică un alt alergen iar îl poate senzibiliza.

CE ATACĂ ALERGIA.

Dacă facem experiențe sistematice pentru a vedea, ce țesuturi din organism sunt atacate de procesul alergic, ajungem la constatarea, că mi mult sunt atacate două țesuturi. Știind că ele sunt în strânse legătură cu funcționarea organismului, înțelegem de ce îmbolnăvirea lor influențează și starea generală. Aceste două țesuturi sunt:

1. Sistemul muscular neted,
2. Edoteliul vascular.

Sistemul muscular neted nu depinde de voința noastră. Astfel de musculatură are, plămânul, intestinele, uterul, etc.

Dacă o parte a sistemului muscular neted face un acces alergic, se produce turburare în funcționarea organului respectiv. Con tracția spasmodică a bronșitelor produce astmul. Știm că întregul organism este irigat prin arborizația sistemului vascular. Deci ușor putem înțelege că înbolnăvirea ei numai în parte, poate să producă cele mai variate simptome.

Accesul alergic la câine este datorit înbolnăvirii endoteliului vascular. În ficat se produce o vasodilatație pe când în celelalte părți ale organismului o anemie. Și la om se poate produce la nivelul endoteliului vascular, proces alergic asemănător, în urma căruia în organele centrale se produce o vasodilatație și la periferia organismului, scade presiunea sangvină.

S'a făcut cercetări foarte interesante pentru a dovedi că accsul alergic atacă într'adevăr aceste două țesuturi.

Cu experiența lui Schultz—Dahle s'a pus în evidență alergia țesutului muscular neted.

Sistemul muscular neted dela un organ oarecare se pune în legătură cu un aparat care înregistrează toate contracțiile. Dacă animalul (căruia îi aparține organul) este sensibilizat și este reinjectat, indicatorul aparatului se ridică în sus, formând o curbă, arătând că musculatura s'a contractat. Dacă vindecăm animalul din starea lui alergică și îi dăm încă o injecție, din alergenul pe care l-am dat și mai înainte, după aceasta numai putem registra nici o curbă, fiindcă alergenul nu mai are efect. Dacă acum injectăm o substanță care are efect spasmodic asupra mușchiului, atunci vedem, că indicatorul iar se ridică în sus. Aceasta experiență arată, că mușchiul nu s'a paralizat, ci numai reacționează la substanța alergisantă.

Experiența care ne dovedește, că procesul alergic atacă endoteliul vascular, se face la câine. La acest animal alergizat, scoatem din circulație, ficatul. Degeaba injectăm alergen, câinele nu reacționează, fiindcă numai vasele hepalice sunt sensibile la accesul alergic și acestea ne luând parte la circulație, celelalte organe nu reacționează și astfel câinele nu face acces. Aceiași situație este și atunci când câinele are intoxicație fosforică. Neputând provoca acces la nivelul vaselor hepatice paralizate, câinele rămâne insensibil. Dacă în acelaș timp facem aceeaș experiență la un alt câine cu ficat sănătos, el poate muri, în urma accesului. Pare deci curios cum un câine cu

ficat sănătos poate muri, pe când celălalt cu ficat lezat, rămâne în viață în urma accesului alergic.

O altă experiență asupra endoteliului vascular putem face cu roșul de Congo. Roșul de Congo are proprietatea de a imbibă așa de mult peretele vascular încât paralizează în mod temporar funcțiunea vaselor. La un animal sensibilizat dacă îi facem o reinjecție cu alergenul corăspunzător, nu se produc fenomene alergice, din cauza paraliziei temporare a vaselor.

La microscop ne putem convinge, cum decurge procesul alergic. Dacă punem sub microscop o parte din mușchiul neted al unui animal mic, sau din sistemul vascular și privim putem vedea contracțiile fibrelor musculare și vasodilatație.

Putem demonstra și aceea că accesul alergic atacă numai peretele vascular și nu sângele. Sângerăm o boască și înlocuim cu un lichid artificial, sângele. În timpul experienței vasele se contractă, și dacă nu sunt umplute cu sânge ci cu alt lichid. Cu musculatura netedă putem experimenta și în vitro. Dintr'un animal alergizat scoatem o bucățică de mușchiu și îl reinjectăm. Mușchiul se contractă. Putem deci spune că fenomenele alergice sunt simptomatologia vaselor și a musculaturii netede (Urbach).

ROLUL VĂRSTEI ÎN ALERGIE.

Sensibilitatea alergică nu este legată de vârstă. Nu putem fi feriți niciodată de fenomenele alergice. Le putem face în orice epocă a vieții noastre. Ele ne pot conduce din leagăn până în mormânt, cauzându-ne cele mai variate și neplăcute surprize. Vârsta ne influențează doar într-atâta, că în anumite perioade a vieții, predomină anumite simptome sau boli alergice. În mica copilărie și la sugaciu predomină cele mai variate simptome alergice cutanate; erupții, eriteme cari pot surveni pe lângă o curățenie absolută, dată copilului. În pubertate și la adulți predomină coriza spasmodică. La o vârstă mai înaintată observăm astmul. Însă rare cazuri de astm mai găsim și în copilărie pe lângă numărul covârșitor a astmaticilor într'o vârstă mai înaintată.

De obicei hipersensibilitatea la un individ alergic persistă ani de-a rândul, însă este variabilă, când mai intensă, când

mai puțin intensă. Aceste variații sunt datorite unor cauze externe și interne. După cum am văzut mai înainte, imbibarea pereților vasculari ficatul lezat și încă și alte cauze organice împiedecă apariția accesului. Tot așa și cauze externe pot influența izbucnirea și decursul accesului. Chiar și posibilitatea de alergizare depinde de mulți factori. Nu fiecare are aceeaș predispoziție alergică. Această capacitate de a deveni cineva alergic variază cu timpul chiar la acelaș individ.

FACTORI CARI INFLUENȚEAZA SENSIBILIZAREA ALERGICĂ.

(*Factori predispozanți*).

Pentru ca cineva să devină alergic după cum am văzut nu depinde de vârstă. Sunt însă o mulțime de factori, cari fac ca individul să fie mai predispus pentru a face o boală alergică.

1. *Ereditatea*. Una dintre cea mai delicată chestiune este ereditatea alergică. S'a constatat deja că în aceeaș familie, survin mai multe boli alergice. Manifestarea acestora este foarte diferită, însă indubitabil s'a putut observa moștenirea comună dela aceiași sursă, care joacă rolul principal. Predispoziția dela naștere îl face pe individul respectiv ca în aceleași condiții în care se găsește un alt individ sănătos, să devină mai repede alergic. Se întâmplă ca în aceeași familie toți să sufere de aceeași manifestare alergică (ecsemă), dar se poate întâmpla și aceea, ca unul să prezinte astm, celălalt migrenă, al 3-lea coriză spasmodică etc. Prin arborele genealogic al acestor persoane s'a putut demonstra, că una din generație nu prezintă fenomene alergice, însă predispoziția moștenindu-se mai departe să reapară la generația proximală.

2. Celălalt factor care predispuce pentru alergie este orice infecție. În timpul infecțiilor se produc mici focare, de unde infecția și toxina bacteriilor se infiltrează în tot organismul. Așa gripa, difteria, erizipelul, abcesele dentare, colecistita, otita medie, sinusite și osteite pot să autoalergizeze organismul sau în urma stării iritate pe care o produc pot să favorizeze efectul alergic a altor substanțe.

