

DERMATOZELE ACTINICE



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE 30 MAIU 1940
DE

TRAIAN ȘOVĂIALĂ

fost extern prin concurs al Clinicilor Universitare din Cluj.

CLUJ

„PALLAS“ INSTITUT DE ARTE GRAFICE COOP. IND.

Strada A. Vlăhuță No. 3.

1940.

DERMATOZELE ACTINICE



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

24 MAY 2009

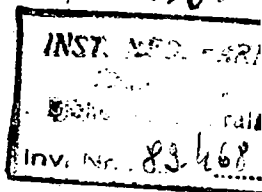
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE 30 MAIU 1940

DE

TRAIAN ȘOVĂIALĂ

fest extern prin concurs al Clinici'or Universitare din Cluj.

9762



CLUJ

„PALLAS” INSTITUT DE ARTE GRAFICE COOP. IND.

Strada A. Vlăhуță No. 3.

1940,

**UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I.” DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ**

Decan: Prof. Dr. I. DRĂGOIU

Profesori:

Anatomie umană	DI. Prof. Dr.	<i>Papilian V.</i>
Chimie generală medicală	” ” ”	<i>Secăreanu Șt.</i>
Chimia biologică	” ” ”	<i>Manta I.</i>
Istologie și embriologie	” ” ”	<i>Drăgoiu I.</i>
Fiziologie și fizică medicală	” ” ”	<i>Benetato Gr.</i>
Anatomie patologică	” ” ”	<i>Vasiliu T.</i>
Bactereologie	” ” ”	<i>Baroni V.</i>
Patologie generală și experimentală	” ” ”	<i>Botez A. M.</i>
Igienă și medicină preventivă	” ” ”	<i>Moldovan I.</i>
Medicina legală.	” ” ”	<i>Kernbach M.</i>
Radiologie	” ” ”	<i>Negru D.</i>
Istoria medicinei	” ” ”	<i>Bologa V.</i>
Farmacologie (supl.)	” ” ”	<i>Baroni V.</i>
Clinica medicală I.	” ” ”	<i>Hațeganu I.</i>
Clinica medicală II. (semnologie)	” ” ”	<i>Goia I.</i>
Clinica chirurgicală (semnologie)	” ” ”	<i>Pop Al.</i>
Clinica chirurgicală și boalele căilor urinare.	” ” ”	<i>Țeposu E.</i>
Clinica obstetricală și ginecologică	” ” ”	<i>Grigoriu Cr.</i>
Clinica dermatologică și sifilografică	” ” ”	<i>Tătaru C.</i>
Clinica infantilă și puericultură	” ” ”	<i>Popoviciu Gh.</i>
Clinica neurologică	” ” ”	<i>Minea I.</i>
Clinica psihiatrică	” ” ”	<i>Urechia C.</i>
Clinica oftalmologică	” ” ”	<i>Michail D.</i>
Clinica balneologică și dietetică	” ” ”	<i>Sturza M.</i>
Clinica oto-rino-laringologică	” ” ”	<i>Buzoianu Gh.</i>
Clinica stomatologică.	” ” ”	<i>Aleman I.</i>
Igienă și medicină preventivă	Agregat Dr.	<i>Zolog M.</i>
Clinica boalelor contagioase	Conf. ”	<i>Gavrilă I.</i>
Fiziologie și Fizică medicală (conferință)	Conf. ”

