

UNIVERSITATEA REGELE FERDINAND I. DIN CLUJ
Facultatea de Medicină și Farmacie

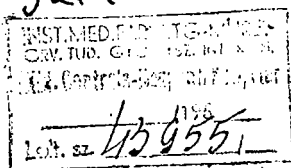
No. 659.

PRURIGO HEBRAE

TEZĂ
PENTRU
DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ LA 6 APRILIE, 1933.

DE
BURA MATILDA



23 MAY 2005

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

Decan: D-nul Prof. Dr. GH. MARTINESCU.

Profesori :

Clinica stomatologică agr.	Prof. Dr.	<i>Aleman I.</i>
Istoria medicinei agr.	" "	<i>Bologa V.</i>
Bacteriologie	" "	<i>Baroni V.</i>
Patologia generală și experimentală	" "	<i>Botez A. M.</i>
Istologia și embriologia umană	" "	<i>Drăgoiu I.</i>
Clinica infantilă	" "	<i>Gane T.</i>
" ginecologică și obstetricală	" "	<i>Grigoriu Cr.</i>
Semiologie medicală	" "	<i>Goia Il.</i>
Clinica medicală	" "	<i>Hațieganu I.</i>
" chirurgicală	" "	<i>Iacobovici I.</i>
Medicina operatoare }	" "	<i>Iacobovici I.</i>
Farmacologia și farmacognozie	" "	<i>Martinescu Gh.</i>
Clinica oftalmologică	" "	<i>Michail D.</i>
" neurologică	" "	<i>Minea I.</i>
Medicina legală	" "	<i>Minovici N.</i>
Igienă și igienă socială	" "	<i>Moldovan I.</i>
Radiologia medicală	" "	<i>Negru D.</i>
Fiziologia umană	" "	<i>Nițescu I.</i>
Farmacia chimică și galenică	" "	<i>Pamfil Gh.</i>
Anatomia descriptivă și topografică	" "	<i>Papilian V.</i>
Clinica oto-rino-laringologică	" "	<i>Predescu-Rîou I.</i>
Balneologie (agr.)	" "	<i>Sturza M.</i>
Clinica dermato-venerică	" "	<i>Tătaru C.</i>
" urologică	" "	<i>Teșosu Emil</i>
Chimia biologică	" "	<i>Thomas P.</i>
Clinica psihiatrică	" "	<i>Urechia C.</i>
Anatomia patologică	" "	<i>Vasilin T.</i>

JURIUL DE PROMOȚIUNE

Președinte : D-nul Prof. Dr. C. Tătaru.

Membri :	}	D-l Prof. Dr. <i>V. Bologa</i>
		" " " <i>T. Gane</i>
		" " " <i>I. Hațieganu</i>
		" " " <i>V. Papilian</i>

Supleant docent : *Dr. V. Cimoca.*

Memoriei tatălui meu.



PREFAȚĂ

Prin lucrarea de față, încerc să sintetizez cunoștințele actuale pe care le avem asupra afecțiunii numită „Prurigo Hebrae“.

Înainte de a trece la dezvoltarea subiectului îmi îndeplinesc o plăcută datorie, de a-mi exprima mulțumirile cele mai vii și pline de respect, Domnului Profesor Dr. C. Tătaru pentru bunăvoința ce mi-a manifestat-o, încredințându-mi acest subiect și pentru onoarea ce-mi face, primind să prezideze juriul de promoție.

Domnilor Profesori de la Facultatea de Medicină le voi rezerva o adâncă recunoștință pentru cunoștințele date în timpul anilor mei de studii.

Domnului Asistent Dr. P. Cîrlea, sincero mulțumiri pentru ajutorul dat în alcătuirea acestei lucrări.

Juriului de promoție omagii respectuoase.

I. Istoric.

În dermatologie, capitolul cel mai confuz și referitor la care părerile autorilor sunt cele mai contradictorii, îl formează încontestabil capitolul vast al prurigo-urilor. La haosul ce domină și azi în această parte a dermatologiei, contribuie în primul rând nomenclatura fundamentală a dermatozelor pruriginoase, în care aceleași entități morbide se etichetează când cu termenul de lichen, când cu cel de prurigo.

Termenul de prurigo (de la lat. *prurio* = a mânca) a fost întrebuințat pentru prima oară de Robert Willan dermatolog englez (1757—1812) care împarte dermatozele pruriginoase în *strophulus*, lichen și *prurigo*. În concepția lui, prurigo a însemnat o dermatoză pruriginoasă, cu o serie de varietăți după intensitate (*mitis*, *formicans*), vârstă (*senilis*), regiuni (*vulvae*, *uretrae*, *pubis*, etc.).

Ferdinand Hebra (1816—1880), fondatorul școlii dermatologice germane, genialul profesor vienez are meritul de a aduce lumină în confuzia ce domnea în concepția dermatozelor pruriginoase și care descrie o entitate morbidă bine definită și studiată atât de precis, în cât și azi sunt acceptate afirmațiunile lui în legătură cu afecțiunea ce-i poartă numele. După Hebra, prurigo se numește o dermatoză pruriginoasă, unde pruritul este secundar, precedat fiind de erupțiuni tipice, numite papule de prurigo. Din grupul de prurigo în sensul lui Willan, în cadrele prurigoului el păstrează numai varietățile *mitis* și *formicans*; toate celelalte afecțiuni pruriginoase după el se cuprind în termenul de „*pruritus cutaneus*“.

Doctrina lui Hebra a fost atacată în 1886 de Vidal, care pretinde, ca să se lărgescă cadrele prurigo-ului, încadrând și lichenul după concepția lui.

Brocq și elevul lui, Jacquet aduc o contribuție foarte prețioasă și lumină în aceste afecțiuni, prin introducerea noțiunii de lichenificație și prin separarea afecțiunii, numită lichen Vidal sau neurodermită.

Besnier propune ca afecțiunea descrisă de Hebra să fie numită „prurigo-Hebrae“.

Tommasoli vorbește de prurigo temporanea, ce corespunde strofulusului de azi și de prurigo cronic în care intră și a lui Hebra

Besnier descrie prurigo diatezic, în care rolul principal îl joacă predispoziția, diateza pruriginoasă.

Încetul cu încetul se abandonează termenul de lichen și în concepția actuală această noțiune se păstrează exclusiv pentru boala numită lichen cronic Vidal, sau neurodermita școlii germane.

Astfel în concepția lui Darier și I. Jadassohn — cei mai mari dermatologi contemporani, — termenul de prurigo se rezervă dermatozelor pruriginoase, în producerea cărora joacă rol important doi factori cardinali: autointoxicația și sensibilitatea (predispoziția).

II. Clasificația.

În aproape fiecare dermatolog de seamă a încercat să clasifice și să individualizeze diversele tipuri din marele grup al prurigo-urilor, dar fără rezultat mai însemnat, deoarece prin descrierea unor forme mai bine studiate și neglijarea altora, nu s'au adus contribuțiunile așteptate în acest domeniu.

Dacă vrem să ne orientăm în acest haos, atunci este bine să acceptăm punctul de vedere al lui Darier — pe care-l acceptă majoritatea autorilor moderni și școala clujană — și anume de a lua ca bază forma comună, vulgară numită *prurigo simplex* cu varietățile *acut*: strofulus; *subacut*: pruriturile regionale (anal, perigenital, nazal, vulvar, etc.) și *cronic*: difuz (generalizat) și circumscriș (lichen, cronic, Vidal). Aici aparține și afecțiunea descrisă de Pautrier și Bricq în 1922 sub numele de *lichenificație circumscrișă nodulară cronică* numită înainte „prurigo à grosses papules“, sau „lichen obtusus corneus“, sau „urticaria perstans“ a școlii germane. Iar în 1925 descriu o afe-

țiune asemănătoare, numită „lichenificație hipertrofică sau gigantă“, care prin conducerea de elevațiuni tumorale-vegetante, poate înlocui procesul de lichenificație în anumite împrejurări. La acest tip comun (simplex) se adaugă ca entități morbide mai bine individualizate: prurigo Hebrae, prurigo diatezic Besnier, prurigo nodular (ferox, lichen obtusus, urticaria perstans) și prurigo limfadenic Dubreuille.