De ex.: un bolnav a prezentat erupții diaree greață. S'a pus în evidență alergia față de ou și s'a desensibilizat însă mai

târziu iar devenit alergic față de o altă substanță. Când s'a vindecat și din aceasta a observat că orî de cîte ori, iese iarna în frig, i-se edemațiază pleoapele. În sfârșit medicul a găsit focarul de infecție, care mereu predispunea la alergie. A fost un dinte bolnav. Acest focar de infecție, a făcut numai o predispoziție pentru ca alte cauze să-l alergizeze și să producă cele mai variate simptome. Cauza de bază fiind totdeauna aceeași, focarul de infecție la nivelul dintelui.

3. Alte cauze predispozante sunt *intoxicațiile*.

Intoxicațiile produc un dezechilibru neurovegetativ, care are ca urmare o iritație cronică a organismului. Predispoziția nu se caută în intoxicația propriuzisă, ci în urmrea ei. Astfel de stare cauzează abuzul nicotinic, diferite intoxicații chimice, helmintiază etc.

4. Un alt factor predispozant este și turburarea aparatului digestiv.

5. Altă cauză predispozantă este leziunea ficatului. Știm că ficatul are rolul de a neutraliza toxinele din organism. Dacă însă ficatul este împiedecat în funcțiunea lui apare în organism o stare de autointoxicație care poate să provoace o stare alergică.

6. Al 6-lea factor: *turburările endocrine*. (Capsula suprarenală, pancreas, hipofiză, ovar etc.).

7. Clima și anotimpurile.

8. Felul de nutriție și alegere a substanțelor alimentare.

9. *Influențele psihice*. Ele cauzând turburări circulatorii și cardiace. Indispoziția produce inapetență. Toate acestea au rol important în câștigarea sensibilității alergice.

10. Al 10-lea factor este constituit din diferite excitante. Excitante sunt nu numai condimentele pe cari le punem în mâncare dar și acele substanțe, cari venind în contact cu organismul nostru pot să-l irite. Astfel de excitant e și aerul impregnat de fum, de praf și de mirosul benzinei.

În general putem spune că toate acele substanțe cari cauzează o stare neobișnuită prealergică pot să cauzeze chiar și o stare alergică. Toate aceste stări variate și substanțe creînd starea aceea prealergică, prepară organismul pentru adevărata lergie, care, se manifestă la exterior prin variate forme. Deci acțiunea factorilor predispozanți este tot un proces sensibilizant adecă alergizant.

ALERGENI.

Numin alergeni acele substanțe sau influențe fizice cari în organism produc anticorpurii și o stare alergică.

Se poate spune că orice se poate transforma în alergen. Fumul de fabrici inspirat des, polenul florilor, medicamente, diferite fructe, razele solare prea puternice, frigul, o pernă umplută cu pene, praful camerei de locuit, o haină de lână, mirosul grajdului, gardul nou vopsit, mici leziuni, cu un cuvânt orice obiect, acțiune, sau proces fizic.

De multe ori se observă pe față la bărbați după ce sunt bărbierii, apariția de eriteme, dermatite, acnee, deși s'a păstrat regulele de igienă. În urma traumatismului repetat datorit bărbieritului se produc fenomenele alergice ale pielii, cari se pot evita destul de ușor. Alergenul în cazul acesta este lama de ras. Acelaș acces alergic poate fi provocat de acelaș alergen. Substanțele cari provoacă accesul nu sunt perfect identice din punct de vedere chimic, dar fiecare deslănțuitor de accese conține substanța principală care acționează. De ex.: dacă cineva este sensibil la iod, atunci toate combinațiile iodului, pot să provoacă acces la aceea personă (tinctura de iod, iodoform, iodură de potasiu). Tot așa dacă cineva prezintă sensibilitate față de acid salicilic poate să prezinte aceleași simptome și după aspirină, fiindcă în compoziția amândurora se găsește aceeași substanță care acționează. E foarte interesant cum o sensibilitate oarecare este strâns legată de alergenul ei respectiv. Un individ care este sensibil de miere din floare de tei, nu face acces alergic, dacă îngerează altfel de miere. Din mierele celelalte lipsește substanța aceea care se găsește în mierea de floare de tei.

Intensitatea de acțiune a diferitelor alergeni este curioasă. În aceleași condiții sensibilitatea terpenică se prezintă numai la unul la zece mii. Coriza spasmodică polenică unu la două mii. Sensibilitatea chininică la lucrătorii din fabricile de chinină, douăzeci la mie. Cei cari lucrează cu nickel toți devin sensibili față de el prezentând erupții. Muncitorii de cereale, fac erupții cauzate de *Pericolasus Ventricosus*, un parazit al cerealelor și pe lângă acesta mulți fac și astm. Unii sunt așa de sensibil față de primulă și e destul numai câteva minute să stea într'o cameră unde este aceasta floare pentru ca

să facă o *erupție* generalizată. După cercetări laborioase s'a reușit să se prepare alergenul primulei sub formă concentrată (cristale). Substanța aceasta se numește *Primin*. Oricine venind în contact cu *Priminul* face boala de *Pimtn*. S'a reușit să se prepare și alți alergeni sub formă concentrată cu ajutorul cărora oricine poate fi alergizat. E interesant că din aceeași substanță alergizantă unii au nevoie de o cantitate foarte mare pentru a fi alergizați față de cei hipersenzibili (cu mai multe milioane de ori). Sunt importante pentru alergizare și următoarele: Timpul cât a acționat alergenul, cât de proaspăt a fost alergenul solubilitatea lui și absorbabilitatea. Substanțele corozive, cari prima dată au acțiune iritantă mai repede alergizază. Tot așa se mărește puterea de alergizare dacă o substanță cu acțiune lentă se unește cu o substanță iritantă sau corozivă. Gradul de sensibilitate alergică depinde de cantitatea substanței penetrante. Aceasta cantitate cu măsurile noastre nu se poate măsura. Acționează o particică atât de mică dintr'un miligram care e sub limita vizibilității oculare. Din albumina de ou concentrată e destul a douăzecea milionime dintr'un gram pentru provocarea simptomelor alergice. Din cele mai multe albumine, un miligram e destul pentru alergizare, în schimb o sută de miligram n'are nici'o influență. Față de atacul brutal și organismul probabil reacționează brutal și nu mobilizează acele fine forme de apărare, a căror consecință este accesul alergic.

SUBSTANȚELE PURTĂTOARE.

Substanțele cari imediat se descompun în organism nu pot alergiza. Dacă însă aceste substanțe sunt însoțite de alte substanțe cari împiedecă desfacerea celor dintâiu, reușește sensibilizarea. Aceste substanțe însoțitoare le numim substanțe purtătoare „*Schlepper*“. Se întâmplă că chiar substanțele proprii organismului să fie ca purtătoare pentru substanțe străine. În astfel de condiții chiar organismul își ajută înbolnăvirea.

AUTOSENZIBILIZAREA. (Alergizare).

Organismul se poate alergiza și altcum. În urma traumărilor în organism se formează substanțe secundare care sensibilizează. În împrejurul leziunilor traumatiche apar de multe ori erupții sau urticarie. Dacă digestia alimentelor nu se face bine se pot forma substanțe de descompunere, a căror compoziție diferă de cea normală. Acestea pot produce variate simptome alergice. Acești alergeni se pot pune în evidență foarte greu chiar din cauza că se descompun foarte repede. Medicul în astfel de cazuri regulează alimentația, digestia și nutriția, împiedicând formarea otrăvei din interior.