JURIUL DE PROMOȚIE

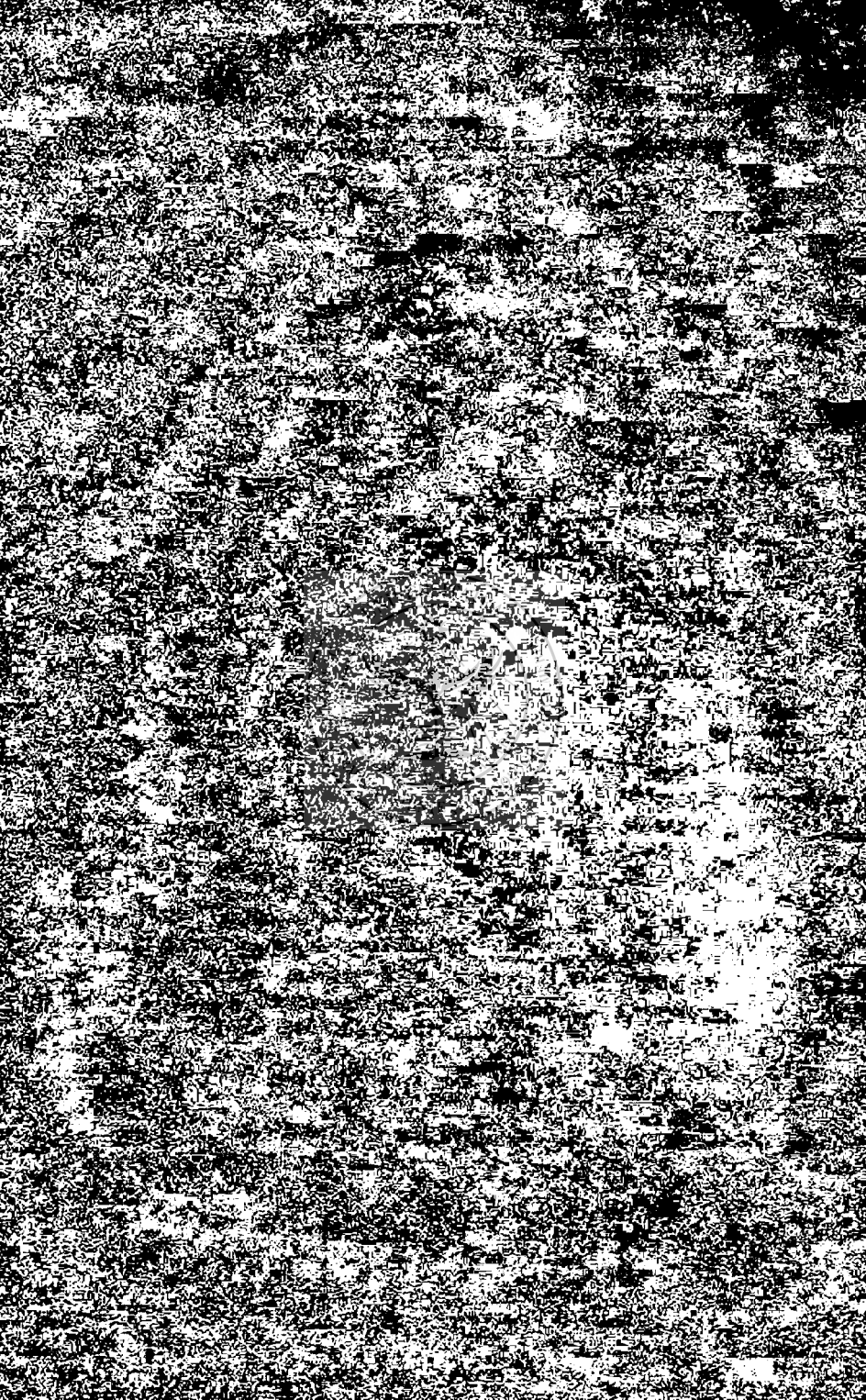
Președinte: D-nul Prof. Dr. *V. Bologa*

Membrii: { ” ” ” *M. Sturza*
 ” ” ” *M. Kernbach*
 ” ” ” *Gh. Popoviciu*
 ” ” ” *Gr. Benetato*

Supleant: DI. Conf. Dr. *I. Gavrilă*

Tubiților mei părinți.





INTRODUCERE

Prin dermatoze actinice (*ακτίνος* = rază) se înțeleg o serie de afecțiuni ale pielii produse de acțiunea razelor naturale solare cât și a razelor artificiale produse cu ajutorul diferitelor aparate, ca lampa Sollux, lampa cu arc și lampa cu mercur.

Încă din cele mai vechi timpuri razele solare au fost folosite ca mijloc terapeutic în diverse boli. Hipocrates este cel dintâiu care pune preț pe acest mijloc terapeutic cu razele solare. Romanii au avut instalațiuni balneare cu cură de soare, iar unii medici romani chiar indicau terapia cu raze solare. În Evul Mediu se pierd cunoștințele tratamentului cu soare și numai după 1800 începe să se pună baze științifice acestui mijloc de tratament. Finsen în 1890 este acela care pune bazele științifice ale terapiei actinice. Dar, acțiunea solară nu are numai efect terapeutic asupra organismului nostru ci poate fi și cauzatorul unor serii de afecțiuni. Aceste afecțiuni pot fi cutanate numite lucite și pe cari Darier le-a numit actino-dermatoze, acesta fiind subiectul lucrării de față.

Șensibilizarea la lumină.

Ființele vii pot să capteze în favoarea a numeroase schimburi atât a mediului lor exterior cât și a mediului interior o cantitate de raze cu mult mai mare decât aceia care fiziologia normală lasă să se prevadă. Prin aceasta se produce impregnația tisulară a substanțelor chimice speciale foto-dinamice.

Lumino-sensibilizare, descoperită de Vogel la 1873 în domeniul fotografic, a fost studiată de Giffard, Alinari, Castellani și mai cu seamă de Auguste Lumiere și Barbier.

Dreyer, Hertel și Passow, au constatat în lumea vegetală inferioară aceste fenomene foto-dinamice cari erau capabile să mărească nocivitatea luminei asupra microorganismelor puse într'o baie cu un colorant normal inofensiv.

Silvio Rebella precum și Dufrenoy au observat fenomene asemănătoare și la vegetalele superioare.

La animalele inferioare Marcacci, Raab, Loeb, G. Bohn, A. Drzewine și Victor Henri au arătat puterea vitală a razelor al cărui efect ar crește printr'un sensibilizator al luminei.

La animalele superioare Titze a arătat încă din 1900 că, sub acțiunea razelor solare, caii nutriți cu orz erau susceptibili la moarte.

Hausmann a reprodus la șoareci o actinită fatală în urma injecțiunii de hematoporfirină. Cazuri asemănătoare au fost observate de Lewin, Stephans, Herxheimer și Nathan. În 1925 Jaussion și Marevan au relatat șocuri de lumină acridinic (le coup de lumière acridinique),

Mecanismul sensibilizării luminei.

O cantitate de lumină care în mod normal este inofensivă pentru celula sănătoasă, o omoră dacă ea este impregnată de un sensibilizator apropiat.

Celule + catalizator + lumină = lucite.

Procesul foto-dinamic se produce prin :

1. Imbibarea celulei de foto-sensibilizator.
2. Penetrația luminei până la celula imbibată.
3. Adaptarea reciprocă a luminei incidente și a sensibilizatorului ajutător.

La piele, primile celule susceptibile de a fi impregnate de un colorant introdus în organism pe cale sanguină, sunt elementele corpului mucos al lui Malpighi care este un adevărat ecran foto-dinamic.

Lumina pentru a fi capabilă să ofenseze aparatul tisular va trebui să corespundă proprietăților spectrochimice ale foto-catalizatorului și să pătrundă suficient bariera tegumentară pentru a atinge straturile sensibilizate.

Sensibilizatorii.

Aceste substanțe n'au lanțuri chimice definite. Cea mai mare parte sunt coloranți fluorescenți și posedă un nucleu ciclic benzenic sau pirolic la care adăugarea unui grup eterogen dă un etero-ciclu.

Sensibilizatorii se pot împărți :

1. Sensibilizatori fotografici.
2. Sensibilizatori clinici, terapeutici și experimentali.
3. Sensibilizatori biologici.

Desensibilizarea la lumină.

Sunt unele substanțe, ca de ex. rezorcina și piroca-technia (difenoli), ce se întrebuințează în tratament și cari au proprietăți reductoare. Aceste substanțe prin proprietățile lor reductoare pot împiedeca foto-cataliza.

Cercetări experimentale asupra foto-dermatozelor.

Oppenheim în 1926 pentru prima dată a descris dermatoză ce apărea la cei cari făceau baie în plin aer cald pe iarbă. Cazuri asemănătoare au fost publicate apoi de diferiți autori germani. În literatura franceză primul caz publicat a fost făcut de Dra. Ullmo (Strassburg) iar după ea cazuri asemănătoare au fost publicate de Lanzenberg.

Oppenheim este cel care a făcut descrierea clasică a acestei afecțiuni. Hartmann și Briel au publicat o comunicare cuprinzând 40 de cazuri de dermatoză actinică observate în 1927.

Naegeli a publicat cazuri de dermatoză ce apăreau la scăldătorii din lacul Constance. Acești bolnavi prezentau plăci roșii urticariene sau veziculoase, localizate pe extremități și trunchiu, iar fața, gâtul și mâinile erau sănătoase fără leziuni. Aceste dermatoze apar în timpul băii sau în noaptea următoare și Naegeli îi incrimina în etiologia lor planctonul animal din părțile superioare ale acului. Edel a publicat apariția unei dermatoze eritematoase sau eritemato-boloase la 20 de soldați cari au smuls postârni.