În lucrarea de față intenționând a studia afecțiunea descrisă de Ferdinand Hebra, lăsăm la o parte considerațiunile în legătură cu varietățile de prurigo și intrăm deadreptul în studiul dermatozei numită în mod clasic: „prurigo-Hebrae“.

III. Simptomatologia.

Tablou clinic. Evoluție. Forme clinice.

Ca și strofulusul, prurigo Hebrae debutează aproape totdeauna la sfârșitul primului an, sau la începutul celui de al doilea și în stadiul inițial se poate chiar confunda cu această afecțiunea. Uneori ea debutează sub forma unei urticarii cu puseuri subacute, întinse și recidivante, foarte pruriginoase, alteori predomină pruritul pe lângă leziuni foarte puțin exprimate. Pe aceste plăci urticate se suprapune o papulă cu o veziculă minusculă în vârful ei, care apoi se transformă într'o crustă brună, seacă. Însă caracterul sezonier, intensitatea leziunilor și o serie de complicațiuni, cari apar precoce, permit a distinge din timp prurigo-ul față de aceste două afecțiuni susmenționate.

Alteori, leziunile de debut sunt identice cu cele ale strofulusului (prurigo-acute), adică o sero-papulă anturată de o placă urticată. Încetul cu încetul, între aceste eflorescențe apar niște papule mici de 2--3 mm. diametru, ca niște boabe de meiu-linte, de culoarea pielei ori ușor eritematoase, diseminate, dure, mai mult palpabile decât vizibile, înglobate în grosimea pielei și de abia denivelând-o și cari la palpație rulează sub deget. Aceste elemente noui devin din ce în ce mai numeroase, în timp ce leziunile inițiale de strofulus sau de urticarie trec pe planul al doilea și apoi dispar. Papulele de prurigo se localizează în număr mare pe fața extensorică a membrilor inferioare, fața anteroară a gambelor în primul rând, precum și pe antebraț, fese, trunchiu, flancuri, descrescând în intensitate în spre partea

superioară a corpului și lăsând indemne mâinile, picioarele, capul, organele genitale și plicelile articulare. Caracterul lor primordial este, că ele sunt extrem de pruriginoase. Prin prurit se provoacă gratajul întens, care la rândul său face ca papulele de prurig să se excorieze, să se decapeze, dând naștere — după profunzimea efectului traumatic — unor cruste gălbui sau brune-sanghinolente. Unele papule ne-excoriate, prezintă pe suprafața lor o mică veziculă gălbuie cu pereții groși. Leziunile sunt efemere, ele dispar în câteva zile, lăsând în urmă lor o maculă pigmentată, brună.

Pruritul intens, nu întârzie să provoace leziuni secundare sub formă de infecțiuni strepto-stafilococice, sub aspectul unor pustule izolate și confluențe, cu formarea de cruste gălbui-brune întinse. Aceste leziuni secundare, sunt aproape atât de constante, ca și leziunile propriuzise de papule tipice.

Pielea încontinuu traumatizată prin apariția puseurilor de prurigo și în urma gratajului ce-l provoacă, se îngroașe în mod difuz, apar placarde întinse lichenificate și de eczematizație secundară.

Afecțiunea astfel în timp de câțiva ani ajunge în perioada de stare și atunci tabloul clinic este foarte caracteristic: pielea este rugoasă, îngrosată, acoperită cu excoriațiuni liniare și papulo-foliculare cruste sanghinolente și piodermice, atrofii, cicatrice și pigmențațiuni și o eczematizație difuză, cu leziuni eritemato-vezicularo-madidante, cu o descuamație furfuracee. Pe acest substrat se observă teritorii întinse cu pielea roșie-brună, rezistentă, pierzând suplețea și elasticitatea naturală. Pe suprafața acestor teritorii se prezintă niște șanțuri adânci, întrelăiate, delimitând numeroase suprafețe poligoanele, turtite, dând un aspect hașurat, sau de mozaic. Acest ansamblu de simptome, care constituie procesul de lichenificație, este constant în prurigo Hebrae. Între aceste leziuni polimorfe, se văd papulele tipice de prurigo, diseminate și excoriat, după cum au fost descrise mai sus.

Perii în aceste regiuni afectate sunt tăiați scurt, atrofici, terminând prin a dispărea complet. Foliculii piloși, în vecinătatea regiunilor predilecte sunt ușor proeminente. Glandele sebacee și sudoripare în urma procesului inflamator cronic, ce se petrece în piele, se atrofiază, dând ca rezultat ascăciunea pielii. Perii de pe pielea păroasă a capului sunt uscați, și-au pierdut luciul, având un aspect ușor pudrat.

În urma gratajului, a eczematizației și a infecțiilor secundare, ganglionii limfatici se tumefiază, dând puseuri limfangitice și de adenopatii. Ganglionii mai frecvent interesați sunt cei crurali, cubitali, axilari și cervicali. Se descrie ca semn patognomonic, tumefacția ganglionilor inghino-crurali, cari pot atinge mărimea unui pumn de adult, fiind o adenopatie cronică, fără fenomene inflamatorii din partea tegumentelor sau a țesuturilor învecinate, ganglionii având o consistență păstoasă (de aluat), nedureroși, adenopatie denunită: „bubon de prurigo“.

Afecțiunea descrisă, are o evoluție eminentemente cronică și această lungă durată, intensitatea pruritului, insomnia ca urmare a pruritului, condițiunile igienice mizerabile în care trăiește copilul, crează o stare nervoasă, bolnavii fiind iritabili, ursuzi, impulsivi. Ei au o culoare palidă-anemică, turburări digestive, dar cu toate aceste, starea lor generală este bine conservată.

În sângele și pielea bolnavilor s'a găsit o eozinofilie însemnată 5—15% (Iadassohn, Wüstenberg) și chiar o ușoară limfocitoză.

Afecțiunea prezintă un caracter sezonier, în sensul unei remisii în anotimpurile calde și exacerbațiuni iarna. S'au descris însă și tipuri inverse cu remisii în lunile de iarnă (Bracq, Jacquet).

Hebra a susținut, că boala această este incurabilă, având o durată nedefinită. Totuși, spre adolescență puseurile devin mai puțin intense, remisunile mai lungi și pe la vârsta de 20—25 de ani, prurigo-ul propriu zis dispăre, bolnavul rămânând totuși un „gratteur“ cronic, cu senzații de prurit, ce predispune pentru eczemă, sau prurigo simplex cronic. Se observă destul de frecvent, că în perioada de acalmie survin puseuri de bronșită, crize de astm, enterite, etc. veritabile supleante morbide.

După descrierea clasică a lui Hebra, complexul simptomatic descris mai sus pe larg, se poate condensa în câteva caractere: debut precoce, papule tipice de prurigo, adenopatie caracteristică, localizația și caracterul de incurabilitate. Dar cu timpul, acest tablou clinic clasic a suferit unele modificări. Astfel Vidal, Spiethof, etc. au descris cazuri, unde debutul boalei s'a făcut la o vârstă mai înaintată, în pubertate, chiar și în adolescență, până la 46 de ani. Alții (Neisser, Jankowsky) au văzut cazuri de prurigo vindecate. Iadassohn și White spun, că unele cazuri de prurigo se vindecă prin simpla internare într'un mediu spi-

talicesc, iar Ritter a văzut multe cazuri, vindecându-se prin schimbare de climat.

Pe lângă tipul Hebra—Kaposi, pe care l-am descris mai sus, se mai descriu și alte forme, dintre cari tipul cel mai bine individualizat este prurigo-ul *tip francez* (Bracq, Jacquet, Darricr). În această varietate, leziunile primitive și secundare sunt aceleași, dar diferă prin localizarea lor, predominând la față și extremitățile superioare și leziunile descrescând în intensitate spre partea inferioară a corpului. Acesta este deci un tip superior, față de *tipul german*, inferior. Caracterele principale însă, ca papulele tipice, lichenificația, adenopatia și localizarea predilectă pe fețele extensorice și respectarea plicelor articulare, rămân și la tipul francez, simptomele cardinale.