Autoalergizare se mai poate naște în urma combustiei și congețării. Leziunea în urma combustiei s'ar vindeca, dar produsele secundare care figurează ca alergeni, pot cauza simptome cardiace grave, hipertensiune arterială, adică manifestării alergice tipice.

HIPERSENZIBILITATEA FĂTULUI.

Alergizarea e posibilă și prin laptele de mamă. Mai mult decât atât mama își poate sensibiliza fătul deja în organismul ei și copilul în viața extraterină venind în contact cu alergenul, se produce accesul. Ex.: O femeie săracă s'a nutrit ani de-a rândul cu fasole. Pe corpul micului ei copil, s'a format erupție alergică cecece a dispărut după ce mama n'a mai mâncat fasole. O altă mamă și-a alergizat copilul înainte de naștere. În timpul alăptării mama a luat brom, când fața copilului a prezentat erupție. Din aceasta cauză mama a devenit și mai nervoasă și a luat o doză mai mare, cecece a intensificat și mai mult erupția de pe copil. În sfârșit la înțarcare, copilul în decurs de câteva zile s'a vindecat.

ALERGIA CAUZATĂ DE BACTERII.

Dintre alergeni bacteriile au rol important. Două feluri de bacterii cunoaștem în legătură cu organismul.

A) În organismul omenesc viețuiesc o mulțime de bacterii saprofiți, cari în condiții normale folosesc organismului prin

aceea că inlesnesc digestia și asigură buna funcționare a organelor. Dacă însă se formează un dezechilibru și acești bacterii cari de altfel sunt binefăcători, pot să cauzeze fenomene alergice. Și față de ele se formează o sensibilitate oarecare, așa că o nouă influență a lor produce inflamații.

B) Celelalte bacterii sunt microbii banali cauzatori de infecție. Aceștia ajungând în organism în condiții date cauzează boala. Organismul pe lângă boala obișnuită poate câștiga o sensibilitate specifică față de ei, cece agravează boala cu multele ei simptome secundare. Se poate întâmpla ca după simptomele cari păreau mortale să șurvină ameliorarea și în urma influenței adevărate a bacteriilor să apară o boală ce are cu totul altă natură care poate să aibă și o evoluție benignă. Aceasta este posibilitatea mai favorabilă.

Însă mai este și o altă posibilitate. Accesele alergice așa de mult angajează organismul, încât în scurt timp se poate termina fatal, sau accesul așa de mult debilitază organismul, încât boala care se formează cu încetul și care în sine n'ar fi fatală, din cauza debilității, organismul nu o mai suportă. Putem vedea deci cum în terapia modernă ce bază are depistarea alergiei. Pielea respectivă e sensibilă față de acel alergen care pătrunde în organism la nivelul pielei, deci experimental se poate arăta ce a cauzat senzibilitateaergică. Bacteriile însă nu pătrund în organism la nivelul pielei ci la nivelul stomacului, plămânului, intestinului etc. De aceea degeaba experimentăm cu reacții cutane. Acesta este ceea ce îngreunează recunoașterea alergiei bacteriene, până ce nu apare boala obișnuită bacteriei respective cu simptomele ei banale.

SENSIBILITATEA ȘI LOCUL DE CIOCNIRE.

Când substanța cauzatoare de hipersenzibilitate din nou pătrunde în organism atrage după sine accesul alergic. Locul unde se unește antigenul cu anticorpul se numește locul de ciocnire. Dacă introducem un alergen în organismul sensibilizat în circulația sangvină prin injecție intravenoasă, sângele imediat răspândește alergenul în toate părțile organismului. Accesul însă, totuși apare la locul de injecție. Injecția dată în circulația cerebrală, cauzează simptome cerebrale. În circulația ficatului simptomele hepatice, în circulația gastrică simp-

Home gastrice etc. Spunem atunci că locul de ciocnire este creierul, ficatul, stomacul etc. Se întâmplă însă că primul loc de sensibilizare este pielea, locul de ciocnire va fi însă, totuși la locul de reintroducere. In aceste privințe ne putem aștepta la cele mai surprinzătoare rezultate, dacă locul unde alergenul pătrunde a doua oară, nu e acelaș, cu primul loc de pătrundere. De ex.:

Locul de pătrundere.	Locul de ciocnire.	Consecințe
Pielea	Pielea	Erupție
Pielea	Plămâni	Astm

Cât privește reacția anticorp antigen e important să știm, că este un organ la nivelul căruia se întâmplă această reacție, și se poate întâmpla ca această reacție să nu fie localizată la nivelul întregului organ, ci numai pe o regiune oarecare. Ex.: Ecsema localizată pe mâini. Aici „shock“ organul este pielea, și localizarea este la nivelul mâinilor (shock organ = organ de ciocnire).

LOCUL DE PĂTRUNDERE A ALERGENILOR.

Organismul se poate alergiza pe cele mai variate căi. Suprafața externă și internă a corpului sunt capabile pentru recepția alergenilor. Aceasta putere de recepție este foarte variată. Anumite suprafețe sunt mai rezistente, pe când altele sunt predispușe la alergizare.

A) Alergenul poate pătrunde în orice parte a pielii. Nu e nevoie să introducem alergenul sub piele cu ajutorul injecției. De multe ori e de ajuns, să badijonăm suprafața pielii cu substanța sau soluția respectivă. De ex.: dacă se badijonează pielea abdomenului al unui cobai cu ser din sânge și peste două săptămâni se repetă, apare erupție la acest nivel.

Un comerciant care se ocupa cu vinderea lămâielor prezenta pe față o erupție cronică. A folosit un unguent prescris de un medic și erupția s'a ameliorat. Inșă, dacă numai o zi nu și-a obdus fața cu alifie, erupțiile din nou au apărut. In urma probelor făcute de medic, s'a stabilit că erupția e cauzată de zeama de lămâie, care țășnea din lămâile aruncate ici și colo în prăvălia comerciantului. Cu desensibilizarea sistematică s'a obținut vindecarea totală.

B) Mucoasele sunt în special sensibile. Mucoasa gurii și a limbii arată o oarecare rezistență, însă sensibilizarea lor nu e rară.

Mucoasa nasului este cea mai sensibilă pentru toți alergenii.

Dacă se repetă imbibarea mucoasei nazale cu ser sanguin, ea devine așa de sensibilă că după un timp oarecare, în orice parte a organismului introducem ser, cauzează la nivelul nasului acces. Cel mai puternic acces obținem când reintroducem ser la nivelul nasului. Accesul apare sub formă de coriză puternică, strănut, sau chiar și epistaxis.

Cercetările alergice prezintă importanță, în vindecarea corizei. Coriza este un simptom de alergie obișnuită. Sunt unii cari prezintă rar coriză, alții din contră foarte des. Coriza celor din urmă nu totdeauna are aceeași cauză. E un lucru știut că boala este în legătură cu răcirea mucoasei nasale. Însă răcirea este numai un factor predispozant. Mucoasa nasală debilitată prin răceală se inflamează la acțiunea alergenilor cari pululează acolo. Răcirea a fost numai un factor predispozant.