Hartmann a încercat să reproducă în mod experimental aceste dermatoze fie aplicând pe pielea uscată frunze proapete din plantele incriminate, fie frecând pielea cu extractele acestor plante, fără a reproduce însă tabloul clinic al acestor afecțiuni.

Siemens constată un fenomen de sensibilitate la plantele de câmp. În fine diferiți autori au publicat observațiunile lor asupra cazurilor similare cari au dus la concluzia unei ipersensibilități față de diferite plante. Etiologia a fost cercetată în efectul nociv al luminei care prin intermediul unui foto-catalizator, produce o dermatoză la un individ sensibil.

Lumina se găsește în toate cazurile precum și foto-sensibilizatorul care este același la toate plantele și anume clorofila. Ea are la toate plantele un rol de foto-catalizator în asimilarea CO_2 . În plante după cercetările lui Wil-

stădter se deosebesc două feluri de clorofilă: clorofila A a cărei formulă este $C^{55}H^{70}O^5N^4MG$ și clorofila B cu formula $C^{55}H^{70}O^6N^4MG$. Clorofila absoarbe razele cele mai active ale spectrului solar și anume razele roșii. Razele cele mai active sunt acelea a căror lungime de undă este cuprinsă între 350—662 λ , corespunzând regiunii C din spectru.

Clorofila este o substanță sensibilizatoare foarte ușor utilizată de lumina solară și în particular de razele roșii ale luminei solare în asimilația CO_2 .

În toate cazurile de foto-dermatoză se pot constata 3 factori: lumina, factorul sensibilizator și individual susceptibil.

Experiențele au arătat că pielea în prealabil preparată printr'un grataj al epidermiei frecată apoi cu un tampon de vată imbibat cu extract, de spanac și expusă la acțiunea vaporilor de Hg. dela lampa de Quarz va prezenta un eritem de intensitate mare. Dacă se aplică aceste iradițiuni și pe pielea simplă rezultatul este negativ.

Rezultate identice s'au obținut și cu extracte alcoolice de spanac. Pielea ce a fost în contact cu soluția alcoolică de 1%, 2% și 5%, supuse apoi iradițiilor vaporilor de Hg. dela lampa de Quarz, va prezenta o roșată cu mult mai intensă la locul unde s'a aplicat soluția de 5%.

S'au făcut experiențe și cu soluții de 5, 10, 25 și 50%, apoi s'a iradiat cu raze roșii timp de 15' producându-se plăci eritematoase pe lecurile ce erau în contact cu clorofila. Dacă iradițiunile se fac cu lampa de Quarz, atunci eritemul se produce și pe regiunile unde nu s'a atins cu clorofilă dar în aceste locuri are o intensitate mai mică decât acolo unde s'a aplicat clorofila. Lampa cu Quarz produce în majoritate, ultraviolete și numai în parte produce raze roșii.

S'au făcut și alte experiențe, punându-se pe regiunea cu clorofilă H_2O_2 și CO_2 în locuri deosebite și expunându-se iradițiunii eritemul ce se produce este cu mult mai intens.

Observațiunile recente ale lui Milan Kichevatz, au arătat că se pot produce dermatoze și după consumarea

de smochine. Aceste dermatoze nu sunt cauzate de efectul toxic al unei substanțe nocive ce s'ar găsi în sucii de smochină, după cum unii autori au crezut, ci ar fi o afecțiune născută sub acțiunea razelor solare și prin intermediul unui foto-sensibilizator ce se găsește în fructul verde precum și în frunzele verzi de smochini. Exactitudinea acestor opinii a fost dovedită prin numeroase experiențe, dar au arătat că regiuni ale pielii unse cu extract de smochine verzi sau de frunze verzi și expuse luminei se produce o dermatită tipică. Această dermatită este localizată numai pe regiunile ce au fost în contact cu extractul și supuse iradiațiilor. Pe când cele cari erau la adăpost de lumină au rămas complect normale. Deci la persoanele cari erau în contact cu extractul de smochine, pielea ce era acoperită nu prezenta nimic, pe când restul tegumentelor ce veneau în contact cu razele solare prezentau o dermatită tipică. Pe baza acestor fenomene se pot explica foto-dermatozele. Se poate pune întrebarea de ce nu apare la toate persoanele ce se găsesc în aceleași condițiuni. Nu s'ar putea răspunde că este vorba de o predispoziție individuală deoarece s'au obținut rezultate pozitive de 100% în cazul experiențelor cu extract alcoolic de frunze verzi. Umiditatea și iperimia pielii, epiderma macerată precum și razele solare toate pot explica absorbția a unui foto-catalizator exogen care impregnează pielea și provoacă o foto-dermatoză sub acțiunea luminei solare.

Cu toate că experiențele cu extract de smochine au fost pozitive 100% și deci pledează contra unei predispoziții individuale totuși umărul destul de mic al acelor cari fac foto-dermatoze raportat la marele număr de scaldători, ne impune ipoteza unei sensibilități individuale. Există, cu toate acestea, cazuri ca acelea cari au fost descrise de Popore și Zachariev că într'o fabrică de dulceață care prezenta un mare număr de deschizături, numai o parte dintre lucrătorii acestei fabrici au făcut dermatită. Acest fapt s'ar explica în felul următor :

1. O concentrație slabă de extract.
2. O impregnațiune insuficientă de foto-sensibilizator.

3. Unei expunerii scurte la lumina solară.

Experiențele au arătat că :

1. Intrebuintând un extract alcoolic slab de frunze verzi de smochin, intensitatea dermatitei experimentale este mai mică decât în cazul când s'ar intrebuinta un extract mai puternic. Aceasta demonstrează raportul între apariția dermatitei și concentrația foto-catalizatoare.

2. Pentru a avea o reacție pozitivă cu un extract concentrat trebuie să se facă o bună impregnație, iar pielea trebuie să fie bine curățată și degresată.

3. Dacă pielea care are aceeași impregnație este expusă la diferite intensități de lumină, se produce o dermatită ce este proporțională cu intensitatea luminei. La o intensitate puternică se produce o dermatită puternică cu formațiuni buloase pe când la o insolație slabă apar vezicule, iar la una foarte slabă se va produce numai eritem.

Experiențele au fost făcute cu extract de frunze din diferite regiuni geografice și s'au obținut aceleași rezultate.