Se mai deosebesc două varietăți, după intensitatea afecțiunii *prurigo-milis*, forma de intensitate moderată și *prurigo-ferox* sau *agria*, cu toate simptomele exagerate, o veritabilă tortură pentru bolnavi, putând conduce la sinucidere. Tenneson cu drept cuvânt deosebește un grup de *prurigo-uraticipice*, cari cuprind forme tardive, de tip invers, de durată efemeră, cazuri cu vindecări spontane, etc.

În ce privește frecvența afecțiunii în diferitele țări, ea pare a fi mai frecventă în țările Europei de Est și în păturile sociale inferioare, la copiii cari trăesc în mizerie și lipsiți de igiena corporală și alimentară. În Elveția și Anglia este rară, iar în America se observă excepțional de rar. Este interesantă observația lui Dynicki, că emigranții polonezi, cari după ce au trăit un timp îndelungat în America și afecțiunea lor anterioară a dispărut pe acel timp, reîntorcându-se în Polonia, boala reapare, ceea ce vorbește pentru influența mediului în apariția afecțiunii. La noi în țară, prurigo Hebrae este o afecțiune relativ frecventă, după cum se poate vedea și din datele statistice cuprinse într-un capitol următor.

IV. Anatomia patologică.

În descrierea aspectului histo-patologic al leziunilor de prurigo, există o divergență foarte mare, ce se poate atribui faptului, că examenul histologic s'a făcut la elemente în diferite stadii evolu și de diferite proveniențe în ce privește garvitatea cazurilor.

Primul, care a dat o descriere acceptabilă a leziunilor anatomicopatologice, a fost Hebra, care a examinat un număr mare de cazuri tipice, cu leziuni foarte avansate atât a elementelor tipice primitive, cât și a celor secundare. O papulă incipientă după el, constă dintr'o alungire a papilelor, cu un ușor edem și infiltrație celulară moderată. Epidermul numai în straturile bazale prezintă o ușoară proliferatie. Pielea în cazurile avansate prezintă leziuni însemnate în derm, sub formă de infiltrații perivascularare în manșoane. Muschii erectori piloși, sunt hipertrofiați, glandele sudoripare suferă o proliferatie celulară, iar într'un stadiu prea avansat, glandele sebacee sunt sclerozate și perii au bulbul lor atrofic.

După Auspitz, papulele de prurigo ar fi produse de contracțiunea mușchilor erectori piloși hipertrofiați și nu admite fenomene inflamatoare.

Caspary este de părerea, că papula de prurigo este produsă printr'o acantoză localizată, o proliferatie circumscriasă a stratului malpighian.

Autorii germani clasici, Riehl, Neisser, Jarisch, se reîntorc la părerea lui Hebra, conform căreia papula tipică ar avea elemente seroase de urticarie, cu edem papilar, dilatarea vaselor, diapedeză cu infiltrație microcelulară perivasculară, o transudie vazomotorie dermo-papilară. Epidermul, glandele sudoripare, mușchii netezi și foliculul pilo-sebaceu ar fi normali.

Sunt interesante cercetările histologice ale lui Leloir și Tavernier, cari au aflat niște cavități chistice în straturile superioare ale corpului mucos Malpighian, delimitate de straturile spinos și cornos, iar în jos de stratul bazal. În aceste cavități se află un lichid seros, celule epiteliale cu degenerescență și rare celule leucocitare. Aceste chiste ar fi în legătură cu canalele excretorie ale glandelor sudoripare.

Azi părerile autorilor moderni sunt puțin contradictorii. Din lucrările lui Unna, Civatte, Darier, Gans se poate stabili următorul aspect histo-patologic, admis de toți autorii moderni: La debut, papula de prurigo este reprezentată printr'o papulă analoagă celei de strofulus, adică o sero-papulă dermo-epidermică, constituită printr'un edem subcorneean și mici cavități intraepidermice (spongioză) ce comunică în jos cu corpul papilar.

Într'un stadiu mai avansat, leziunile dermice se traduc printr'un edem dermo-papilar, dilatația vasculară și infiltrat perivascular în manșoane cu limfocite, o proliferatie fibroblastică, aceste leziuni formând un infiltrat nodular, în centrul lui cu leucocite degenerate, ce se traduce printr'o ușoară necroză. În stratul papilar, după cercelările celè mai recente, se află un număr însemnat de eosinofile pe lângă infiltratul limfocitar și fibroblastic. În straturile mijlocii ale dermului, pe lângă infiltratele limfocitare și fibroblastice, se văd multe celule plasmatiche (mastzellen) grupate și în mod diseminat. Uneori astfel de infiltrate se află și în jurul glandelor sudoripare. Alterațiuni epidermice mai însemnate se află numai în cazurile avansate, unde se vede o acantoză, papilomatoză, ușoară hiperkeratoză, uneori o ușoară necroză epitelială sub formă de chiste biloculare descrise de Leloir și Tavernier.

Pe lângă eosinofilia cutanată din stratul papilar, Peter și Janowsky au aflat o eosinofilie și în sânge, variabilă între 2—18%, alții au semnalat un procent mai scăzut.

V. Etiologia.

În decursul timpurilor, dela Hebra și până azi, s'a încercat prin cele mai variate ipoteze și teorii să se explice cauza prurigo-ului și azi trebuie să recunoaștem, că deși s'au scurs aproape 7 decenii, tot nu s'a clarificat complet și definitiv etiologia acestei afecțiuni.

Hebra și-a închipuit că prurigo-ul are o cauză pur locală, constituțională, prin prezența unui defect în epiderm și anume în stratul lui Malpighi, unde s'ar forma un lichid intracelular, care în mod secundar, prin apăsare asupra statului papilar, ar provoca pruritul. Tot Hebra, în altă ordine de idei, învinuiește tuberculoza părinților, linfatismul, stările neurotice, intoxicațiile cronice, abuzul de carne, ceai, cafea, etc., ceea ce nu s'a confirmat.

Alții, ca Brocq, Fournier, Milian, aduc în legătură cauzală sifilisul congenital, acesta dând naștere unei distrofii cutanate, a cărei expresiune ar fi prurigo-ul.

Vârsta joacă un rol incontestabil, deoarece aproape toate cazurile de prurigo debutează în prima copilărie.

Sexul n'are nici o influență. Climatul idem. Rasa da, întrucât anglo-saxonii sunt mai des atinși de această boală și tot ei fac și formele cele mai grave.

Raporturile maladiei cu anotimpurile sunt iarăși evidente, întrucât perioadele de exacerbare apar iarna, pe când vara de obicei urmează un stadiu de acalmie.

În ce privește posibilitatea transmisiunii prin hereditate, sunt unele observațiuni ale lui Kaposi, Brocq, Neumann, din care se vede, că consanghinitatea poate juca un rol în etiologia prurigo-ului, întrucât s'au observat cazuri la mai mulți copii din aceeași familie. Astfel s'ar putea spune că ar exista o anumită predispoziție familială pentru prurigo.

S'au mai incriminat o serie de turburări organice și funcționale ale celor mai variate sisteme și aparate ale organismului, astfel cholemia cronică, depozitul de bilirubină în piele la insuficiența hepatică ar produce pruritul, turburări în echilibrul acido-bazic, mărirea, sau diminuarea în caștiu și cholesterină a plasmii sanghine, apoi turburări de sensibilitate și vasomotorice, toate bazându-se pe observațiuni clinice și biochimice.

Azi predomină două ipoteze, cari par a explica în mod rațional fenomenele morbide cari acompaniază prurigo-ul.