Persoanele prea sensibile pot să facă corize fără să fie răcite în prealabil. Și coriza spasmodică este o manifestare tipică a corizei alergice. Cu ocazia expediției polare s'a observat cum răcirea e numai un factor predispozant. Cu toată mucoasa nasală a expediționarilor a fost expusă zilnic la răciri foarte mari, nici unul nu a prezentat corize. Din cauza lipsei faunei și florii din aceasta regiune, a lipsit și alergenul din aer — declanșatorul corizei. Când expediționarii în întoarcerea lor dela Nord, s'au întâlnit din nou cu viața plantelor și animalelor, toți au făcut corize sub formă de accese grave alergice.

Alergenii cauzatori de corize poate fi praful de pe stradă, fumul de țigară, polenul diferitelor flori etc.

B) Alergenii pot să pătrundă și pe suprafața mucoasei gastro-intestinale.

Stomacul și intestinul pot să prezinte două feluri de boli alergice.

1. O boală se prezintă prin simptome locale, accesul se declanșează în interiorul tubului gastro-intestinal, cauzând vărsături și alte turburări.

2. Simptomele alergice a tubului gastro-intestinal se pot

generaliza asupra organismului întreg. În aceste cazuri apar erupții prurit, turburări circulatorii și organice.

C) *Producerea alergenilor la nivelul aparatului digestiv.* Am amintit că în bolile de nutriție se poate produce o auto-alergizare. Constatările științei medicale în această direcție, le putem rezuma în următoarele:

1. Dacă tractul gastro intestinal este sănătos, substanțele cari se descompun la acest nivel nu pot cauza hypersenzibilitate.

2. Aceeași cantitate de substanță care trece prin tractul gastro intestinal fără să cauzeze ceva, în organismul bolnav produce hypersenzibilitate alergică și mai târziu chiar acces.

3. Dacă stomacul unui om sănătos e încărcat cu o cantitate mare de substanțe alimentare, substanțele cari derivă sub influența descompunerii acestei cantități enorme pot să cauzeze sensibilitatea alergică. Dacă acest lucru se repetă, apare accesul alergic, care este însoțit de turburări gastro-intestinale banale, sau se poate generaliza în organismul întreg. Simptomele alergice se agravează la fiecare supraîncărcare gastrică, până ce după un timp ajung la o boală cronică. Victima chiar la cea mai mică greșeală de alimentație sau de dietă se îmbolnăvește grav. Prezintă dureri de cap, inapetență, greață, vărsături, diaree, colice veziculare grave, palpitații, ameteți, senzație de epuizare sau chiar și boli nervoase copleșesc bolnavul.

Este caracteristic că dacă stomacul este încărcat cu o mare cantitate de proteină străină, organismul devine așa de sensibil încât mai târziu dacă se administrează intravenos numai o milionime dintr'un gram, poate cauza moartea. În urma cunoașterii alergiei boala cea mai veche și cea mai cunoscută, dispepsia gastrică este văzută sub o altă prizmă.

Afară de supraîncărcarea stomacului datorită unei ingerări prea mari de alimente, și alți factori pot să conlucreze la sensibilizarea mucoasei gastro intestinale. Așa de ex.: o substanță desicantă este și alcoolul. S'a făcut niște experiențe la câini pentru studierea inconvenientelor ce survin în urma ingerării regulate a alcoolului. În general animalele repede se alergizează cu băuturi spirtoase.

Un câine de lup care de prima dată s'a îmbătat și a adormit, a doua oară i-s'a făcut rău deja după o cantitate mică.

DIAGNOSTICUL ALERGIEI.

De mult timp se caută o tehnică unică cu ajutorul căreia medicul să poată constata dacă un bolnav e sau nu alergic.

Diagnosticul alergiei a luat azi două directive:

A) O anamneză detaliată și o examinare minuțioasă a bolnavului.

Anamneza este mai importantă ca la ori care altă boală. Factorii predispozanți putem cunoaște numai din răspunsurile bolnavilor.

Aici chiar bolnavul poate să dea în mână medicului cea mai puternică armă contra afecțiunii lui. După aceea mai putem observa, că boala alergică actuală este în legătură cu simptomele ce le-a prezentat mai înainte și cari aveau alt aspect cu toate că și ele sunt manifestări alergice. De ex.: erupțiile copilăriei, astmul din tinerețe, migrenele de mai târziu de multe ori pot să aibă origină comună.

Sunt importante și antecedentele eredo-colaterale. Starea de sănătate a membrilor familiei. Unele simptome ale părinților ne pot da îndrumări foarte importante, simptome la cari foarte puțin ne gândim. De multe ori nici nu e amintit dureră de cap a mamei, sau insomnia unui frate cari pot avea aceeași origine.

B) După anamneză și examenul general urmează metodele specifice depistătoare de alergie. Dintre acestea cele mai importante sunt probele imitatorii. Cu diferiți alergeni imităm acele influențe cari au declanșat accesul anterior. Dacă experiența reușește provocăm un acces experimental cu ajutorul căruia am găsit alergenul care a cauzat boala. Astfel de probe imitatorii sunt:

REAȚIILE DE SENSIBILITATE CUTANATĂ CARI SUNT DE MAI MULTE FELURI.

1. Probele pentru sensibilitate față de lumină, se fac acoperind unele părți și descoperind altele sau cu niște sticle. Probele cu sticle se fac pentru a vedea pentru care raze cu ce lungime de undă, este sensibilă pielea. Se pun niște sticle colorate cari absorb anumite raze de lumină și lasă să treacă numai o singură rază.

2. Reacția percutană (Moro): luăm alergenul și badijonăm pielea.

3. Epidermo-reacția constă în a menținea un antigen direct în contact cu pielea în timp de 24 de ore, sub un țesut impermeabil.

4. Cutireacția se face după tehnica reacției Pirquet, făcând scarificații lineare cu un vaccinostyl.

5. Injecția subcutanată (proba subcutanată) cu ajutorul căruia introducem alergenul sub piele. Astfel imităm anumite pișcături de insecte (ânțari, albină, purece).

Proba de zi și de noapte (Tag und Nachtprüfung).

Proba de zi. Bolnavul fără simptome alergice să stea trei zile acasă numai în timpul zilei. Două posibilități putem avea.

a) Apare alergia și dacă se exclude și alergia nutritivă, atunci alergenii se găsesc în locuință și împrejurimi (vopsea, mobile, praf, bureți de scânduri, grajd, flori).

b) Proba de noapte: dacă nu apare alergia în timpul zilei, atunci să doarmă noaptea acasă. Dacă apar fenomene alergice, atunci îndepărtăm părțile constitutive ale patului, perină, plapomă, etc. deperazim locuința (facem proba cutană la bolnav, cu extras apos de ploșniță).

Tot așa sunt probele imitatorii pentru frig, căldură, apă-sare.

PROBELE MUCOASE.

Dacă presupunem că locul de pătrundere a alergenului este mucoasa, atunci facem probele mucoasei.

În coriza alergică dacă introducem alergenul în nas, imediat se declanșează coriza. Astfel constatăm alergenul cauzator de acces.

Tot așa putem provoca inflamație la nivelul mucoasei oculare, cu ajutorul alergenului respectiv (soluție de atropină, etc.)

Sensibilitatea laringelui și a plămânului o examinăm cu proba de inhalație. Dacă bănuim care e alergenul, îl introducem într'un aparat de inhalație și inspirând bolnavul, va provoca accesul.

ALERGIA NUTRITIVĂ.

Alergia nutritivă o examinăm cu două metode: o metodă controlează rezultatul celeilalte.

Una este proba de excludere și cealaltă proba cu alergen.