S'au făcut experiențe cu extracte de frunze de smochin culese în timpul zilei și s'au comparat rezultatele astfel obținute, cu acelea unde s'a intrebuintat extract de frunze culese noaptea și rezultatele au fost identice.

Studiul foto-drematozelor are o mare importanță atât teoretică cât mai ales practică. Foto-dermatozele cari sunt provocate de un foto-catalizator endogen, au o importanță cu mult mai mare decât acelea provocate de un foto-catalizator exogen. Cercetările au arătat că foto-catalizatorul endogen poate fi de natură alimentară ca în cazul pelagrei sau poate fi de natură infecțioasă ca în lupusul eritematos, eritemul exudativ multiform precum și în tuberculide.

Studiul clinic.

Clasificarea dermatozelor luminci.

Din cercetările experimentale am văzut că razele soloare ajutate fiind de alți factori pot deetermina accidente cutanate numite dermatoze actinice. Razele atât de

numeroase, cu ajutorul foto-catalizatorilor fie aceștia exogeni, fie endogen produc destrucția celulară. Acesta este foto-traumatismul cu sau fără foto-dinamism ajutător.

Acesta eset efectul local care ajută un alt efect general, rezultând un dezechilibru nervos sau umoral, ce se propagă la întreaga substanță vie.

Sub acțiunea razelor se poate produce exaltarea virusilor latente și atunci dă naștere foto-biotropismului.

Deasemeni în dependența colozilor organici se pot naște substanțe noi și cari vor lucra ca antigen. Se poate ca antigenii preformați endogeni sau exogeni să pătrundă în economie și cu ajutorul razelor pot deștepta stări alergice. Lumina care este cauza secundă, ia atunci înfățișarea antigenului și devine pretextul foto-anafilaxiei.

Pe pielea deja lezată prin iritațiile luminoase precedente, poate ca mai târziu să se localizeze diferite turburări. Acest fapt de mică importanță a fost totuși mărit de raze și s'a numit fototopie.

Pe terenul preparat de o exemă luminoasă, poate să apară o nouă dermatită produsă de cauze diferite ca de ex. alimentară sau microbiană.

Jaussion face următoarea clasificare a dermatozelor cauzate de lumină:

1. Actino-dermatozele foto-traumatice.
2. Actino-dermatozele fotodinamice.
3. Actino-dermatozele foto-biotropice.
4. Actino-anacfilactozele.

I. Actino-dermatozele foto-dinamice.

Radiațiunile căzute pe tegumente vor determina local o actinită, care aproape todeauna se acompaniază de turburări generale când cantitatea de lumină primită este prea intensă. Există șocul de lumină (le coup de lumière) și șocul de căldură (le coup de chaleur) cari constituie șocul de soare (le coup de soleil).

Eritemul. O ședere de 40 de minute la un soare intens determină un eritem primar cu transpirații mai mult

sau mai puțin pronunțate, iar pielea prezintă pete roșii rumene. Eritemul, care este o congestie vasodilatatorie este precedat de ridicarea locală a temperaturii.

La o ședere de 2 ore se dezvoltă un eritem fotochimic secundar cu pete carmin. Foucault a fost primul care a atras atenția asupra razelor ultra-violete cari ar fi cauza eritemului și s'a demonstrat că zona eritemogenă a spectrului ar fi cuprinsă între 2500—3300 Å.

După Shrunk și Turrelle puterea eritematogenă a sursei radiante depinde de: 1. de intensitatea și bogăția sursei în raze ultra-violete și 2. susceptibilitatea pielei.

Simptomele subiective apar după o perioadă de latență ce variază dela 3—12 ore, aceasta fiind în răport cu cei 2 factori de mai sus. Simptomele sunt variabile și se pot manifesta prin simplă căldură, prurit leger sau usturimi desagrabile cari prin intensitatea lor pot produce insomnie. Această senzație crește ajungând maximum de intensitate după 12 până la 15 ore dela apariție pentru a dispăre pupă 24—48 ore. Obiectiv se constată o roșăță difuză ce poate lua aspectul scarlatiniform, rujeoliform și excepțional se poate prezenta sub formă de placarde urticariene edematoase sau hemoragice.

Im primul grad de eritem nu avem decât roșăță și mâncărime fără descuamație. În al doilea grad pe lângă roșăță și prurit modernat, avem o descuamație furfuracee legeră și pigmenatație ușoară ce dispăre după 5—6 zile. În al treilea grad se constată o roșăță vie, prurit intens, descuamație în lambouri și o pigmenatație puternică și persistentă. În al patrulea grad vezicule, flictene și ulceratii.

Primele două grade de eritem au un rol stimulent, al treilea regenerativ iar al patrulea destructiv.

Când dozele de raze roșii sunt prea mari, produc în afară de dilatarea superficială a vaselor și leziuni destructive, flictenulare ce pot merge până la carbonizațiuni.

Histologic se produce în stratul cornos al epidermei, porțiunea granuloasă a corpului mucos, o dilatare a vaselor cu infiltrațiuni leucocitare și edem pericapilar.

Razele ultra-violete produc leziuni cu mult mai pro-

funde. Din punct de vedere histologic avem o vaso-dilatare permanentă a capilarelor subpapilare și dermice în cazurile primelor grade de eritem. În cazuri grave, se pot produce leziuni ce ating straturile profunde ale pielei, cu edeme intracelulare consecință a rupturii vaselor dermice și formare de infiltrate celulare perivascularare.

Cât privește fiziologia și mecanismul de a se produce eritemul, se pare că este vorba de punerea în libertate a unei substanțe toxice sub influența sistemului vaso-motor și simpatic.

Pigmentațiunea. După câteva zile, se constată apariția unei pigmenții ce merge de la brun ușor până la melanodermie uneori foarte intensă ce variază după individ și fiind în raport cu timpul de expunere. Pigmentația poate persista mai multe săptămâni sau luni atenuându-se și disparând treptat. Pigmentațiunea poate să apară și prin expunerea treptată când eritemul trece neobservat iar pigmenția apare pe încetul fiind mult mai persistentă.

Nu toate razele din radiațiunile solare pot produce pigmenții ci după Rosselet și Rollier numai razele violete și ultraviolete.

Pigmentațiunea produsă prin soare este condiționată de bogăția în pigment al pielei, de timpul expunerii la acțiunea razelor, de intensitatea și bogăția în ultraviolete a radiațiunilor solare.

Pigmenții sunt diverse substanțe natural colorate, prezentate în stare dizolvată sau sub altă înfățișare într'un organism viu normal sau patologic. Aceste substanțe elaborate de celula vie se găsesc în organism și se prezintă în general sub formă de melanină și cromolipoizi.

