

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I” DIN CLUJ
Facultatea de Medicină.

No.

Psoriaza pustuloasă

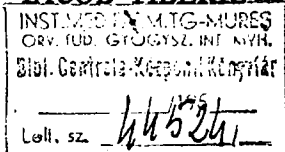


DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE Iunie 1937.

23 MAY 2005

DE

IACOB TIBERIU



CLUJ

TIPOGRAFIA NAGY, STR. I. G. DUCA No. 8.
1937.

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Decan: Domnul Prof. Ioan Drăgoiu

Profesori:

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

JURIUL DE PROMOȚIE:

Președinte: Domnul Prof. Dr. *C. Tătaru*

Membrii: { Domnul Prof. Dr. *V. Papilian*
 " " " *M. Kernbach*
 " " " *V. Bologa*
 " " " *G. Benetato*

Supleant: Domnul Doc. Dr. *I. Gavrilă*

Psoriaza pustuloasă.

Istoricul.

Psoriaza cu numeroasele ei forme, care s'a manifestat destul de frecvent în trecut, dar fără a fi identificată, continuă și în zilele noastre a fi una din dermatozele care pentru medicină constituie o problemă nerezolvată încă pe deplin. Această maladie care este atât de rebelă la tratamentele pe cari azi medicina le are la îndemână, continuă și în zilele noastre a fi una din dermatozele căreia i se acordă o importanță din ce în ce mai mare. Psoriaza are are manifestări variate și foarte interesante, dar despre acestea lumea medicală din trecut avea cunoștințe suficiente. Erau destul de bine cunoscute formele psoriazei vulgare, de asemena și varietățile acestei maladii de piele. Despre psoriaza palmară și plantară, artropatică, ostracee, fără a mai menționa formele clinice ale psoriazei vulgare, s'au scris tratate întregi de numeroși autori și nu este locul de a face istoricul acestora, deoarece ar trebui să facem aproape istoria medicinei din ultimele două veacuri.

Psoriaza pustuloasă — o formă mai nouă a psoriazei vulgare — începe a fi cunoscută numai pe la începutul secolului XX., când dermatologul german *Zumbusch*, prin anul 1909 a descris-o pentru prima oară. Cu această dată încep să apară cazuri descrise și de numeroși alți medici din altă țări. Totuși, *Kaposi* a observat câteva cazuri de psoriază supurată sau pustuloasă cu mult timp mai înainte de *Zumbusch*, iar *Hallopeau* și *Lumierre* în Franța, au observat cazuri asemănătoare încă de prin anul 1901, când au descris o formă buloasă și rupoidă a psoriazei. Era vorba în aceste cazuri mai mult de o formă nouă, specială,

decât de o varietate cu etiologie diferită de cea a psoriazei comune sau vulgare.

Psoriaza pustuloasă cu manifestările ei destul de variate, a făcut pe autori să distingă acestei varietăți mai multe forme. Astfel, *Kissmeyer* a fost primul dintre autori, care descrie psoriazei pustuloase 3 forme. *Kaposi* a observat cazuri în cari o medicațiune mai energică asupra pielei a provocat aparițiunea psoriazei pustuloase, care se manifestă prin eflorescențe pustuloase nenumerate. Observându-se de numeroși autori că adeseori formei pustuloase îi urmează aparițiunea crustelor groase, neregulate, *Neumann* arată transformarea psoriazei pustuloase în rupea crustoasă. De asemenea *Gougerot* a observat succedarea elementelor micro-circinate de tip *Idashon* unei psoriaze pustuloase. *Smelow* a descris mai târziu psoriaza rupoidă foliculară, din cauza formării pustulelor cari își aveau ca sediu foliculii piloși. *Shields* a publicat încă de prin anul 1899, în America un caz de psoriază varioliformă și nu pare exclus ca acest caz să fi fost o psoriază pustuloasă necunoscută și nebănuită.