Proba de excludere. După ce din alimentația bolnavului rând pe rând am exclus unele alimente, ceace a adus ameliorare în starea lui alergică, cu alimentul pe care îl bănuim, provocăm un acces ușor. Dacă ne reușește, am găsit alergenul cu care apoi îl putem vindeca. În stările alergice mai grave unde vrem să scutim bolnavul de neplăcerile cauzate de proba imitatorie, facem experiențe pe animale. Cu ajutorul sângelui bolnavului, transpunem sensibilitatea pe un animal de experiență și toate experiențele le facem, de aici încolo pe animal.

Experiențele pe animale le facem cu ajutorul probei lui Prausnitz-Küstner, sau Königstein-Uhrbach, pe cari deja le-am amintit.



TRATAMENTUL ALERGIEI.

(Metoda desensibilizării)

Pe lângă anumite terapii cari sunt adecvate unor boli alergice, la toate se poate aplica metoda desensibilizării. Prima condiție a acestei terapii este ca medicul să cunoască alergenul, care cauzează accesul. Odată alergenul cunoscut cu o cantitate foarte mică din acest alergen sau forte diluat, începem să tratăm partea sensibilă a organismului. Aceasta cantitate trebuie să fie cu mult mai mică decât aceea care provoacă accesul. După prima aplicare a alergenului, apar simptome foarte ușoare. Această terapie o repetăm cu doze din ce în ce crescând și la intervale mai apropiate. La sfârșit organismul devine insensibil și față de doze așa de mari, cari aplicate înainte de tratament, ar fi avut consecințe grave. Desensibilizarea de cele mai multe ori are rezultat. Uneori organismul are sensibilitate paralelă față de mai mulți alergeni. Acelaș acces poate fi provocat de alergeni diferiți. În stfel de cazuri cu toți alergeni cari cauzează accesul, facem desensibilizarea. Caracteristica acestei metode este că efectul desensi-

bilizării se întinde numai pe aceea regiune a corpului, unde s'a făcut desensibilizarea. Se întâmplă ca față de acelaș alergen să fie sensibil și plămânul și nasul. Dacă am desensibilizat plămânul, nasul a rămas și mai departe sensibil, și la acțiunea alergenului și mai departe apar simptomele nazale respective, de mai înainte. Dacă desensibilizăm și nasul, sensibilitatea dispare.

Terapia de desensibilizare se poate face numai în timpul când bolnavul nu prezintă simptome alergice. Prima dată trebuie deci să excludem posibilitatea unui nou acces. Terapia de desensibilizare are avantajul că, fără a angaja prea mult organismul, scutește bolnavul de neplăcerea acceselor ulterioare pe când diferitele terapii aplicate în timpul accesului nu fac altceva decât să amelioreze simptomele. Putem enunța că, terapia de desensibilizare este unica terapie sigură și generală a alergiei.

Amintesc aci bolile cari sunt de natură alergică pe sisteme.

Bolile alergice al pielii: ecsemă, neurodermită, prurigo Hebrae, pruritus, urticarie, edemul lui Quinque.

La nivelul aparatului respirator: Coriza spasmodică, astmul.

La nivelul aparatului circulator: Tachicardie paroxistică spasm coronarian, endocardită, purpura lui Schönlein Henoch.

În sfârșit mai pot aminti că unii și cancerul pun în legătură cu alergia. Supoziția aceasta încă nu este elucidată.

OBSERVAȚIUNI PERSONALE.

Prin bunăvoința dlui profesor dr. C. Tătaru căruia îi exprim aici mulțumirile pentru că mi-a încredințat aceasta teză am experimentat în Clinica Dermatologică din Cluj, ocupându-mă cu diagnosticul și tratamentul alergiei nutritiveș

Anamneza și examenul bolnavului le-am întocmit după indicațiile și foaia de observație specială a lui Urbach, cu următorul plan:

I. Examenul general al bolnavului. Depistarea infecțiilor de focar: 1. Afecțiunile de nas, gât, urechi, amigdalită, sinuzite. 2. Gura; dinții, granulom, chiste, abces alveolar cronic, pioree alveolară, 3. Bronsectazie, 4. Colectită, 5. Apendicită,

6. Colită, 7. Proctită, 8. Afecțiunile organelor genitale feminine. 9. Afecțiunile organelor genitale masculine, 10. Infecțiunile rinichiului și căilor urinare. 11. Alte infecțiuni ca: boli articulare, osteomielite, paronichie cronică.

II. Proba de zi. Proba de zi și de noapte am amintit-o. Dacă un bolnav se află trei zile într'un mediu spitalicesc sau în altă parte (nu acasă) și fenomenele clinice ale boalei respective nu se ameliorează, fără să facă alt tratament, înseamnă că proba de zi este negativă.

Proba de noapte se poate face și după proba nutritivă și pretinde o instalație specială.

III. Proba nutritivă. Alergia nutritivă se poate pune în evidență cu mesele de propeptan (Propeptankost).

Propeptanele din comerț sunt următoarele:

A) Cărnuri: 1. Pește de râu, 2. pește de mare, 3. carne de pui, 4. carne de vițel, vită, porc, cal.

B) fasole, mazăre, morcovi, cartofi, linte, orez, varză acră, sparangheli, spanac, pătlăgele roșii,

C) lapte,

D) făinuri; făină de secară, de grâu,

E) fructe, mere, banane, portocale, fragi,

F) diverse: ou, cacao, rac.

Cu aceste propeptane putem întocmi mesele următoare:

Ora	Propeptan	Ora	D i e t ă
7.15	Lapte, grâu, secară	8	Lapte, pâine cu unt
11.15	Carne de vită, spanac, grâu. Lapte, cartofi, ou	12	Supă de carne de vită, carne de vită, spanac, cartofi, prăjituri
15.15	Lapte, cacao, grâu	16	Ciocolată cu lapte, pâine albă
19.15	Morcovi, orez, mazăre, lapte	20	Pudincă de vegetale (din morcovi, orez, mazăre) un pînar de lapte

Aceste mese cu propeptane dăm în decurs de 3 zile. Dacă dispar fenomenele alergice, obiective și subiective, atunci putem pune diagnosticul de „idiosincrazie alimentară“. După 3

zile începem să dăm alimentele rând pe rând fără propeptane. Dacă după ingerarea unui aliment fără propeptanul corespunzător, apar fenomene alergice (ca prurit, urticarie, etc.), atunci în ziua proximă dăm acelaș aliment cu propeptanul corespunzător, fenomenele alergice vor dispărea. Astfel în decurs de 14—20 zile putem pune în evidență alergenii nutritivi.

Urbach simplifică aceste mese cu propeptane în sensul că folosește numai 6 propeptane cu alimentele corespunzătoare, (grâu, lapte, ou, carne de vită, spanac, cartofi). După ce s'a clarificat asupra acestor 6 alimente introduce zilnic un nou aliment fără propeptan.

Urbach mai folosește un alt procedeu de desensibilizare cu mesele de polypropeptan. Polypropeptanul lui Urbach conține 12 propeptane (carne de vită, de bou, de porc, ou, lapte, grâu, secară, cartofi, orez, spanac, mazăre, mere).

Schema mesei cu polypropeptan (Urbach).