Melanina este un pigment endocelular ce se află în piele și păr, rezultând din acțiunea unui ferment asupra produșilor formați în cursul desintegrării corpurilor proteice ai substanței vii. Din punct de vedere anatomopatologic, melanina se găsește în porțiunea bazală a stratului germinativ din epidermă.

Din cercetările lui Br. Bloch asupra funcțiunei pigmentare a organismului rezultă că celule cari iau parte activă

la pigmentația pielii, ar fi celulele ramificate ale lui Langerhans cari se găsesc în epidermă. Ținând seamă de faptul că celule organismului sub influența razelor solare fixează O în cantitate cu mult mai mare, iar oxidațiunile fiind cu mult mai intense, cu ajutorul teoriei lui Bloch putem explica foarte bine formarea pigmentului sub acțiunea razelor solare.

Această pigmentațiune câștigată este un proces chimic activat în prezența razelor solare, și se produce conform teoriei lui Bloch în urma oxidării pigmentului.

Pigmentului format i s'a mai atribuit și o origine hematică punându-se în legătură concentrația sângelui în hemoglobină și pigmentație, constatându-se o pigmentație mult mai slabă la anemici, dar această teorie a căzut.

După Bloch, pigmentația se face prin oxidarea pigmentului cu ajutorul unei peroxidaze care ar fi după el după-oxidaza, a cărei activitate ar fi mărită prin radiațiunile solare cu o lungime de undă cuprinsă între 360μ și 282μ . Intensitatea pigmentațiunii variază după regiune.

În urma expunerii, pigmentația apare precoce pe fețele externe ale brațelor, gambelor și pe abdomen.

Radiolucitele.

Sunt alterațiuni cutanate cauzate de razele solare cu o lungime de undă mică și cari prezintă analogii cu radiodermitele.

Acestea cuprind trei dermatoze cancreroide:

1. Xeroderma pigmentosum a lui Kaposi sau epiteliomatoza pigmentară a lui Besnier. Forma tipică se observă mai ales la copii.

Macule eritematoase, insule aroface, plăci pigmentare, teleangectazii stelare, conferă tegumentelor aspectul caracteristic radiolucitelor.

După 8—10 ani începe evoluția epiteliomatozei multiple.

2. Epiteliomatoza pigmentară a lui Dalans și Constanțin.

3. Keratoza senilă precanceroasă a lui Dubrrenilh.
In afară de aceste se mai pot adăuga radiolucitelor și eritemele pelagroide și lucitele eritemato-scuamoase afecțiuni canceroase,

Melanopatiile actinice.

a) La vagotonici se constată o insuficiență a glandei trofomelanice și arsura soarelui produce o pigmentație discontinuă — efelidele.

b) La simpaticotonici se produce o supraincărcare pigmentară dând vitiligo franc.

c) La unii cu distonie neuro-vegetativă de tip intermediar, sub influența luminei se produce o iperemie normală, vitiligo bastard.

d) In alte discreții sub acțiunea luminei, nasc diferite erupțiuni.

II. Actinodermatozele foto-dinamice.

Aceste actino dermatoze sunt dermatite accelerate prin fotocatalizator sub acțiunea undelor scurte. Agentul fotodinamic poate fi exogen sau endogen.

A) Fotocatalizatorul exogen.

Eosinism și cheillte roșii. Se constată la epileptici la cari se administrează tetrabromo-fluoresceină în doze progresive, producându-se accidente solare de dermită eritematoasă, edematoasă ba chiar ulcerasă pe părțile decoperite.

Șocul de lumină acridinic.

(Le coup de lumière acridinique).

Se constată la blenoragicii tratați cu gonacrin la cari se produce o imbibare a țesuturilor și sub acțiunea luminei

solare se produce o actinită ce se manifestă printr'o mască fototraumatică a feței. Această dermită se poate complica cu fenomene generale.

Accidente solare ale gudronului se observă la lucrătorii ce manipulează gudronul în plin soare pentru cablu.

Deasemeni s'a observat și după tratamentul cu karboneil un preparat ce conține gudron.

Melanoza lui Riehl, sau melanoza războiului se manifestă printr'o melanodermie a feței ce menajează doar porțiunea mijlocie. Este însoțită de prurit care nu este un simptom constant, iar starea generală nu este interesată.

Are o evoluție lentă de câteva săptămâni sau chiar mai multe luni. Riehl, o atribuie prin analogie cu pelagra, făinei de leguminoase din timpul războiului și din care se face pâine, iar Hoffmann o atribuie porumbului. Diferiți autori au constatat-o destul de frecvent la mașiniști, mecanicii locomotivelor, la cei care manipolau ulei pentru gresaj precum și la cei ce confecționau brichete.

Melanodermiile esențelor de parfumuri. Freud, a arătat în 1914 puterea cromogenă pe care ar avea-o apa de cologne asupra pielei iradiată ulterior.

Acromiile parazitare. În această categorie se poate cita Pitiriasis versicolor acromiant, apoi acromiile provocate de *Malassezia tropica*, și *Macfadyeni*. Acromia este un proces foarte general după iradiația leziunilor dermatologice foarte diverse.

B) Fotocatalizatorul endogen.

Sunt unele artinodermatoze declanșate de lumino-sensibilizarea a cărui fotocatalizator este de origine endogenă.

Aceste actino-dermatoze sunt :

Pelagra animalelor. Fagopirismul sau boala musulmană ce se observă la oi, la vaci la porci, Trifolioza sau boala trifoiului ce se observă la cal, bou și berbece.

Pelagra umană, numită încă maladia lui Farppoli

a fost semnalată pentru prima dată în Spania la începutul Sec. XVIII. de către Casal numid-o „Mal della Rosa”.

Pelagra este o boală socială răspândită în mediul rural sărac, atingând indivizii rău nutriți, subalimentați, adesea etilici. Este o afecțiune sesioneră apărând primavara în lunile Martie și Aprilie, leziunile menținându-se vara, scad toamna, pentru ca iarna să dispară.

Simptomatologie. Perioada incipientă a pelagrei se manifestă prin simptome generale, oboseală, debilitate, obnubilăție, slăbire progresivă, cefalee, inapetență și foarte rar vărsături.

Perioada de stare se caracterizează printr'o triadă simptomatică formată de leziuni cutanate, turburări digestive și turburări nervoase.