Kedon și *Jaquemaire* au descris forme unde pustulele caracteristice psoriazei pustuloase sau supurate au apărut în mod secundar pe alte maladii de piele, mai ales eritrodermii și de cele mai multe ori aceste cazuri erau mortale. De altfel, *Nobl* a remarcat coexistența unui panarițiu cu o psoriază pustuloasă. În urma acestui fapt numeroși autori au admis că la bolnavii cari au o infecție piococică, este foarte naturală asociațiunea unei psoriaze pustuloase cu infecțiunile piococice, iar *Zapala* a tras concluzia, că în astfel de cazuri ar fi vorba de complicațiuni septice cari sau grefat pe o dermatoză, Deci, în acest caz psoriaza pustuloasă ar fi numai un epifenomen în raport cu un proces infecțios. Desigur că această explicațiune nu este verosimilă pentru toate cazurile, dar aduce o contribuție foarte importantă la explicarea apariției psoriazei supurate în mod secundar după alte dermatoze. Este cu atât mai importantă această observațiune, cu cât s'a remarcat că psoriaza pustuloasă apare și în mod primar, manifestându-se prin pustule sau micro-pustule, caracteristice și aparițiunea pustulelor ar fi anterioară apariției scuamelor psoriazice.

Hallopeau a publicat un caz unde a avut impresiunea că apariția psoriazei pustuloase ar fi fost în legătură cu o seboree a pielii păroase a capului și afecțiunea a debutat prin o pitiriază a pielii păroase a capului care a progresat și nu după mult timp au apărut numeroase scuame groase psoriaziforme. *Schlafer* a remarcat un caz de psoriază pustuloasă, unde afecțiunea a debutat prin apariția pustulelor pe regiunile de elecțiune și apoi în mod progresiv au început să apară efflorescențe tipice de psoriază. Interesantă este observațiunea lui *Jordan*, care a semnalat apariția pustulelor psoriazice pe locul unde a fost practică reacția cu tuberculină a lui *von Pirquet*. Tot *Jordan* a menționat apariția elementelor pustuloase la un bolnav pe regiunile dorsale ale mânilor și picioarelor, precum și pe organele genitale externe. Numeroși alți autori au observat că elementele psoriazei pustuloase — pustulele sau micro-pustulele — apar pe regiunile pielii cari au fost iritate, și aceste iritațiuni ar avea un rol de chemare pentru psoriaza pustuloasă, fapte cari de altfel au fost foarte bine puse în evidență prin fenomenul lui *Koebner*. De asemenea s'a observat cum micro-abcesul lui *Sabouraud* și *Munro* în mod excepțional se transformă în colecțiuni purulente psoriazice mai voluminoase. Foarte mulți autori germani și francezi au descris forme de trecere între psoriaza comună și psoriaza care se manifestă prin apariția micro-pustuloasă. *Milian* și *Katchoura* au găsit că de obicei debutul unei psoriaze pustuloase se însoțește de ușoare ascensiuni termice, iar pustulele sunt situate în scuamele parakeratozice și la examenul bacteriologic al conținutului acestor pustule nu s'a pus în evidență nici un fel de microbi. Tot acești doi autori au observat că această formă de psoriază pustuloasă se menține numai câteva zile și apoi trece în forma unei psoriaze vulgare. Mai recent *Brocq* a semnalat faptul imortant că psoriaza pustuloasă debutează nu prin apariția elementelor pustuloase caracteristice, ci foarte adesea printr'un debut de vezico-pustule foarte fine. De sigur că psoriaza pustuloasă a fost o varietate independentă a psoriazei vulgare care s'a manifestat de multă vreme, dar autorii n'au bănuț că psoriaza are posibilitatea de a se manifesta

și prin elemente pustuloase, constituind o entitate morbidă aparte. *Nageli* a observat că microabcesele descrise de *Sabouraud*, ajung printr'un mecanism încă neexplicat la dimensiuni suficient de mari, încât să devină vizibile cu ochiul liber. Azi numeroși dermatologi celebri cu renume mondial ca : *Darier*, *Sabouraud*, *Gugerot*, *Milian*, *Vautrier*, *Ravaut*, *Sezary*, precum și numeroși autori germani ca : *Jadasohn*, *Spriz*, etc., sunt de acord în a admite că psoriaza pustuloasă constituie o varietate morbidă cu totul independentă de celelalte varietăți ale psoriazei și de cele mai adeseori această varietate este foarte gravă, — adesea mortală — fiind considerată ca 'una dintre bolile rebele cu cari dermatologii vechi și cei contimprani au de luptat.