Ora	2—3 tablete	Ora	D i e t a
7.15	Polypropeptan	8	Lapte pâine cu unt
11.15	"	12	Supă de carne de vită, carne de vită. cu spanac, orez, cartofi și prăjituri
15.15	"	16	Lapte, franzelă cu unt
19.15	"	20	Supă de mazăre, friptură de vițel, sau porc, mere,

Această dietă durează 3 săptămâni. Dacă pacientul se desalergizează, atunci după aceste 3 săptămâni, zilnic diminuăm polypropeptanele cu jumătate până la o tabletă. Rând pe rând eliminăm toate polypropeptanele și bolnavul va lua aceste alimente singure. După aceea zilnic adăugăm un nou aliment. Dacă după ingerarea unui nou aliment astfel adăogal, apar fenomene alergice, atunci acest aliment îl vom da cu propeptanul specific corespunzător. De ex.: propeptan de pătălăgele roșii.

IV. Dacă am descoperit un antigen alimentar cu el putem să facem și proba cutană corespunzătoare boalei respective.

Probele cutane le mai putem face ori de câte ori presupunem un alergen care ar putea cauza afecțiunea respectivă. Urbach alergenii le împarte în 6 grupe mari:

1. Extract mixt de substabile epiteliale.
2. Materiale de pat (păr de cal, seegras, africul, paiu).
3. Praf din locuință.
4. Bacterii patogeni (stafilococi, streptococi coli),
5. Ciuperci, (din crăpăturile scândurilor),
6. Alimente vegetale și animale.

Dacă proba cutană cu una din grupă este pozitivă atunci facem probele din subgrupe pentru depistarea precisă a alergenului respectiv. Odată alergenul descoperit cu el putem face desenzibilizarea pe căi cutanale, sau per os.

Observațiile făcute asupra bolnavilor — cărora le am administrat propeptane și polypropeptane — au dus la următorul rezultat:

FOAIE DE OBSERVAȚIE CLINICĂ PENTRU BOLNAVII ALERGICI.

Data 13. IX. 1937. Numele C. R. Etatea 40 ani. Starea civilă: căsătorită. Ocupația acum casnică, de odinioară casnică. Locuința Cluj.

Antecedente eredo-colaterale. In familia D-Voastre bunicii, părinți, mătușe, frați, copii au suferit de următoarele boli?: Astm, catar bronșic, astm de fân, prurit nazal, accese de strănut, catar ocular, când iarba înverzește primăvara (catar nazal de scurtă durată cu secreție nazală abundantă și cu strănuturi puternice); ecsemă, edemul lui Quinque, leziuni cutanate pruriginoase, boala serului, tumefieri articulare, reumatisme articulare, eclampsie, migrenă, epilepsie, hipersensibilitate față de anumite alimente, medicamente, substanțe animale, vegetale, sau față de anumite mirosuri.

Bunicul și sora bunicului au prezentat migrenă, de asemenea frații mamei suferă de migrenă (unchiu, mătuși). Are doi copii cari au greață față de lapte.

Antecedente personale: Ca copil de sân, sau în mica copilărie, când ați suferit de: eczemă, leziuni cutanate pruriginoase, bronșită, vărsăturile sugarilor, sau de boli

infecțioase: pojar, scarlatină, difterie, febră tifoidă, dizenterie, tuberculoză, sifilis.

În copilărie a suferit de pojar, difterie și febră tifoidă.

Ce boli febrile ați avut?: Vegetații adenoide amigdalite. Coriză, faringită, tracheită: între 16—18 ani faringită. Sinusite. Dacriocistită. Otită medie. Afecțiuni dentare: 4 fistule dentare timp de 6 ani după care a căpătat reumatism poli-articular subacut recidivant. Catar bronșic. Aprindere de plămâni (gripă). Bronșiectazie. Colecistită, colelitiază. Catar gastric. Enterită, colită. Apendicită. Reumatism articular sau muscular: da. Infecția căilor urinare, (rinichi, basinet, vezică, uretră). Cistită acum patru ani. Afecțiunile organelor genitale bărbătești (epididim, prostată, vezicule seminale). (Pentru bărbați).

Alte infecțiuni: Hidrosadenită, adenită, osteomieliță, artrită, furunculoză, celulite, septicemii.

Ce operații ați suferit și când?: Op. pentru veget. ad. Amigdalectomie. Op. pe nas. Op. pe sinusuri. Op. în otită medie. Extracții dentare. Op. pe vezică biliară. Op. pe stomac. Op. pe intestin. Op. pe apendicită. Op. pe rinichi. Op. pe ovare. Op. pe uter.

Ați avut turburări de metabolism? (diabet, gută, obezitate). Ați avut turburări ale glandelor endocrine? (Tiroidă, hipofiză, ovar). Suferiți de constipație, diaree, colici gastrice?

De un an constipată, are scaun tot la 2—3 zile.

Eliminarea de urină și sudoare este normală? Ați avut infecțiuni cu viermi intestinali? (ascarizi, tenii, oxiuri)? Sunteți nervoasă și ușor iritabilă?

De 1 an este nervoasă și ușor iritabilă.

Abuzați de tutun, cafea, alcool? Prezența enureză nocturnă?

Numai pentru femei. — Apariția primei menstruații: La 14 ani. Era regulată sau dacă nu era, în ce consta neregularitatea ei? (Durată sau intensitate): Foarte regulată. Cât este timpul între cele două menstruații? 28 zile. Câte nașteri ați avut? 2 nașteri, un avort spontan la 5^{1/2} luni. Ați avut turburări în timpul gravidității (hiperemезă, eclampsie)? Hiperemезă ușoară la cele trei sarcini. Ați avut avorturi însoțite cu febră și hemoragie?

Ați avut următoarele simptome de hipersenzibilitate înaintea boalei actuale? Prurit. Tumefieri ale feței cornulu. Ecsemă. Lezuni cutanate pruriginoase. Astm de fân (prurit nazal, iritație de strănut, accese de strănut, congestii oculare și astm în timpul înverzirii ierbii). Corize, bruste și repede trecătoare cu hidroree abundentă, independent de anotimp. Fenomene astmatice. Fenomene gastrice și intestinale (vărsături, scaune mucoase, diaree

după anumite mâncări, sau medicamente). Tumefieri articulare recidivante: Da, la genunchi, mâini și picioare. Migrenă (cefalee hemicraniană). Epilepsie. Ameteți de cap.

Ați observat fenomene locale sau generale după următoarele alimente, medicamente, substanțe vegetale sau după influențe fizice? Aveți aversiune față de aceste substanțe, sau deja de miros?

Alimente de natură animală. — Pește de apă dulce: da. Pește de mare: nu. Scoici, raci, melci: da. Carne (de porc, vită, vițel, miel, cal, epure, găină, găscă, rață, vânat). Greață față de carne de miel și cărnuri crude. Viscere (ficat, splină, creier). Greață față de ficat. Șuncă, cârnaț. Ouă (albuș, gălbenuș): da. Lapte (de mamă, vacă, zăre, lapte acru). Greață față de lapte de mamă și vacă).

Alimente vegetale: Arpagică, castraveți, cartofi, ciuperci: da. Călărabe, ciocolată, conopidă, fasole, fragi, făină, hrean, linte, lămâie, mere, mazăre, mei, miere, morcovi, migdale, mămăligă, nuci, pere, pâine, pepene, portocale, prune, pătlăgele roșii, porumb, orz, ovăș, orez, ridichi, sparanghel, spanac: da. Struguri, țelină, usturoiu: da. Varză dulce, varză acră, zahăr. Grăsimi: oleu de olive, margarină, untură de pește): da. Unt de lemn: da. Vin alb, Vin roșu: da. Șnaps, licheur: da. Bere, cafea, ceai.