Leziunile cutanate apar pe tegumentele descoperite, manifestându-se la început printr'un eritem. Leziunile cresc zi de zi și se produc bule, sufuziuni sanghine și fisuri. După 2—3 săptămâni apare pigmentația și descumația apoi se instalează o atrofie cutanată de tip senil.

Mucoasele pot fi atinse și ele producându-se o tumefacție difuză formată uneori de eroziuni.

Turburările digestive se manifestă prin tumefierea mucoasei bucale, digestie dificilă, arsură în stomac, gingii sângerânde, achlorhidrie și diminuarea cantității de pepsină.

Turburările nervoase apar tardiv și se manifestă prin slăbire musculară la membrele inferioare, tremurături cu caracterul celor de scleroza în plăci, uneori turburări sensitive și sensoriale.

Din punct de vedere psihic, cea mai frecventă psihosă ce se observă la pelagroși, este confuziunea mintală cu idei delirante, idei de persecuție și idei hipocondriatice.

În stările melancoliforme bolnavii au tendința la sinucidere prin inec (hidromanie) sau prin strangulare.

În ceea ce privește patogenia pelagrei sunt o serie de teorii:

1. Teoria maidică susținută sub 2 forme diferite cari uneori se amestecă, iar altele se completează.

a) Teoria aplastică formulată de Lussana, susține că

pelagra ar fi consecința unui defect în reparația plastică a organismului, în special neuro-musculară, în urma alimentației cu porumb care este o alimentație insuficientă, deoarece porumbul nu conține atâți aminoacizi câți sunt necesari unei bune funcționări a organismului.

Dacă pelagra se găsește în mod excepțional și la persoane cari nu se alimentează cu porumb, aceasta s'ar datorî unei insuficiente alimentații calitative și cantitative.

Zeina, este substanța proteică din porumb greu digestibilă, ceea ce face ca să se ingereze cantități mari de porumb pentru a fi suficiente proteinele la repararea plastică.

Această teorie explică fenomenele clinice și epidemiologice ale pelagrei și pare a fi una din cele mai acceptabile.

b) Funk susține teoria avitaminozelor asemănând pelagra cu beri-beri, și crede că după cum la orez vitaminele se găsesc în coaja boabelor, tot așa și la porumb vitaminele se găsesc în coaja boabelor. Odată cu eliminarea cojii prin măcinare, cernere și preparare, se elimină deci și vitaminele producându-se astfel o avitaminoză.

Experiențele făcute pe animale nu dovedesc întru toate teoria lui Funk, căci cu porumb decorticat nu s'a putut reproduce boala așa cum s'a reprodus beri-beri.

În cadrul avitaminozelor Goldberger susține că a găsit chiar vitamina antipelagrosă, aceasta fiind vitamina P. P. (pelagrosă preventivă).

2. Teoria vederamică a lui Balardini susține că pelagra este efectul unei intoxicațiuni prin toxinele ce se formează din porumbul stricat sub influența unor microbi patogeni pentru porumb. Porumbul mucezit este parazitat de o ciupercă numită vederam. Această teorie explică o parte a fenomenelor clinice și epidemiologice, dar nu s'a constatat o exarcerbare a peladrei în anii ploioși când porumbul se strică mai curând.

3. Există apoi teoria parazitară care susține că pelagra ar fi produsă de diferiți microbi sau ciuperci.

Aschoff și Raubitschek încă din 1910 acuză lumino-sensibilitatea în etiologia palagrei.

Palagroidul, este o pelagră incompletă independentă de alimentația maidică sau de carență.

Hidroa vacciniiformă a lui Bazini. A fost descrisă în 1855 ca o erupțiune vesiculo-buloasă recidivantă sub acțiunea solară. Această afecțiune apare anual dela sfârșitul lunei Martie până la sfârșitul lunei Octomvrie.

Accidentele acestei afecțiuni sunt recidivante și apar la tineri cu puțin înaintea pubertății. Erupțiunea este localizată numai la tegumentele descoperite și este precedată de simptome generale, anorexie, greață, frison și prurit. Papulele se transformă în vezicule luând forma și întinderea elementelor vaccinale. Hidroa a lui Bazini are un aspect asemănător variolei cu vezicule, pustule, cruste și apoi descruțația ce se succede ca în variolă. Lichidul din vezicule este limpede și seros conținând limfocite și pnlinucleare, iar ganglionii regionali sunt ușor tumefiați, când erupția este la paroxism. Cicatricile varioliforme rămân evidente și se pot complica cu teleangectazii ce ajută apariția radiolucitelor.

Această afecțiune nu are în totdeauna un prognostic benign putând da recidive grave iar la autopsie se constată o ciroză pigmentară.

Eritemul polimorf solar este o formă particulară a maladiei lui von Hebra.

Raportul dintre hidroa vacciniiformă și eritemul polimorf provocate de soare este următorul: în eritemul polimorf soarele are un rol principal pe când la hidroa vacciniiformă este o cauză secundară.

Eritemul polimorf papular sau bulos este o afecțiune secundară apărând pe un tegument deja atins de o infecțiune provocătoare sau o intoxicație, un traumatism chimic sau fizic (razele liminoase).

În hidroa vacciniiformă hematoporfirinuria este o regulă și a fost constatată pentru prima oară în 1892 de Anderson.

III. Actinodermatozele fotobiotropice.

Prin biotropism se înțelege o exaltare microbiană care poate avea o cauză terapeutică (chimioterapie) sau

o cauză patologică (infecțiune provocatoare sau șoc psihic). În actinodermatozele fotobiotropice șocul (le coup) luminei este cauza ce readeșteaptă germenul microbial sau ultramicrobial făcându-l să iasă, determinând astfel o maladie secundară.

Actinodermatozele fotobiotropice sunt :

1. *Furunculii*, cari sunt exaltați de cure cu raze ultraviolete sau primul soare de primăvară.

Acneea vulgară, sau polimorfă, sau juvenilă ce apare pe un teren seboreic, pare să fie ajutată, apariția ei, de acțiunea luminei. Acneea poate fi provocată de aplicarea oleiului de Cad sau de contactul și absorbția halogenilor metaloizi Fl. Cl. Br. și I. Mai poate fi influențată de cura heliomarină.

2. *Impetigo streptococic* se localizează mai ales pe pielea descoperită, pe regiunea dorsală a mânilor și antebrațelor, precum și pe față unde apare erupțiunea infecțioasă.

3. *Lupusul tuberculos*, care se vindecă la o fototerapie intensă, dozele slabe de lumină îl face să apară.