În Clinica *D-lui Prof. Dr. C. Tătaru*, începând din anul 1919 și până în anul 1936 nu s'a semnalat nici un caz de psoriază pustuloasă verosimilă. În anul 1937 sa observat un caz tipic de psoriază pustuloasă care și în prezent este internat în Clinica Dermatologică și este în continuare de tratament. De altfel, cazurile de psoriază pustuloasă sunt destul de rare și de aceea de foarte multe ori numeroși autori au confundat-o cu alte dermatoze, carî îmbrăcând o formă morfologică destul de asemănătoare și parte și studiul asupra acestei varietăți are încă numeroase lacune.

Anatomia patologică.

Psoriaza pustuloasă apare de cele mai multe ori ca o afecțiune secundară, grefată pe terenul unei vechi psoriaze vulgare, dar aceasta nu exclude și posibilitatea de a se manifesta câteodată ca o afecțiune primară. *Zumbusch*, în primele cazuri observate și publicate a bănuit numai existența unei noi varietăți de psoriază, petrucă a exclus toate afecțiunile care erau foarte asemănătoare și în special afecțiunea numită impetigo herpetiform. Anatomia patologică a psoriazei pustuloase este foarte interesantă și în afară de micro-abcesele caracteristice, prezintă multe asemănări cu anatomia patologică a psoriazei comune, de aceea e necesar

să evidențiem caracteristica anatomo-patologică a psoriazei vulgare și după aceea să semnalăm diferențele ce le separă.

Leziunea principală a psoriazei este parakeratoza, care se traduce prin alterațiunea keratinizației ce se caracterizează prin disparițiunea stratului granulos și prin persistența în stratul cornos a celulelor cu nuclei turtiți. Această pătură celulară cornoasă formează scuama psoriazică, care poate fi mai puțin îmbibată cu grăsime ca în stare normală. Straturile cornoase formându-se continuu, se stratifică dând scuama psoriazică mai groasă și care prin gratajul metodic se desface prin clivaj destul de ușor în lamele. Scuama fiind uscată e ușor sfărâmicioasă, dând acel șgomot caracteristic de lumânare. Prin stratificarea acestor pături cornoase, aerul a putut pătrunde între aceste straturi, fapt ce face ca scuama psoriazică să aibă acea culoare lucioasă sifedide. Stratul mucos de obicei hipertrofiat constituind din punct de vedere anatomo-patologic acantoză, în acelaș timp însă papilele dermice sunt foarte mult alungite și iau aspectul cilindric și pot să se ridice atât de mult încât să fie separat de pătura cornoasă numai prin două trei rânduri de celule ale stratului bazal, care e foarte subțiat și care formează pelicula psoriazică. De aceea prin gratajul metodic după îndepărtarea scuamei, apare în evidență pelicula psoriazică cu aspect lucios, care prin îndepărtare produce o ruptură a papilelor și consecutiv hemoragia punctiformă cunoscută sub numele de fenomenul lui *Auspitz*. Alungirea papilelor caracterizează anatomo-patologic papilomatoza. Papilele și corpul lor sunt ușor edemațiate, iar vasele sanguine ce le traversează sunt dilatate și înconjurate de celule rotunde în număr mic. Descuamația și semnul șgomotului de lumânare se face prin friabilitatea lamelor cornate parakeratozice.