În primul rând este teoria autotoxică, în legătură cu turburări digestive. Într'adevăr, la baza celor mai multe cazuri de prurigo din prima copilărie găsim un viciu de alimentație în ce privește cantitatea și calitatea ei. Prurigo-ul apare de obicei la copii slabi, anemici, dispeptici, dar și la cei grași, păstoși supraalimentați. Dentuția, cu turburările digestive cari o acompaniază, contribuie și ea ca adjuvant. Alteori, — cum susținea și Hebra — copiii aceștia recrutându-se din clasele sociale cele mai joase, cari trăesc în mizerie, copiii părăsiți, insuficient sau nerațional alimentați, turburările digestive se traduc prin intoxicație alimentară, urticarie, diaree, icter, colici prin formarea de toxine în tubul lor digestiv, produse de dezagregare cari se rezorb. Apoi s'au descris cazuri de ascaridoză și în legătură cu ea apariția prurigo-ului, explicația fenomenelor cutanate fiind expresiunea unei intoxicații cu toxinele helmintice.

Cealaltă teorie modernă și acceptată de toți autorii, este insuficiența glandelor cu secrețiune internă și disfuncția sistemului neuro-vegetativ ca factor etiologic în prurigo. În primul rând este vorba de glanda tiroidă. Scholtz a fost primul, care a atras

atențiunea în această direcție și după el o serie de autori au aflat hiperfuncțiunea tiroidiană în prurigo și ca dovadă terapeutică, au obținut rezultate bune prin tratamentul opoterapic. Alții, ca ca Spiethof, au aflat în unele cazuri o disfuncție a glandelor sexuale și distrofii adipozo-genitale în legătură cu prurigo.

În ce privește sistemul neurovegetativ, Jacquet, Lèwy-Frankel au aflat simpaticotonie în multe cazuri de prurigo, iar faptul că în prurigo se întâlnește des urticaria și astmul, afecțiuni eminamente simpaticotonice, — ar fi dovadă în plus pentru tulburările în domeniul simpaticului, ca moment etiologic în prurigo.

VI. Patogenia.

În concepțiunea patogenică a prurigo-ului a existat și există de la început o deosebire fundamentală între școala germană și cea franceză pe tema, dacă pruritul este preeruptiv, sau post-eruptiv, cu alte cuvinte, dacă mâncărimea apare înaintea papulei de prurigo, sau este provocat de aceasta.

Hebra a susținut, că exsudația de serozitate în spațiile intercelulare ale corpului mucos malpighian, produce o iritație a terminațiilor nervoase și expresiunea acesteia ar fi pruritul, deci după concepția lui papula ar fi primitivă, iar mâncărimea secundară.

Școala franceză în schimb, în frunte cu Brocq, Jacquet, Besnier, Vidal afirmă că pruritul este factorul primitiv, dat de turburări generale, iar papula de prurigo este rezultatul gratajului. În această privință sunt concludente experiențele lui Jacquet, care la o fetiță cu prurigo făcând un pansament protector la un antebraț, papulele de prurigo au dispărut în acest loc, în timp ce pe partea opusă apăreau leziuni în puseuri; apoi peste câteva zile a schimbat bandajul, protejând de astădată membrul superior din partea opusă și în scurt timp, prin suprimarea gratajului, leziunile de prurigo au dispărut, pe când pe antebrațul opus au reapărut iarăși eflorescențele tipice. Localizarea predilectă a leziunilor în anumite regiuni, s'ar explica prin traumatismele și iritațiunile provocate de haine.

Dacă vrem să facem o critică justă acestor două păreri contradictorii, trebuie să recunoaștem, că școala germană (Hebra,

Kaposi, Neumann, Fingcr, Riehl, Jadassohn, Matzenauer) nu aduce dovezi concludente în sprijinul teoriei sale, cum face cea franceză prin experiențele de mai sus, dar nu este mai puțin adevărat, că nici teoria școalei franceze nu ne explică faptul, pentru ce răspunde organismul la un prurit primitiv prin producere de papule de prurigo la unele persoane, atunci când la atâtea dermatoze pruriginoase, cu prurit esențial, rezultatul gratajului este producerea de excoriațiuni, exematizație, licheneficație etc. și nu leziuni de prurigo.

Alții, ca Neisser susțin, că pruritul și papulele de prurigo apar concomitent și că acești doi factori se complectează reciproc: unul nu există fără celălalt.

S'a căutat să se explice mecanismul patogenic prin turburări nervoase motorii (nervii erectori piloși), probe susținute de Auspitz, iar pe de altă parte din contra, prin turburări senzitive, ipoteză susținută de Vidal. Aceste ipoteze au fost combătute de Bernhardt, care a văzut o fetiță cu paralizie infantilă a unui rembra superior, care a fost respectat de papulele de prurigo, — în același timp afecțiunea își urma evoluția tipică în regiunile predilecte. De altcum, părerea lui Bernhardt este, că ar fi vorba de turburări trofice centrale.

În timpurile cele mai noi, capitolul patogenic a câștigat noi elemente foarte interesante și anume prin noțiunea de sensibilitate (idiosincrazie și anafilaxie) în conexiune cu șocul hemocelazic alimentar, prin cari — ca la dermatozele autotoxice în general — se caută să se explice mecanismul producerii fenomenelor primordiale ale prurigo-ului: pruritul și papulele tipice.

J. Jadassohn a fost primul, care a atras atențiunea în direcția idiosincraziei ca moment patogenetic, în legătură cu observațiunea interesantă, că unii bolnavi de prurigo, internați în spital, se ameliorează chiar fără tratament, prin simpla schimbare de mediu. Căutând în direcția momentelor declanșate, a aflat că între acestea ar putea fi de ex. salteaua de acasă, deoarece bolnavii stând toată ziua acasă și dormind numai la spital, s'au menținut în starea lor de ameliorare. În ultimul timp, tot în această ordine de idei, Jadassohn este de părerea, — în analogie cu observațiile lui Storm van Leuwen în legătură cu astmul — că agenții declanșanți ai idiosincraziei la bol-

navii de prurigo, sunt sporii și filamentele mucidineelor. (Schimmelpiltz) și prezența lor în aerul în care trăește bolnavul declanșează puseurile de prurit și de papule și prin transpunerea bolnavului într-un aer lipsit de aceste ciuperci, îl pune pe bolnav la adăpost față de puseurile de prurigo.

O altă achiziție modernă în patogenia prurigo-ului, este legătura ce există între stările anafilactice și prurigo. Brack a întreprins o serie de cercetări în legătură cu șocul hemoclastic alimentar, produs prin ingerare de albumine (lapte), peptonă, sol. Ringer și în cazurile de prurigo simplex, a aflat rezultate pozitive, cari constau în scăderea tensiunii sanghine, diminuarea leucocitelor și a eritrocitelor, precum și a conținutului în albumină a serului. Sunt în curs cercetări în această direcție și în prurigo Hebrae și faptul, că pilocarpina — medicamentul ce dă rezultate bune la tratamentul prurigo-ului Hebrae — face să diminueze hemoclasia (pe când atropina o accentuează), ne îndreptățește să credem, că nu peste mult se va aduce lumină completă în patogenia dăstul de obscură a prurigo-ului Hebrae.

VII. Diagnostic.

În general, cazurile tipice de prurigo Hebrae nu prezintă nici o dificultate în punerea diagnosticului. Apariția afecțiunii în prima copilărie, efflorescențele caracteristice de papule tipice, leziunile consecutive gratajului: excoriațiunile, eczematizația, lichenificația, piodermia, îngroșarea difuză a pielii pe teritorii întinse, caracterul ei rugos, dur, uscat, lipsa fanerelor, apoi localizarea leziunilor pe fețele extensorice ale extremităților, respectarea plicelor articulare, adenopatie păstoasă aplegmazică crurală, pruritul intens și continuu, caracterul renitent, evoluția cronică cu puseuri sezoniere hibernale, toate sunt caractere patognomonice și suficiente, pentru a putea pune un diagnostic sigur.