4. *Lupusul eritematos* deasemeni este declanșat de lumină.

5. *Herpesul alpinștilor*, apare în acelaș timp cu o acinită contractată la altitudine.

IV. Actino-anafilactozele.

Sunt actino-dermatoze la cari lumina are rol de antigen. În general anafilactozele au ca simptom comun edemul care se datorește unui dezechilibru neuro-vegetativ în favoarea vagului. Antigenii din organism în orice etapă s'ar găsi sunt în mare, excitanții vagului ce neutralizează mai mult sau mai puțin, după iritabilitatea individuală, substanțele simpatico-trope.

Exema solară, cea mai tipică actino-anafilactoză este o maladie de sensibilizare. Lumina ajutată de un catalizator nu face decât să deceleze susceptibilitatea pacienților la un antigen material.

Sensibilitatea antigenică se prezintă în exema luminei ca și în celelalte exeme. Antigenul este de natură endogenă și se datorește produselor de desintegrare a organismului, acumulate printr'un defect funcțional al unui organ, cum este ficatul.

Cele mai cunoscute actino — anafilactoze sunt :

Urticaria solară, ce apare după câteva minute după expunere la soare, eritemul afectând toată partea descoperită a tegumentului. Papule foarte pruriginoase confluează într'o masă roșie și ridicată, însoțindu-se de fenomene generale, atinge ambele sexe la orice vârstă, apărând brusc. Vallery — Radot au incriminat undele cu lungime mică, iar Duke lumina albastră sau violet.

Prurigo — solar a fost confuz descris de Hutchinson.

Prurigo tipic apare la femeile de vârstă mijlocie sub acțiunea luminei și evoluează spre lichenizare.

Exema solară a lui Willian a fost studiată de Bateman și Duke. Este o examă tip dermatoză pruriginoasă, ce se caracterizează din punct de vedere clinic prin roșeață, edem, vezicule mici unice la început, iar mai târziu confluențe lăsând ulcerăriuni exematiforme de unde se scurge o serozitate. Din punct de vedere isto-patologic, leziunea se caracterizează prin exeroză, spongioasă și vezicule.

Mai sunt apoi actino-anafilactozele greu de denumit și din care fac parte exemele pure buloase, eritemul polymorf circinat solar și dermatoză buloasă a băilor de soare în livadă.

Tratamentul actino-dermatozelor.

Terapeutica actino-dermatozelor se limitează în afară de cazurile de anafilactoză, la desensibilizarea la lumină.

Desensibilizarea la lumină se face prin :

1. Suprimarea cauzei patogene care poate fi

a) totală — cameră obscură.

b) parțială — prin aplicarea de substanțe protectoare prin unțiune sau badijonare.

2. Oprirea efectului fiziologic al radiațiilor

a) Fotocatalizator în doză hemeopatică

b) Contraoxidației, reductori ca rezocină și pirocatechină.

3. Neutralizarea efectelor secundare, prin antagonismul biologic al radiațiilor.

a) Iradiațiune roșie și infraroșie.

b) Sensibilizarea spectrului roșu și infraroșu de cianine, violet de gențiană și albastru de metilen.

4. *Diminuarea sensibilității la raze prin*

a) Mitridatizarea la lumină.

b) Modificatori vago simpatici.

autohemoterapie

autourolerapie

hiposulfid de Na + pilocarpină

Clorură de Ca

Peptonă

În exemele solare se face desensibilizarea la lumină și desensibilizarea la antigen.

Pomezile. Se aplică prin ungere sau badijonare o pomadă formată din grăsime și o oarecare pudră minerală. Camforul a fost preconizat ca antifotocatalizator, iar rezorcina s'a aplicat ca tonic. Se poate întrebuița resorcinat de camfor, adrenalina, albastrul, taninul în soluție alcoolică de 1/10, apoi pomezii cu bază de chinină, naftosulfat de Na, naftol A și B. Se poate întrebuița de asemenea ulei de cocos, care este un excelent protector contra actinitei, favorizând totdeodată melano-dormoza, precum și untul de cocos.

Se dau apoi deshidratați, ca xilol, în tumefierea epidermei, contra exerozei și flictenelor. Xilolul provoacă secundar o hipercherazotă reacțională și o melanodermie cicatricială.

Razele roșii și infra-roșii ajută fotocatalizatorii convenabili (cianinele, violetul de trifenilametan, albastru de metilen), iar radiațiunile calorice încălzesc tegumentele, activează circulația superficială și ușurează eliminarea produselor ce provin din toate actinitele.

Mitridatizarea, se poate face prin întrebuițarea sensibilizatorilor în doze crescânde, iar întrebuițarea antifotocatalizatorului se face în doze din ce în ce mai reduse.

Modificatorii vago-simpatici.

Autouroterapia sau metoda lui Jausion și Paleologul, întrebunțează ca mijloc terapeutic urina individului bolnav. Technica acestei terapii este simplă și se face în modul următor: urina proaspăt emisă de către bolnav, după ce i se adaugă o doză slabă de aniseptic (fenol, fenosalyl, eter, sau alcool iodat 1%) se injectează intramuscular de 5—10 ori începând cu 0,5 cc. și urcând treptat până la 5 cc. Aceste injecțiuni se fac tot la 3 zile.

În exemele solare susceptibilitatea neurovegetativă se slăbește cu ajutorul hiposulfidului de Na.

Hiposulfid de sodiu	0,50 gr.
Resorcină	0,05 gr.

D. S. pentru un cașet. 1—4 cașete la zi, de preferință dimineața.

În formele mai acute se poate administra intravenos hiposulfid Na precum și pirocatechină.

In vitiligo, pentru a combate ataxia pigmentară ce o caracterizează și pentru a remedia excesul sau defectul de melanină, se face alternativ suprapigmentație și depigmentație cu ajutorul iradiațiilor, precedate fiind de sensibilizațiuni apropiate; gonacrin și raze ultra-violete mai întâi, albastru de metilen sau violetul lui Hoffmann și iradiațiuni calorice la urmă. Acest brasaj pigmentar de mai multe ori repetat, ajunge lent la o adevărată cură patogenică a leucomelanodermiei simetrice.

Observațiuni clinice.