Parakeratoza, grație cărei epiderma nu este compusă decât din două straturi, nu este specifică psoriazei, dar este substratul descuamării. În psoriaza pustuloasă, pe lângă aceste caractere menționate, se găsesc caracterele specifice, micro abcesele, care o diferențiază în modul cel mai sigur. De altfel se observă aparițiunea cazurilor de psoriază pustuloasă în mod mai frecvent decât acum un deceniu și

jumătate, fiindcă diagnosticul se bazează îndeosebi pe caracteristicile anatomo-patologice, pe cari le prezintă această maladie.

Numeroși autori francezi și germani descriu psoriaza pustuloasă, care se manifestă mai frecvent sub forma unor micro-abcese pe care *Jadasohn* le numește psoriasis pustulosa microcircinata. *Gougerot* și *D-șoara Olga Eliascheff*, în anul 1932 fac o comunicare relativă la apariția psoriazei pustuloase, descriind anatomia patologică în mod detaliat a acestei afecțiuni. La examenul istologic, *Gougerot*, a găsit epiderma cu stratul cornos îngroșată mai mult în centrul palmei, la un caz ce prezenta o psoriază pustuloasă palmară de mai bine de 7 ani. Granuloza este foarte dezvoltată și conservată, dar pe unele locuri poate lipsi. Stratul mucos malpighian este ușor acantozic în regiunea pielei unde boala e mai caracteristică. Mugurii dintre papile sunt câteodată turtiți sau mai frecvent alungiți, prezentând în aceste cazuri o papilomatoză foarte accentuată. Celulele spinoase și-au păstrat filamentele lor de unire între ele și forma lor poligonală, dar cele mai multe sunt ușor edematoase și rotunjite. Celulele bazale în cea mai mare parte sunt cu mitoze puțin frecvente și unele sunt edematoase. Se observă însă pe secțiune un mic abces care este acoperit de un strat de celule de pături cornoase ce este lameloasă, și ușor ridicată. Fondul acestui abces este constituit din 2—3 rânduri de celule spinoase deformate, alungite, așezate pe corpii papilari, iar stratul bazal este în acest punct complet dispărut. Cavitatea astfel formată este plină de numeroase polinucleare, detritusuri celulare și câteva celule spinoase disociate. Abcesul central este anturat de numeroase cavități rotunde sau alungite de dimensiuni mici, cari sunt așezate în stratul spinos. Aceste micro-abcese conțin 3—15 polinucleare.

În dermă țesuturile corpului papilar sunt jur împrejur edemațiate, infiltrate cu celule rotunde și cu fibroblaste cari formează lanțuri în jurul vaselor dilatate. Restul corpului papilar nu este modificat, însă vasele sanguine sunt dilatate și pline de sânge. Un infiltrat foarte mic însoțește de obicei aceste vase. Khorionul este edemațiat, vasele sunt di-

latate dar pereții acestora sunt normali. Glandele sudoripare sunt normale și foarte numeroase.

Se poate rezuma că ceea ce este caracteristic la această formă este hiperkeratoza lameloasă parțială cu psorakeratoză, acantoză, abcese intracorneene și intraepidermice, dilatarea vasculară și un ușor infiltrat perivascular compus din limfocite și fibroblaste.

Kojouharoff a relatat un caz de psoriază pustuloasă, care se manifesta prin microabcese foarte superficiale situate în scuama psoriazică. *Musger* a comunicat un caz de psoriază pustuloasă, care a apărut pe pielea păroasă a capului, după un puseu febril cu ascensiuni termice de 40°C. *Seier* a observat un caz de psoriază pustuloasă ce a apărut la o fată de 12 ani, care suferea de o psoriază vulgară de mai bine de 3 ani. *N. Wrong* mai recent a publicat un caz văzut de *Mc. Leod* unde pustulele caracteristice psoriazei pustuloase au apărut pe regiunea palmară, confundând o mult timp cu o dermo-epidermită streptococică sau cu o examă infectată. *N. Wrong* în cazul sus menționat gândindu-se la posibilitatea unei epidermo-micoze a făcut cercetări numeroase pentru depistarea trichofitonului sau a altor ciuperci, dar fără nici un rezultat. Microabcesele psoriazei pustuloase de obicei cu greu sunt vizibile cu ochiul liber, depistându-se precis mai mult prin examenul isto-patologic al leziunilor.