În ce privește diagnosticul diferențial, el se face cu mai multe afecțiuni:

Strofulusul, după cum arată și termenul francez de prurigo simplex acut, are acelaș debut în primul an, aproape aceeași leziune elementară, o sero-papulă pe bază urticariană, însă leziunile sunt mai exsudative, dispar în câteva ore sau zile. pielea în general își păstrează aspectul și caracterele normale, fără

îngrosare, coezematizăție sau lichenificație. Leziunile apăr peste tot, fără electivitate pentru anumite regiuni, chiar și pe față, palme, plante. Lipsesc alterațiunile ganglionare. Evoluția este mai scurtă, puseurile de scurtă durată și mai frecvente. Conservarea habituală este mai bună, chiar prea bună, afecțiunea se vindecă ușor prin reglementarea regimului și substragerea laptelui din alimentația copilului. Deci diagnosticul diferențial nu întimpină greutăți, afară de stadiul incipient, când nu se poate prezice, dacă afecțiunea va evolua sub forma unui strofulus, sau prurigo, deoarece bine spune Dubreuil: „aceste două afecțiuni sunt două forme ale aceleiași maladii... se poate spune că, cazurile cari se vindecă sunt de strofulus, iar cele ce nu se vindecă, de prurigo“.

Urticaria: cu deosebire cea cronică s'ar putea confunda cu prurigo, dar numai în stadiul de tot incipient, deoarece se știe, că seropapula de prurigo are o bază urticariană exprimată și că puseurile de papule sunt precedate de plăci urticate. Dar în general, în cazurile declarate, confuzia nu se poate face, deoarece leziunile elementare sunt complet diferite.

Eczeza cronică, infiltrată, prezintă o localizare predilectă în plăcile articulare, puseuri eruptive papuloveziculoase și consecutiv suprafețe madidante, întinse și polimorfismul caracteristic. Lipsesc papulele tipice de prurigo, alterațiunea profundă a pielii și a fanerelor și adenopatia caracteristică.

Lichenul cronic Vidal: (neurodermita) este localizată în părțile expuse unor traumatisme repetate și prezintă placarde în număr redus, cu pielea dea culoarea normală și cu cele trei zone caracteristice, din ce în ce mai accentuate în intensitatea alterațiunilor spre centrul placardelor. Lipsesc fenomenele cutanate primitive tipice și secundare, ce caracterizează prurigo-ul.

Scabia: poate da loc la confuzii, în formele ei mai accentuate. Localizarea scabiei este caracteristică, leziunile papulo-veziculoase cu zona eritematoasă în jur, galeriile epidermice, evoluția acută-subacută, contagiunea în anturaj și familie, starea generală bine conservată, sunt semne suficiente pentru diferențiere. Uneori aceste două afecțiuni pot coexista, cazurile de prurigo complicându-se cu scabia.

Prurigo-simplex. Grupul puțin diferențiat și individualizat al dermatozelor pruriginoase, cuprinde mai multe forme clinice

că: prurigo-simplex acut (strophulus), prurigo-simplex subacut, sau regional (anal, genital, nazal, al regiunilor piloase, palmar, planfar), prurigo-simplex cronic cu forma difuză — generalizată și cu varietățile: hiemalis și summer-prurigo, a lui Hutchin-son și forma circumscrișă (lichen Vidal), prurigo diatezic Besnier, prurigo nodular, sau lichenpolimorf ferox (urticaria perstans) și în fine prurigo limfadenic. Toate aceste se pot diferenția ușor, bazezi pe antecedentele bolnavului (ele survin în vârsta adolescență și adultă), pe localizarea leziunilor și absența papulelor tipice de prurigo, evoluția lor mai puțin lungă și depistarea cauzelor diverse ce le produce.

VIII. Prognostic.

În general, quoad vitam, prognosticul este benign, deoarece nu amenință direct viața bolnavului, însă turburările funcționale digestive importante, anemia, insomnia produsă de pruritul chinuitor și continuu, extenuarea bolnavilor în urma acestei stări, toate acestea fac ca prognosticul să fie rezervat. Bolnavii sunt anemici, cu caractere de infantilism, parcă prurigo-ul n'ar fi decât o expresiune a unei distrofii generale (Dalous).

Hebra a susținut, că boala descrisă de el este incurabilă, cu deosebire forma gravă, numită ferox (agria). De fapt, au fost câtevacazuri de acestea pe cari și autori, ca Finger le-au etichetat ca incurabile. Însă marea majoritate a cazurilor aparțin formei mitis, care se poate vindeca printr'un tratament adecvat pe la vârsta de 4—6 ani, sau se poate atenua în așa fel, că bolnavii pot trăi o viață mai omenească.

Asupra sorții acestor bolnavi în restul vieții, se știe puțin. Este curios faptul, că nu întâlnim bătrâni cu prurigo Hebrae; explicația ar fi, că afecțiunea se vindecă la vârsta adultă, ori că mor înainte de a ajunge la o vârstă înaintată. În tot cazul, orice caz de prurigo trebuie să fie tratat din timp, gândindu-ne la posibilitatea unei vindecări sau ameliorări. Este un fapt constat, că formele ușoare de prurigo nu evoluează niciodată în cea gravă și că un prurigo grav delă început, nu se atenuiază într'o formă mitis. Un alt fapt cunoscut, că tipul francez (superior) se vindecă pe la vârsta de 15 ani (Brocq), în cât este un semn bun, dacă la un bolnav cu prurigo Hebrae leziunile predomină la față și diminuează în intensitate spre membrele inferioare.

IX. Tratament.

Tratamentul cazurilor de prurigo Hebrae trebuie să înceapă cât se poate de timpuriu, pentru a avea mai multe șanse de o eventuală vindecare, sau ameliorare.

Din considerațiunile expuse în capitolele anterioare rezultă, că tratamentul trebuie să vizeze factorii etiologici predispozanți și declanșanți, precum și tegumentele bolnave, adică tratamentul rațional va acționa în două direcții: ca tratament general și local.

Tratament general.

Măsurile igienice generale prezintă o importanță deosebită. Curățența corporală, scoaterea copilului din anturajul său, din mediul de mizerie și internarea într'un spital, aceste măsuri simple pot avea ca rezultat, ameliorarea fără alt tratament (I. Jadassohn). În această ordine de idei, schimbarea de aer, climat (mare, altitudine după caz) poate fi un adjuvant de folos în programul nostru terapeutic. Reglarea alimentației este de o importanță capitală. La copii mici, alăptați la sân, reglementăm alimentația persoanei care alăptează (mamă, doică), eliminând cafeaua, ceaiul, alcoolul, condimentele etc. Reglementăm mesele copilului cantitativ și calitativ, distanțând mesele după regulile dietetice infantile moderne, reamintindu-ne faptul, că copii cu prurigo nu se recrutează totdeauna din cei subnutriți, ci foarte des din rândul copiilor obezi, supraalimentați. La copiii mari și adulți: prescriem un regim vegetarian, dietă ușoară, mișcări în aer liber, combatem turburările digestive prin laxative: oleicase, calomel, cură de Karlsbad. Lavajele intestinale sunt indicate uneori precum și administrarea de antiseptice intestinale (benzonal, preparate de acid-lactic, lactobyl etc.)

Ca medicațiune internă propriuzisă, se recomandă în primul rând untura de pește, administrată în permanentă, afară de lunile de vară, când se poate înlocui cu preparate speciale (Jemalt, Ossin, Vivoleol). Arsenic sub formă de picături (liq. ars. Fowleri), pilule asiatice (arsenat de sodiu), injecții (kakodilat de Na, Arsotonin Arsyden) Ol. jecoris se mai recomandă și în injecții, de Doc. Cimoca (Guayl Wassermann). Iodul se recomandă de unii (scrofuloză), se combate de alții. Pentru combaterea stării nervoase, se administrează preparate de Brom (Bromuri, Bromural, Polibromate), preparate de valeriană (tinctură, Validol), belladonă la vagotonici, Gynérgene, (Sandoz) la simpaticotonici, camfor monobromat, diferite tonice. Apoi atofan, menthol și ichtiol în capsule gelatinoase.

Mai nou se recomandă medicamente interne și metode de tratament cari vizează desensibilizarea și dezintoxicarea organismului. Astfel: autohemoterapia, autoseroterapia, Normosal, calciu clorat 10% travenes, calcium Sandoz, Calciven, Selvadin (Byer, Meister-Luchs).