Săruri, acizi, condimente: Sare de bucătărie, Paprică: da. Muștar, oțet (de vin sau artificial), Piper, Vanilie.

Medicamente: Antipirină, Pyramidon, Amidopirină, Arnica, Acizi barbiturici veronal, Arzen, Atophan, Atropină, Balsam, Brom, Jodoform: da. Mercur, Opium (Codeină), Morfină, pantopon, Ortoform, Pellidol, Phenolph-taleină, Pflaster, Rezorcină, Bismuth, Chinină, Cocaină, Insulină, Ipecacuanha, Acid salicilic, Salvarsan, Urotropină, Iod: da.

Afară de acestea ne mai interesăm de: Laxative, prăvuri pentru cefalee, somnifene, curățiitoare de sânge.

Vegetale întregi, părți de vegetale, seva vegetalelor: Bumbac, lemne, cauciuc, gumă, narcis: da. Primulă, rădăcină de crin roșu, sparanghel, lăcrimioare: da. Crin: da. etc.

Influențe fizice: Insulturi mecanice, (frecare, apăsare). Frigul (apa rece, aerul rece). Căldura (apa caldă, aerul cald). Lumina (dela soare, a lampei de cvart). Raze (Röntgen, Bucky, Radium).

Istoricul bolii actuale: Această bolnavă a prezentat urticario în trei rânduri. Prima urticario s'a prezentat după salata de vinete pregătită cu unntdelemn, în 1936, luna Sept. A durat 6 săptămâni și s'a vindecat. S'a tratat cu anaclazină.

A doua urticarie a avut-o după consumarea de carne afumată, stricată. (După afirmația bolnavei). Aceasta s'a întâmplat în Decembrie 1936. A trecut după 14 zile și acum a folosit anaclazină.

Urticaria în rândul al treilea i-a survenit în Aprilie 1937, după consumarea de carne de miel alterat. Această urticarie s'a ameliorat în urma unui regim foarte strict (a mâncat numai legume fierte în apă și ușor sărate). Din cauza acestui regim bolnava a slăbit 8 kg. și atunci a început o cură de lapte în urma căreia i-a apărut urticaria.

Cu aceste fenomene intră în Clinica Dermatologică din Cluj, în ziua de 13. IX. 1937.

Tratament. — S'a administrat o injecție intracutanată cu aolan, în urma căreia s'a declanșat o erupție puternică de plăci urticale. S'a dat per os lapte cu propeptanul corespunzător și erupția a dispărut.

După aceea s'a administrat o injecție intracutanată de extract de carne, după care iar s'a declanșat erupția. S'a administrat carne cu propeptanul corespunzător. Erupția a dispărut. Se pune bolnava pe un regim corespunzător Polypropeptanelor și i-se administrează concomitent polypropeptanele. În câteva zile bolnava părăsește clinica cu lipsa simptomelor clinice, recomandându-i-se să urmeze tratamentul cu polypropeptane și regim conform prescripției lui Urbach.

Bolnava după două săptămâni se reîntoarce în clinică cu fenomene urticariene însă spune că în cele două săptămâni n'a avut urticarie. Întrebând ce alimentație a urmat, spune că a mâncat chaudeau cu vin, în urma căruia au apărut fenomenele urticariene, probabil vinul a fost alergenul care a sensibilizat-o. Se elimină din regim această mâncare, bolnava se vindecă.

II. — Bolnavul S. P. Intră în Clinică 17. IX. 1937. 56 ani. Căsătorit. Preot-Turnu Severin. Antecedente eredo-col.: Tatăl bolnavului a suferit de eczemă recidivantă la picior, în etate de 40 ani. Antecedente personale: boli infecțioase: pojar, variolă, malarie. — Ce boli febrile ați avut? Amigdalite repetate. 3—4 abcese dentare, rar gripă, bronșită. Inceput de hipertrofie a prostatei. Acum 39 ani adenită submaxilară, care s'a deschis. Ce operații ați suferit? O extracție de măsea. Ce boli parazitare ați avut? Infecție cu ascarizi. Sunteți nervos? Este calm. Nu fumează, nu uzează de cafea, băuturi alcoolice folosește rar.

Ați avut următoarele simptome de hipersensibilitate?

Acum 30 ani mâncărime însoțită de erupție pe tot corpul, membrele superioare și inferioare. A trecut în 8 zile.

Ați observat fenomene locale sau generale după unele alimente, medicamente, vegetale, sau alte substanțe? Are greață de benzină și **Influnțe fizice**: Căldura favorizează urticaria. Frigul și aerul (după spusele bolnavului) diminuează urticaria. Deasemenea urticaria dispăre la frecare.

Istoricul boalei actuale: Boala actuală datează de 9 ani. Survine periodic cam din 3 în 3 ani. Acum 9 ani în Iunie i-a apărut o erupție urticariană pe corp și cap, cam la 3 ore după ce a mâncat mâncări de lapte. Erupția a durat 2 $\frac{1}{2}$ luni. A urmat regim vegetarian, pregătit cu unt, a folosit peptalmină, pastile și calciu per os.

A doua erupție i-a apărut în 1931, în luna Octomvrie, după lapte și carne, a durat tot două luni. A ținut strict regim vegetarian cu untdelemn.

A treia erupție i-a apărut în 1934 în Iulie. Erupția și pruritul s'a accentuat după ce a mâncat pește de râu și a fost însoțită de tumefierea buzelor și pleoapelor, ținând 5—6 ore. Aceste fenomene s'au repetat de vre-o trei ori. A urmat regim vegetarian, autohemoterapie. A lut calciu per os ginergen și euphoril.

A patra erupție a apărut la 22 Iunie 1937. A fost localizată pe membre și corp. Și aceasta a fost însoțită de tumefierea buzelor și a pleoapelor în mai multe rânduri. A urmat regim vegetarian, fără grăsimi și untdelemn. A observat că fructele, prunele și strugurii, iar dintre mâncări fasolea, intensifică erupția și pruritul. A urmat o cură de băut fără rezultat. A luat pancrepatina per os, ginergen, calciu.

Întră în Clinica Dermat. în 15 Sept. 1937.

În decurs de 10 zile urmează în Clinică regimul corespunzător polypropeptanelor și ia per os polypropeptanele. Deja după 3 zile erupția dispăre și după 10 zile părăsește Clinica cu lipsa simptomelor urticariene. Se recomandă tratamentul mai departe.

III. — T. I. de 28 ani, mecanic, căsătorit, din Câmpia Turzii. Cu antecedente eredo-col.: Un frate la 6 ani ceseză. În antecedente personale neagă afecțiunile cutanate. A avut următoarele boli febrile: Amigdalită cronică în 1932—1934. Corize repetate. Gripe repetate, pleurezie în 1935. În 1933 crize apendiculare. Are 3 dinți cu fistule.

Boli venerice: Șancru moale, herpes în 1932 timp de un an (localizat la nivelul organelor genitale).

A fost operat de amigdale în 1934. I s'a extras un dinte. De patru ani e constipat, având scaun la 3 sau 4 zile. Este nervos și ușor iritabil. Uzează moderat de alcool.

Ca simptome de hipersensibilitate a prezentat: În copilărie, seara când se culca avea un prurit localizat la nivelul pulpei. Din 1932 de 2 sau 3 ori pe an prezenta edeme palpebrale fugace. Din 1932 are accese de strănut cari se accentuează la călură sau dacă bea vin.