Ceea ce este foarte caracteristic pentru psoriaza pustuloasă este așezarea foarte superficială a microabceselor. Se evidențiază la microscop stratul cornos, care e foarte îngroșat prin parakeratoză și din loc în loc numeroase microabcese. Granuloasa este discontinuă. Corpul mucos al lui *Malpighi* este hipertrofiat, iar mugurii interpapilari sunt fie turtiți fie alungiți. Deasupra vârfurilor papilelor, stratul bazal este subțire și turtit. În numeroase puncte ale păturii superioare ale papilelor se evidențiază numeroase mici cavități, cari sunt caracteristice psoriazei pustuloase - microabcesele. În alte puncte celulele stratului spinos sunt disociate, formând o cavitate plină cu fibrină, polinucleare, resturi celulare și multe celule spinoase. *Gougerot* susține că aceste cavități

ar fi abcese intraepidermice. Corpii papilari sunt edematiți, iar vasele sanguine dilatate.

Mai recent, *Darier*, *Sabouraud*, *Pautrier*, *Ravaut*, *Clement*, *Simon*, susțin că psoriaza pustuloasă este o entitate morbidă cu caractere bine diferențiate față de psoriaza comună sau vulgară. Ei susțin că în psoriazele pustuloase tipice, ca și în formele rupoidale, în aparență pur lameloase, se observă totdeauna o exudație, care adesea este destul de abundentă, iar pe lângă aceasta o hiperplazie foarte evidentă a corpiilor mucoși. În afară de caracterele tipice se observă o exocitoză activă. *Nobl* susține că polinuclearele formează grupe mai importante, constituind adesea abcese de dimensiuni variate. Unele ajung la mărimea unor abcese miliare și chiar mai mari, așezate la limita dintre corpul mucos și stratul parakeratozic. Dar localizarea abceselor e mai frecventă după *Sezary*, *Milian*, și *Gougerot* în stratul parakeratozic. *Milian* și *Katchoura* au făcut examenul histologic al leziunilor psoriazei pustuloase și au pus în evidență pustulele, cari erau localizate în scuamele parakeratozice și la examenul microscopic n'au reușit să pună în evidență în microabcese nici un microorganism. *Benassi* crede că formele umede ale psoriazei ar fi într'un raport până acum neclarificat cu o stare generală a organismului profund alterată. *Schields* a publicat un caz de psoriază pustuloasă apărută la o fetiță de 9 ani, care era bolnavă de mai bine de doi ani de o psoriază comună. La examenul microscopic făcut, a constatat în centrul scuamelor o cavitate plină cu un dop gălbui, iar în alte cavități a găsit o mică colecție purulentă, ce prezenta în centrul leziunii pustuloase o depresiune asemănătoare unei veritabile ombilicări, de aceea el i-a dat numele de psoriază varioliformă. *Neumann*, prin gratajul metodic al scuamelor psoriazice, a pus în evidență mici colecțiuni alburii lenticulare, turtite și vârâte în profunzimea straturilor parakeratozice. *Gougerot*, a observat elemente microcircinate de tip *Jadasohn* care ar urma după evoluția pustulelor psoriazice. În formele hemoragice se observă în cavitățile caracteristice psoriazei o mică cantitate de plasmă și numeroase globule roșii, iar examenul microscopic până azi repetat de nenumărate ori,

n'a pus în evidență nici un fel de germeni. De altfel *Sa-bouraud* încă de mult timp a remarcat că leziunile micro-pustuloase ale psoriazei pustuloase, au o durată foarte efemeră. Numeroși autori au pus în evidență în leziunile pustuloase, manifestate pe tegumente și care imitau aproape perfect leziunile pustuloase ale psoriazei pustuloase, ciuperci ca epidermofiton, microsporon, tricofiton, ectotrix, etc. În aceste cazuri, numai observarea foarte amănunțită din punct de vedere histo-patologic al leziunilor a putut să arate eroarea de diagnostic, ce se poate întâmpla oricui.