Calcino (Riedel), Bromostrontian (Weil) i. venos și tablete, Peptonoterapia preprandială (0,5 gr. 3-ori pe zi), diferite preparate care vizează șocul anafilactic-hemoclaizic: Anaciazină (Ranson), Peptamina (Perrandin), injecții intracutane de peptonă Witte 50% și Aolan. Injecțiile subcutanate cu $\frac{1}{2}$ cmc. sol pilocarpină 1% tot la două zile, se recomandă pentru combaterea crizei hemoclaizice și prin augmentarea secrețiunii sudorale înmoaie pielea, aducând ameliorarea senzației de mâncărime a pielii. Mercurul intern (Calomel 0,01—0,03 de trei ori pe zi) ar contribui la eliminarea clorului și la topirea țesutului conjunctivo-fibros. Același efect l'ar avea și injecțiile de terebentină (Tempichin, Olobintin), de sulf (Sulfolein) și de insulină.

Toate medicamentele enumerate, precum și opoterapia tiroidiană și poliglandulară s'au dat și se dau în mod curent în Clinica Dermatologică din Cluj cu rezultate bune.

Tratament local.

Tratamentul local cel mai eficace constă în băi protragate ($\frac{1}{2}$ —1 oră) de Sulf (Sol. Wleming 100 gr. pentru baia de copii, 200 gr. pentru adulți; thiopincl, Sulfur. hepar.). Curle termale-sulfuroase au același efect. Apoi băi de amidon, flori de tei, gelatină, permanganat de potasiu, doștuni ferbănți cu apă oțetată, ceaiu de mușețel. Dușurile calde, dușurile filiforme sunt de asemenea laudate.

După baie se va unge tot corpul cu o grăsime (vazelină, unguent emolient) în care este bine să se încorporeze 10% Sulf și gudron, medicamentele suverane în tratamentul local al prurigo-ului. Rezultate foarte bune s'au obținut în serviciul Clinicii Dermato-venerice din Cluj, cu ungt. Wilkinson, Helmerich și cu fricțiuni cu untură de pește, sau vaselină cu 10% ol. jecoris.

Se mai întrebuintează alifii cu ac. salicylic 2—5%, Ichtyol 5—10% și ungt. d'achylon. Pentru bolnavii cu pielea sensibilă vom prescrie paste cu Thigenol 10%. Dintre preparatele de gudron, cele mai uzuale sunt: Tumenol amon. 10%, cleu de cad 5—10%, Anthrasol 10%, Sulfanthren 10%, Lianthral, liq. carb. deterg. 5—10%, ol. ruși 5—10%, (Coaltar) 10—20% sau pur. În toate cazurile, unde administrăm preparate de gudron, vom controla urina bolnavilor, deoarece foarte des provoacă iritații renale.

Sulful și Gudronul acționează ca reductor al infiltrațiunii tegumentelor și în același timp au și o acțiune antipruriginoasă. După ce a cedat infiltrația pielii, se pot aplica diferite medicamente antipruriginoase încorporate în mixturi agitante (zinc-talc-glicerină-apă) sau soluțiuni spirituoase: menthol 1—2%, thymol $\frac{1}{2}$ —1% ac. fenic $\frac{1}{2}$ %, ac. salicylic 2—3%, β Naphtol 2—3%, Camfor 1—2%, epicarin 3—5%, liq. carb. detergens 5—10%, Tumenol 10%, Bromocol 10%, Heliohrom 10%, Calmitol 10% (Jadassohn).

Un tratament foarte eficace constă în pansamente ocluse sub forma unei pânze cauciucate (Tenneson), sau mai practic Zinkleim-ului Unna (gelatină 15 zinc, glicerină apă 25 gr. apă dest. ad. 100).

Ca în toate afecțiunile pruriginoase acompaniate de infiltrație și lichenificarea pielii și în prurigo radio-terapia dă rezultate din cele mai bune. Acțiunea razelor vizează infiltrația pielii, cî și pruritul. Se administrează local o doză de eritem împărțită în 3—4 ședințe câte 2H, cu filtru de Aluminiu 2 mm, serii de 3—4 ședințe, repetate la intervale de o săptămână. S'au încercat și la prurigo — prin analogie cu lichen ruber plan (o altă afecțiune pruriginoasă, cronică), — iradiatii pe coloana vertebrală. Se fac iradiatii pe segmentele corespunzătoare localizării leziunilor, doze de iritație de 3H filtru Al. 3 mm. sau Cu 0,5 mm. + Al. 1, repetate la 8—10 zile. Rezultatele nu sunt însă concludente.

Se aplică și ședințe de Quartz, la distanță de 50 cm. timp de 10—20 minute.

Tratamentul complicațiilor și al fenomenelor secundare, ca: exematizarea, lichenificarea și piodermiile se tratează după normele clasice, cunoscute pentru fiecare formă dermatologică aparte.

X. Observațiuni personale.

1. C. I. 10 ani, băiat, ref. elev; înră în 26/V. 1932 cu dg. prurigo-Hebrae. Eczematizație.

În antecedentele heredo-colaterale nimic important; în familie nu suferă nimeni de asemenea afecțiune. În antecedentele personale, tuse convulsivă în 1931. — Referitor la boala actuală declară, că ea datează din al 2-lea an al vieții, debutând prin leziuni mici papuloase foarte pruriginoase, cu o localizare pe fața extensorică a extremităților super și infer. Leziunile s'au înmulțit în puseuri, prezentând perioade variabile de remisuni și exacerbațiuni. A fost tratat în mai multe reprize la Ambulatoriul Policlinic C. F. R. din Cluj, ameliiorându-se în mod trecător. Se prezintă pentru internare.

Examenul obiectiv: copil mijlociu dezvoltat, slab nutrit și anemic, cu tegumentele și mucoasele vizibile palide. În mod simetric, interesând fața extensorică a extremităților super. și infer., flancurile, spatel și regiunile fesiere, se prezintă o erupțiune cutanată caracterizată printr'o serie de leziuni papuloase situate în grosimea pielii, de mărimea unor boabe de linte, având culoarea pielii, mai mult palpabile decât vizibile, de consistență dură, cari rulează sub deget. Tabloul clinic este predominant de excoriațiuni rotunde, acoperite de cruste sanghinolente, provenite din decaparea prin grataj, a leziunilor primitive descrise. Printre ele, se observă și numeroase leziuni cicatriciale rotunde, albicioase, anturate de o zonă pigmentară, vestigiile leziunilor regresate. Pielea regiunilor interesate, în general este uscată, îngroșată, difuz infiltrată, rugoasă, cu pierii rupți în parte. În regiunea suprapubiană, fesiere și fața internă a gambelor se prezintă teritoriile întense de exematizație. Subiectiv, bolnavul acuză o mâncărime foarte vie. Prezintă o adenopatie păstoasă, aflégmază, indolentă în regiunile cruzale. Din partea celorlalte organe și sisteme, nimic patologic. R. W. negativ. Urina: alb.-puroiu, zahăr negativ.

Tratament:

26/V. Pe teritoriile exemetizate se aplică comprese cu Burow. Se administrează 3 cc. autosânge.

28/V. Suprafețele madidante epitelizându-se, se aplică o pastă moale cu Pb. acetic-Ichtyol 5%; pe rest pastă de zinc. Intern 1/2 tabl. poliglandulare „Fornier“.

30/V. Infiltrația pielei mult redusă, mâncărimea diminuată, local același tratament. Intern de 2 ori tabl. poliglandulare; 4 cc. autosânge.

2/VI. I-se administrează 5 cc. autosânge. Local peste tot pastă zincată. Intern de 3 ori o lingură de oleu de pește și de 3 ori 1/2 tabl. poligland.

5/VI. Leziunile papuloase, excoriațiunile și fenomenele de axematizație simțitur regresate; mâncărimea aproape dispărută. Pe tot corpul se unge cu pastă moale cu Pb. acetic-Ichtyol 10%. Se administrează 10% cc. autosânge și de 3 ori 1/2 tabl. poligland. Intern 3 linguri de ol. de pește.