Are greață față de carnea de porc și de pui. Nu-i place ficatul, creerul. Are greață față de lapte, față de nuci, spanac, varză dulce, grăsimi, untura de pește, oțăt, vanilie, dulciuri.

Acizii provoacă mâncărime la nivelul regiunii ecsematoase, de asemenea și apa rece.

Boala actuală: Prezintă din 1933 ecsema cronică recidivantă și madidantă. A fost tratat cu diferite medicamente cu ameliorare temporară de scurtă durată.

Intră în Clinica Dermat. în 21 Septembrie 1937. A fost tratat în decurs de trei săptămâni cu diferite medicamente, fără să se obțină ameliorare, din contră chiar agravare. În acest tratament a căpătat și 2 injecții de calciu în urma cărora s'a produs un accident de hipersensibilitate (eritem și edem pe față și pleoape).

După 3 săptămâni s'a încercat tratamentul cu polypropeptan cu regimul corespunzător. După 4 zile s'a observat ameliorare la nivelul plăcilor ecsematoase localizate pe mâini. Acest tratament s'a continuat încă o săptămână, adăugându-i-se și un tratament de desensibilizare nespecifică (injecții cu peptona) și tratament local cu niște alifii și comprese. Bolnavul părăsește Clinica vindecat. Se indică continuarea tratamentului cu polypropeptan.

IV. — Bolnavul J. E. de 17 ani, necăsătorit, comerciant, din Sighet. Antecedente eredo-colat. fără importanță. Antecedente personale: N'a prezentat bolile infecțioase ale copilăriei. Boala actuală: Datează din mică copilărie. Prezintă leziuni de prurigo, localizate pe întreg corpul, însoțite de prurit rebel. Acestei leziuni se atașează o ecsemă aproape generalizată. (Ecsema o are de vre-o 3 ani). Pruritul se accentuează după ingerarea de mâncări sărate și după ce bea băuturi spirtoase. S'a tratat cu diferite medicamente, obținând ameliorări trecătoare. În vara anului trecut i-s'a administrat polypropeptane cu regimul corespunzător. S'a obținut oarecare ameliorare.

V. — Bolnava N. F. de 25 ani, necăsătorită, servitoare, din comuna Cara. Antecedente personale: A avut conjunctivită ecsematoasă, pleurezie. Cinci dinți cariati. Sufferă de constipație. Este nervoasă. Are des dureri de cap.

Are greață de ficat, lapte, carne de epure și găină, linte, miere de stup, orez, gris, spanac, untdelemn, bere, și de următoarele medicamente: Pantopon, ipeca, iodoform, sare amară, ricină. Are greață și față de gumă.

Boala actuală, datează de 3 ani. Prezintă o ecsemă cronică maditantă, localizată pe dosul mâinilor. A fost tratată cu cele mai variate medicamente și procedee terapeutice, însă a fost foarte rebelă la tratament. S'a încercat tratamentul și cu polypropeptane însă a fost fără rezultat. În acest caz nici nu ne putem aștepta la rezultat pozitiv, fiindcă bolnava probabil prezintă o polysensibilizare față de variați alergeni cari toți ar trebui depistați și pe urmă cu ei desensibilizați. Depistarea lor însă, e foarte grea, câte odată chiar imposibilă. (Urbach).

În rezumat pot spune, că propeptanele și polypropeptanele ne dau rezultat în diagnosticul și tratamentul alergiei nutritive, mai ales în afecțiunile cutanate acute, a căror origine este **trophalergia**.



CONCLUZIUNI.

1. Sub alergie, în concepțiunea cunoștințelor noastre de astăzi, înțelegem o stare modificată a organismului, câștigată printr-o influență străină și care face ca organismul să reacționeze altfel față de aceea influență străină, decum a reacțional pentru prima dată.

2. Patogenia alergiei (originea accidentelor de hipersensibilitate specifică), după părerea celor mai mulți autori, se poate exprima prin reacția antigen-anticorp.

3. Alergia atacă, după cum s'a putut dovedi experimental, îndeosebi două țesuturi: sistemul muscular neted și endotelul vascular.

4. Observațiunile clinice dovedesc cu prisosință, că vârsta nu are o influență deosebită asupra sensibilizării alergice, aceasta putând surveni la orice vârstă și cu simptomele cele mai variate.

5. Sensibilizarea alergică poate fi condiționată de o serie întreagă de factori predispozanți, între cari avem: ereditatea, infecțiile, intoxicațiile, turburările digestive, hepatice, endocrine, clima, anolimpurile, unele substanțe alimentare, influențele psihice și diferite substanțe excitante.

6. Starea alergică este produsă de diferite substanțe sau influențe fizice numite alergeni, cari sunt în stare de a produce anticorpură în organism.

7. Locul de pătrundere a alergenilor, poate fi foarte variat, toată suprafața externă și internă a corpului fiind capabilă pentru recepția alergenilor cu o putere de recepție inconstantă. Alergenul astfel poate pătrunde în organism prin piele, mucoase (îndeosebi prin mucoasa nazală) și prin mucoasa gastro-intestinală.

8. Diagnosticul alergiei se stabilește pe baza unei anamneze detaliate și pe un examen general minuțios, cărora se

atașează metodele imitatorii specifice cari ne servesc pentru depistarea alergenului cauzal.

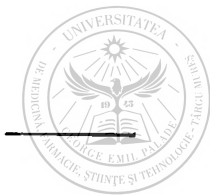
9. Tratamentul este în funcțiune de alergenul depistat, cu ajutorul căruia desensibilizăm organismul, ajungând astfel la vindecarea bolnavului.

10. Observațiunile mele personale, din serviciul dlui Prof. C. Tătaru, se referă la cinci cazuri clinice, tratate cu propeptane și polypropeptane: două cazuri de urticarie (vindecate), un caz cu ecsemă madidantă, (vindecat), un caz cu ecsemă cronică (rezultat negativ), și în fine un caz cu prurigo (ameliorat)

Văzută și bună de imprimat:

Decanul Facultății:
(ss.) Prof. Dr. D. MICHAIL

Președintele tezei:
(ss.) Prof. Dr. C. TĂTARU



BIBLIOGRAFIE.

1. Nouvelle Pratique Dermatologique publiée par M. M. Darier, Sabouraud, Gougerot, Milian, Pautrier Ravaut, Sézary, Clément, Simon (1936).
 2. Annales de Dermatologie et de syphiligraphie.
 3. Bulletin de la société française de Dermatologie et de syphiligraphie.
 4. Traité de dermatologie clinique et thérapeutique. Publié sous la direction de J. Belot, Paul Chevallier, J. Gaté, P. Joulia, Marcel Pinarđ, E. Ramel, E. Schulmann, A. Touraine, R. J. Weissenbach.
 5. Allergie et anergie en clinique V. de Lavergne.
 6. Klinik und Therapie der Allergischen Krankheiten von Dr. Erich Urbach.
 7. Cimoca Valeriu: Dermatologie, note după lecțiunile clinice ale dlui Prof. dr. C. Tătaru.
 8. Hațieganu-Goia: Tratat elementar de semiologie și patologie medicală vol. I și II.
 9. Cours de epidemiologie după prelegerile ținute de dl Prof. Dr. I. Moldovan redactat de Drd. Borbăth.
 10. Dr. Parădi Coloman: „Bolile alergice, comunicarea făcută la „E. M. E.“ în 31, I. 1938.
-