Psoriaza pustuloasă este o maladie al cărei diagnostic cere mult spirit de observare, o experiență îndelungată în domeniul dermatologiei, cere mai ales vervă științifică foarte accentuată. Numeroși autori, atunci când s'au descris primele cazuri de psoriază pustuloasă, s'au lăsat induși în eroare și poate și datorită sugestiei, au descris cazuri cari numai în aparență aveau aspectul de psoriază pustuloasă, dar în realitate erau boli cari aveau o etiologie cu totul diferită de aceea a psoriazei, deși aspectul morfologic imita perfect leziunile psoriazei pustuloase.

Forme clinice.

Zumbusch în primele două cazuri descrise prin anul 1909 a arătat că psoriaza pustuloasă poate surveni în mod secundar pe un organism afectat de mai multă vreme de o psoriază comună. În cazurile lui *Zumbusch*, psoriaza pustuloasă a apărut sub forma unor placarde așezate în mod neregulat pe suprafața tegumentelor, fiind însoțite de o ascensiune febrilă până la 40°C. cu stare generală foarte alterată, deși la examenul medical nu s'a constatat nici-o alterație a organelor interne. Această formă debutează cu simptomele unei septicemii și de cele mai multe ori sfârșitul e letal. Altădată psoriaza pustuloasă apare localizată pe regiunile extensorice ale membrelor superioare și inferioare și pe regiunile de extensiune ale corpului, iar în câteva cazuri leziunile caracteristice erau focalizate numai pe

regiunile palmo-plantare. *Kissmeyer* descrie trei forme ale psoriazei pustuloase :

1. Forma acută febrilă,
2. Forma hemoragică cu o localizare predilectă palmo-plantară, și
3. Formă benignă generalizată recidivantă.

Această clasificare nu este însă admisă de toți autorii, fiind cam artificială, fiindcă de obicei formele sunt amestecate și dintre diferitele forme menționate, sunt o serie de forme de tranziție.

Fiecare din aceste forme pot să apară fie în mod secundar pe terenul unei psoriaze cronice, fie ca o infecțiune primară, când de obicei simptomatologia este mai accentuată, iar prognosticul mai grav.

Pentru a face o schematizare, vom urma clasificarea lui *Kissmeyer*, care are avantajul de a fi încă acceptată de majoritatea autorilor în prezent.

Zumbusch a descris în mod clasic forma benignă generalizată recidivantă, la un bolnav suferind de o psoriază cronică. Apare fără vre-o cauză apreciabilă un puseu acut, care începe de obicei cu ascensiuni febrile de peste 40°C.. după ce psoriaza comună pe care bolnavul o prezenta, a recidivat de mai multe ori. Starea generală era foarte alterată și totuși examenul medical obiectiv era negativ. Până la această dată psoriaza comună de care suferea bolnavul nu prezenta nimic deosebit, dar deodată apar teritorii întinse roșii, eritematoase, neregulate pe pielea feței sau pe pielea altor regiuni, și totdeauna apare deodată pe mai multe teritorii ale tegumentelor. Pielea în regiunile afectate devine roșie-vie, imitând foarte bine culoarea Scharlackului. este întinsă și lucioasă prezentând o tumefiere pronunțată, fiind mai uscată decât pielea normală. La apăsare pielea este sensibilă și prin palpate mai accentuată bolnavii acuză dureri intense. După câțva timp, care este foarte variabil, chiar după câteva ore, apare o serie de pustule minuscule cu un conținut galben purulent, puroiul având o consistență accentuată. Aceste pustule se caracterizează prin sediul lor, care este foarte superficial. În cele mai frecvente cazuri numărul leziunilor pustuloase crește foarte rapid, cuprinzând