8/VI. Pe trunchiu și extremități se aplică o alifie cu ol. jecoris 10%, pe placardele eczematoase pastă cu Ichtyol-Pb. acetic. Intern. 7 cc. autosânge, 3 ori 1/2 tabl. poligland. și 3 linguri untură de pește.

11/VI. Toate leziunile complet regresate, pielea fiind de aspect și consistență normală. 8 cc. autosânge, ol. de pește, tabl. poligland. și peste tot alifie cu 10% ol. jecoris.

14/VI. 9 cc. sânge intern ca mai sus. Pe tot corpul se aplică cu ol. jecoris 10%.

18/VI. 10 cc. autosânge, intern 3 ori 1/2 tabl. poligland., 3 linguri ol. de pește. Peste tot alifie cu untură de pește 10%. Mâncărimea complet dispărută, tegumentele normale. Bolnavul a câștigat în greutate, mucoasele și tegumentele mai bine colorate.

22/VI. 10 cc. autosângă; în rest tratament ca mai sus.

23/VI. Părăsește serviciul vindecat.

*

2. B. M. 7 ani, fetiță, rom. cat. intră în 21/XI. 1932 cu dg. Prurigo cu Hebrae.

În antecedentele heredocolaterale și personale nimic deosebit. Boala actuală datează din primul an al vieții și a debutat sub forma unui strofulus, care apoi se intensifică, apar leziuni din ce în ce mai numeroase, în puseuri urmând apoi perioada de remisiune și exacerbățiuni. A fost tratată de mai mulți medici particulari. Se prezintă, cerând internarea.

Examenul obiectiv: Mijlociu dezvoltată, slab nutrită, palidă.

Prezintă o afecțiune cutenată generalizată, exceptând palmele și plantele, pliile articulațiilor mari și capul, afecțiune ce este mai exprimată pe părțile extensorice ale extremităților și trunchiu. Pielea în general este uscată, scuamoasă, ușor infiltrată, cu părți lanugoșii. Leziunile elementare se prezintă sub forma unor erupțiuni populcace de culoarea pielei, având mărimea unor boabe de măr, dând impresia unor alifie incluse în piele. Majoritatea leziunilor

prezintă o crustă brună sanghinolentă deasupra ei, acoperind excoriațiuni superficiale și mai profunde. În locul leziunilor regresate se observă mici atrofii cicatriciale, albicioase și pigmentațiuni difuze. Disemnat, se observă excoriațiuni, datorite gratajului. Pe gambe prezintă placarde de lichenificație. Din partea celorlalte sisteme, afară de o poliadenopatie, nu prezintă nimic patologic. R. W. și examinările urinei negative.

Tratament:

26/XI. Băi cu sol. Wlemingx, iar pe tot corpul fricțiuni cu alfa sulfurată a lui Helmerich. Intern 3 lingurițe de sirop ferri-iodali.

28/XI. Leziunile în regresie. Se continuă același tratament.

1/XII. Băi cu Wlemingx, fricțiuni cu Helmerich. Intern 3-ori o lingură ulei de pește.

6/XII. Leziunile mult regresate. Se administrează zilnic băi cu Wlemingx, urmate de fricțiuni cu ungt emolient. Intern 3-ori o lingură untură de pește.

8/XII. Tratament idem.

10/XII. Leziunile aproape complet regresate. Băi cu Wlemingx; ungt. emolient. Intern oleu jecoris 3-ori o lingură.

13/XII. Toate leziunile complet regresate, mâncărimea a dispărut. Se continuă cu băile sulfuroase și fricțiunile cu ungt. emolent, precum și cu untură de pește intern.

16/XXI. Părăsește serviciul vindecată.

3. S. V. 7 ani, băiat, gr. cat. elev, intră în 11/I 1933 cu dg. prurigo Hebrae. Favus.

Antecedente heredolaterale și personale fără importanță. Boala actuală datează de la vârsta de 3 ani și persistă de atunci cu perioade de remisiuni și exacerbațiuni. A fost tratat de mai mulți medici cu rezultate variabile.

Examen obiectiv: Mijlociu dezvoltat, slab nutrit și palid.

Prezintă o afecțiune cutanată diseminată pe tot corpul, excepând capul, palmele, plantele și plicile articulare, interesate fiind în deosebi fețele extensorice ale extremităților, jurul centurei și feșele. În aceste locuri se află leziuni polimorfe, în diferite stadii evolutive, începând cu niște noduli mici, înglobați în grosimea pielei mai mult palpabili, cari rulează sub deget, apoi leziuni similare cu o veziculă centrală, leziuni excoriante și cruste sanghinolente și în fine vestigiile acestor leziuni, sub forma unor mici atrofii și pigmentațiuni. Pielea în general este mai uscată, aspră, în unele locuri îngroșată și puțin lichenificată la nivelul feței externe a gambelor și cu peri rarefiați. Subiectiv, bolnavul acuză o mâncărime foarte vie.

Pe pielea păroasă a capului, cu deosebire occipitală, prezintă leziuni tipice de favus scuaros, interesând atât pielea cât și peri

regiunii. Ganglionii inghino-crurali marii, alegmaziici, păstoși. Restul sistemelor și organelor nimic patologic. Examenete de laborator negative.

Tratament:

- 17/I. Primește 3 cc. autosânge; se institue regim vegetarian.
- 20/I. Se administrează 4 cc. autosânge și 2 ședințe de radio-epilație pe cap.
- 21/I. Băi cu sol. Wlemingx și fricțiuni cu alifia Helmerich. Intern oleu de pește.
- 23/I. Leziunile pe cale de regresione; se administrează 5 cc. autosânge, băi cu Wlemigx și fricțiuni cu Helmerich. Intern 3-ori o lingură oleu de pește. Două ședințe de Roentgen pe cap.
- 25/I. Două ședințe de R. X. pe cap, pentru epilație. Local același tratament.
- 26/I. Primește 6 cc. autosânge, băi cu Wlemingx, fricțiuni cu Helmerich și untură de pește. Leziunile de pe corp mult regresate, pruritul diminuat.
- 29/I. Se administrează 7 cc. autosânge, pe corp băi și fricțiuni, pe cap se aplică badijonări cu alcool iodat și pansament cu pomadă cadică 5%.
- 1/II. Primește 8 cc. autosânge, local același tratament.
- 4/II. Se administrează 9 cc. autosânge, băi cu Wlemingx, fricțiuni cu Helmerich, badijonări cu alcool iodat, pomadă cadică, iar intern 3-ori o lingură ol. jecoris.
- 7/II. 10 cc. autosânge, local același tratament. Incepe epilația.
- 10/II. Epilația se continuă, leziunile de prurigo aproape complet regresate. Local tratament idem.
- 14/II. 10 cc. autosânge. Epilație. Băi cu Wlemingx, fricțiuni cu Helmerich; pe cap badijonări cu alcool iodat 1%, pansament cu pomadă cadică 5%, intern 3-ori o lingură untură de pește.
- 17—20/II. Epilație completă. Local același tratament.
- 23/II. Pe coapse și spate apare un nou puseu de leziuni de prurigo. Se dă 10 cc. autosânge, băi cu Wlemingx, ungt. Wilkinson, ol. de pește intern, pe cap alcool iodat și pomadă cadică.
- 26/II. Leziunile în regresione, mâncărimea a cedat. 10 cc. autosânge, iar local ca mai sus.
- 3/III. Status și tratament idem.
- 7/III. Primește 10 cc. autosânge. Local băi cu Wlemingx și fricțiuni cu ungt. Wilkinson. Pe cap badijonări cu alcool iodat 1%, pansament cu pomadă cadică 5%.
- 10/III. Leziunile sunt aproape complet regresate, pruritul dispărut. Local același tratament. Primește 11 cc. autosânge.
- 14/III. Primește 12 cc. autosânge. Toate leziunile complet regresate. Starea generală foarte bună. Băi cu Wlemingx, fricțiuni cu ungt. Wilkinson, iar pe cap adijonări cu alcool idat și pansament cu pomadă cadică.