Obs. 1. B. F. în vârstă de 48 de ani, a intrat în Clinică în ziua de 3. VI. 1937. Cu o săptămână înainte a umblat în soare, iar seara a observat că părțile descoperite au devenit roșii și sensibile. Pe aceste locuri, bolnava a aplicat vaselină fără nici un efect. A fost consultată la ambulanța Clinice și i s'a prescris ulei zincat. După aplicarea acestuia leziunea s'a agravat și prezentându-se

din nou la consultațiile ambulanței, a fost internată în Clinică. Pielea de pe față, gât, regiunea furculiței, sternale, partea externă a antebrațelor și regiunea dorsală a mâinilor este difuz eritematoasă, ușor infiltrată de culoare roșie acoperită la acest nivel cu scuame albe pitiriaziforme aderente.

Subiectiv bolnava acuză un prurit pe teritoriile deschise, ameteți și turburări de vedere. R. W. = negativ.

Î se pune diagnosticul de dermatită actinică. Se face tratamentul cu pudraj local și primește Calciu Gluconat i. m. iar intern Iodură de Na. Starea generală și locală se ameliorează din ce în ce, pentruca în ziua 15. IV. să părească Clinica vindecată.

Obs. 2. B. S. în vârstă de 27 de ani, internată în 19/III-a 1937. Boala datează de 5 ani, când a debutat prin niște vezicule localizate pe fața dorsală a mâinilor însoțite de prurit și senzație de tensiune la acest nivel. Prezintă recidive și exacerbațiuni automnale, iar regresivitatea este manifestă în timpul verii. Pielea este interesată exclusiv pe regiunea dorsală a mâinilor unde se constată o pigmentație difuză brună, iar pe acest fond sunt presărate câteva macule pigmentare mai negricioase de mărimea unor gămălii de ac. În mod simetric la nivelul articulațiilor metacarpoflangiene prezintă două bande transversale cu prelungiri în plicile interdigitale la nivelul cărora pielea este intens infiltrată de culoare roză cu nuanță lividă, acoperită de cruste gălbui surii groase, cu suprafața neregulată rugoasă, întreruptă de numeroase fisuri profunde din cari se scurge o serozitate sero-sanginolentă.

După detașare se observă niște suprafețe erozive netede acoperite de o secreție clară transparentă. Câteva fisuri brăzdează această suprafață, de predilecție la nivelul cutelor normale ale pielii. Spre periferie este relativ bine delimitat printr-o bordură scuamoasă, constituită din resturi epidermice flotante spre interior. Câteva cruste brune sanghinolente rotunde ovalare de mărimea unor gămălii de ac, se găsesc disiminate pe această regiune. R. W. = negativ.

Subiectiv acuză un prurit intermitent.

Diagnosticul făcut este de actinită.

Obs. 3, I. N. de 27 de ani, internat în Clinică în ziua de 1 VII/1837. Bolnavul suferă de 9 ani de o afecțiune cutanată și apare în timpul verii. Această afecțiune apare pe față, nas, gât și urechi, manifestându-se prin leziuni papulo-veziculoase și apar pe un fond eritematos. R. W.=negativ. Subiectiv acuză prurit și arsuri. Diagnosticul s'au pus de dermatită solară.



CONCLUZIUNI.

1. Prin actinoterapie se înțelege aplicarea terapeutică în diferite boli, a razelor naturale solare, sau razelor artificiale produse cu ajutorul unor aparate ca lampa Sollux, lampa cu arc și lampa cu mercur.

2. Actinoterapia, în afară de efectul binefăcător mai poate avea asupra organismului uman și un efect vătămător.

3. Efectul vătămător se poate manifesta și printr'o serie de afecțiuni cutanate numite dermatoze actinice.

4. În producerea actinodermatozelor pe lângă cei doi factori raze și celule, mai este nevoie și de un al treilea factor numit fotocatalizator.

5. Experiențele făcute, întrebându-se ca fotocatalizator extracte alcoolice de clorofilă, smochine sau se spanac în concentrații de 1, 2, 5, 10% etc. și expuse timp variabil la iradiațiune au arătat că :

a) fotodermatozele erau mai intense în cazuri când se întrebuițau sol. mai concentrate

b) intensitatea era direct proporțională cu durata expunerii la iradiațiune.

6. Jausion clasifică actinodermatozele în 4 mari grupe.

a) Actinodermatozele fototraumatice

b) Actinodermatozele fotodinamice

c) Actinodermatozele fotobiotropice

d) Actinoanafilactozele.

7. Tratamentul actinodermatozelor, în afară de cauzurile de anafilactoză se limitează la desensibilizarea la lumină.

Văzută și bună de imprimat.

Decanul Fac. de Medicină:
ss. Prof. Dr. I. Drăgoiu.

Președintele Tzei:
ss. Prof. Dr. V. Bologa.



BIBLIOGRAPHIE.

- Darier, Sabouraud, Gougerot, Milian, Pautier, Ravaut, Sézary, Clement, Simon* : Nouvelle pratique dermatologique. Vol. IV. Paris 1936.
- I. Grober* : Physikalische Therapie. Jena 1934.
- L. Binet* : Sur les Pigments, Presse Médicale No. 25 — 1927.
- P. Chagnon* : Contribution a l'étude de l'érythème actinique localisé en thérapeutique. Thèse.
- Milan Kitchevatz* : Resultats des recherches experimentales sur la photodermatose. Archives Balkanique de Médecine, Chirurgie et leurs spécialités. 1940, No. 2. Avril—Jun, pag. 180—184.
- Jausion et F. Pages* : Les accidents causés par la lumière. Le Journal Médical français. t. 25. No. 4 Avril 1936, pag. 130.
- H. Jausion* : Le coup de lumière et ses conséquences. Bulletin de la Société de Sciences médicales et biologique de Montpellier. 28 Mars. 1936.
- Milan Kitchevatz* : Étiologie et Pathogenèse de la dermatose striée. Photodermite actinocalorique chlorophyllienne. Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie. 7 Série. Tom V. 1937. pag. 293—317.
- G. Miescher* : La pigmentation solaire. (II. Congrès international de la lumière). Copenhague 1932.
- I. L. Pech* : Les radiations en biologie. Presse Médicale No. 38, 1935.
- A. H. Roffo* : Actions des rayons solaires (ultra-violet) sur la peau et accumulation de cholestérine. (Académie des Sciences, 30. IX. 1935).
- R. Stikel* : Reaction, incidents, accidents provoqués par les

rayons ultraviolets; profilaxie traitement. (Thèse — Paris 1928).

I. Saidman: Variétés de la sensibilité de la peau chez l'enfant (Société de Pédiatrie 21 — IV. 1931).

A. Desaux et A. Boutelier: Manuel pratique de dermatologie. Paris 1932.

Jausion et Pagés: Les maladies de lumière et leur traitement. Paris 1933.