Statistica Clinicei Dermato-venereice din Cluj pe anii 1919—1932.
 Cazurile de Prurigo Hebrae cari s'au prezentat la consultați în anii 1919—1932.

ANII	După etate și sex										Total		
	1—10		11—15		16—20		21—25		26—30			31—40	
	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.		B.	F.
1919	10	4	1	1							1		17
1920	2	1	1	2		2					1		9
1921	5	4			1	1					2		13
1922	6	2	2	1				1					12
1923	8	3	3		1			1	1				17
1924	14	9	1	1				1	2				28
1925	9	7					2		1	1			19
1926	12	1	4	1	3		1	2			2	1	27
1927	11	7		1				1	2	1	2		25
1928	6	1			1	1		1					10
1929	2	2				1	1			1	1		8
1930	10	6	1	1	3						1		22
1931	12	4	3	1	1						1		22
1932	4	4	1		1								10
Total :	bărbați 158, femei 81.											Total general :	239

După anotimpuri.

Primăvara	Vara	Toamna	Iarnă
57	69	65	48
Total general 239.			

Cazurile internate
 în clinică în anii
 1919—1932.

Anii	Numărul cazurilor
1919	4
1920	1
1921	2
1922	3
1923	9
1924	6
1925	9
1926	8
1927	7
1928	6
1929	7
1930	6
1931	3
1932	3
Total :	74

XI. Concluziuni.

1. Prurigo-Hebrae este o dermatoză pruriginoasă, individualizată de Ferdinand Hebra, din marele grup confuz al afecțiunilor pruriginose, reprezentate prin difenile forme de prurigo și lichen.

2. Debutează în prima copilărie, coincidând de regulă cu stropulul și are o evoluție cronică cu exacerbațiuni sezoniere iernate și remisiuni din ce în ce mai lungi spre vârstă adultă.

3. Tabloul clinic este predominant de un polimorfism caracteristic al eflorescentelor, dintre cari leziunea elementară tipică este reprezentată printr-o sero-papulă pe bază urticariană, prezentând o localizare în număr mare în părțile extensorice ale extremităților și trunchiului. Acestor leziuni patognomonice, în urma grațajului continuu se adaugă fenomene de eczematizație, lichenificație, infecții secundare și o adenopatie inghino-crurală aflegmatică.

După gravitatea afecțiunii deosebim 2 varietăți: mitis și agria.

4. În etiologia afecțiunii, în concepția actuală se încriminează stări autotoxice și stări de sensibilitate, în care se implică noțiunea de idiosincrazie, anafilaxie și turburări în echilibrul endocrin-simpatic și cortegiul simptomatic al șocului coloido-hemoclastic.

5. În patogenia prurigo-ului școala franceză susține prioritatea pruridului și apariția în mod secundar a papulei tipice, iar școala germană din contră, susține apariția primătivă a papulei de prurigo și consecutiv pruritul, provocat de aceasta. Nici una din aceste două doctrine nu aduce argumente decisive, în cât problema rămâne deschisă.

6. Prurigo-Hebrae are o evoluție aproape înfinită, de cele mai multeori însoțind pe bolnav toată viața. Totuși, cazurile tratate la timp și cu o benignitate oarecare, se atenuează și chiar dispar în adolescență. Cazurile grave însă nu se prea pot influența și bolnavii aceștia de obicei nu ajung la vârstă adultă, prin faptul că rezistența lor este mult scăzută față de infecțiunile intercurrente.

7. Ca tratament, în spiciul Cliniceii Dermato-venerice din Cluj, rezultatele terapeutice cele mai bune s'au obținut prin băi sulfuroase (Sol. Wlemingkz), fricțiuni cu ungt. Helmerich și Wilkin-son, iar intern cu untură de pește, tablete poliglandulare și autohemoterapie.

8. În Clinica Dermato-venerică din Cluj, în anii 1919—1932, s'au înregistrat 239 de cazuri de prurigo, dintre cari 158 bărbați, 81 femei, internați fiind în serviciul Cliniceii 64 bolnavi.

Statistica noastră nu este concludentă pentru o frecvență mai mare a afecțiunii în anotimpurile reci, numărul de cazuri prezentând o repartizare aproape egală în toate anotimpurile.

Văzută și bună de imprimat.

Președintele tezei:
Prof. C. TĂTARU.

Decanul Facultății:
Prof. Dr. GH. MARTINESCU.

Bibliografie.

- Bernhardt R.*: Zur pathogenie der Prurigo. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 57—1901.
- Besnier-Brocq-Iacquet*: La pratique dermatologique. Tome IV 1904.
- Bettman*: Bemerkungen über Prurigo. W. M. W. Nr. 6—1925.
- Brack W.*: Über die Hämoklasie und ihre Bedeutung für die Ätiologie und Pathogenie der Prurigo. Arch. f. Derm. und u. Syph. Bd. 144—1923.
- Brocq L.*: Clinique Dermatologique 1924.
- Brocq L.*: Précis Atlas de Pratique Dermatologique 1921.
- Cimoca V.*: Contribuțiuni la tratamentul cu untură de peste, administrată prin injecții intramusculare. Clujul Med. 1923.
- Civatte A.*: Formes clinique et pathogenie des prurigos. Rapp. Congr. Derm. Langue franc. Paris 25—27. VII. 1929. Ref. Ztbltt. Bd. 36—1931.
- Civatte A.*: Prurigos et grattage. Ann. de dermat. et de syph. 1926.
- Darier I.*: Précis de Dermatologie 1928.
- Dybosky T.*: Eigenblutbehandlung bei prurig. Hauterkrankungen. Ref. Ztbltt. Bd. 7, 1923.
- Finger E.*: Lehrbuch der Haut u. Geschl. 1907.
- Fox Colcolte*: Prurigo-Hebrae. Ref. Arch. f. Derm. und Syph. Bd. 112—1912.
- Gans O.*: Histologie der Hautkrankheiten Bd. I.
- Gaucher E.*: Maladies de la peau 1920.
- Gawalowski K.*: A propos de radiothérapie du prurigo. Rapp. Congr. Derm. Langue franc. Paris 25—27 VII, 1929.
- Guerrero, Mariano*: Über zwei Fälle von Hebrascher Prurigo hereditär-luetischer Ursprung. Ref. Ztbltt. Bd. 7, 1922.
- Hoffmann E.*: Die Behandlung der Haut u. Geschl. 1923.
- Jacobi-Zieler*: Handbuch und Atlas der Haut u. Geschl. 1924.
- Jadassohn*: Handbuch der Haut u. Geschl. VI—1, 1927.
- Leszenzynski*: Prurigo Hebrae agria mit Insulin behandelt. Ref. Ztbltt. Bd. 19—1926.
- Matzenauer R.*: Handbuch der Hautkrankheiten von Mrazek Bf. 2—1905.
- Müller E.*: Konstitutionelle Einfüsse bei Prurigo. Derm. Wschrft. Bd. 69.

- Nicolas, Galé, Dupasquier*: 2 cas de prurigos rebelles, guéris, par l'autohémithérapie. Ann. de dermat. et syph. Nr. 3—1921.
- Pautrier-Ulmo*: Amélioration prononcée par le traitement spécifique de deux cas de prurigo de Hebra. Bull. de la soc. franc. de dermat. et de syph. nr. 9—1927.
- Rost G. A.*: Hautkrankheiten 1926.
- Samck*: Prurigo-Hebrae. Ztbltt. Bd. 40—1932.
- Schäffer*: Therapie der Haut u. Geschl. 1929.
- Spielhoff B.* Prurigo Hebrae bei einem 60 jährigen Manne. Ztbltt. Bd. 18—1925.
- Sergent-Ribadeau-Dumas-Babonneix*: Traité de Pathologie médicale et de Thérapeutique appliquée (Dermatologie) Tom. XXI.
- Wolff-Moltzer*: Lehrbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten: Bd. II, 1914.