teritorii întinse ale tegumentelor. Pustulele sunt foarte mici, cele mai multe fiind solitare, însă au o tendință foarte pronunțată de a conflua, formând niște leziuni pustuloase de mărimea unei monede. Conținutul pustulelor este steril. În câteva zile conținutul pustulelor apărute printre cele dintâi se elimină, pustulele se crustifică, iar pielea începe să se acopere în mod continuu și treptat cu cruste umede, lameloase, ce acopăr leziunile pustuloase. Crustele acestea au de obicei o culoare roșie-brună. În alte locuri epiderma se ridică, evidențiind suprafațe roșii-erosive. La marginea placardelor formate din leziunile pustuloase, apar noi leziuni pustuloase, iar roșeața ocupă toată suprafața tegumentelor. Bolnavii prezintă în acest stadiu o stare generală foarte alterată, acuză dureri intense la orice mișcare și prezintă concomitent limba încărcată-saburală. În unele cazuri această stare ține timp mai îndelungat, iar în alte cazuri ține numai câteva zile. *Zumbusch* a observat că pustulizația poate să reapară din nou după un timp variabil și caracteristic e faptul că ea apare mai întotdeauna pe aceleași teritorii pe cari a apărut anterior, sau între erupțiile vechi și cele noi sunt remisiuni cari durează dela câteva zile la câteva săptămâni. Terapia în aceste cazuri pare a nu avea nici un rezultat aparent.

După o perioadă de timp foarte variabilă, temperatura scade, starea generală devine bună, eritemul dispare și se prezintă o descuamație generală difuză. În această perioadă, tegumentele sunt uscate, de culoare roșie-brună, pe unele locuri culoarea fiind roșie-vie, iar pielea prezintă o infiltrație și se acoperă cu numeroase scuame uscate, de culoare albă-sidemie, cu un cuvânt procesul prezintă în acest stadiu, aspectul unei psoriaze tipice. În această fază a boalei, tratamentul aplicat fiind acela al unei psoriaze vulgare, se observă după o durată de timp mai scurtă sau mai lungă, apariția a noi leziuni cari apar sub forma unui nou puseu. Apariția acestui nou puseu de leziuni psoriazice pustuloase, poate să fie concomitentă cu ascensiuni febrile iar pustulele în marea lor majoritate apar sub aspectul unei psoriaze punctate.

În majoritatea cazurilor pustulizația apare la psoriaza

inveterată, cu leziuni elementare, excluzându-se în mod definitiv ipoteza că ar fi cazul unei psoriaze vulgare suprainfectate prin stafilococi, cu atât mai mult cu cât s'a observat de numeroși autori că pustulele caracteristice psoriazei pustuloase, se transformă în scuame psoriazice tipice. În aceste cazuri se poate admite că leziunile pustuloase ce apar, constituie o cauză localizatoare pentru viitoarele leziuni psoriazice, prezentând un fenomen foarte asemănător cu fenomenul lui *Köbner*.

Zumbusch, în unul din cazurile prime studiate, a observat că la bolnavul, unde pustulizația a apărut numai o singură dată, a fost urmată de moarte, iar la autopsie s'a constatat moartea prin embolie pulmonară. În afară de aceasta nu s'a găsit nici o altă cauză. De altfel sunt cazuri numeroase benigne, unde psoriaza pustuloasă se transformă după evoluție într'o psoriază comună, însă aceasta nu exclude posibilitatea de a exista și forme generalizate recidivante cu cazuri unde prognosticul poate fi fatal.

O altă formă a psoriazei pustuloase este forma acută febrilă. Psoriaza pustuloasă se poate manifesta în aceste cazuri ca infecțiune primară, la un bolnav ce până la acea dată nu mai suferise de o formă a psoriazei.

În aceste cazuri dela început apar pe tegumente numeroase leziuni pustuloase, grupate, aglomerate, formând plăci sau placarde variabile ca mărime și formă. În același timp starea generală a bolnavului este alterată în mod profund. Concomitent cu aparițiunea leziunilor pustuloase, care se manifestă în mod fudroyant, apare și ascensiune termică foarte înaltă. Ascensiunea febrilă poate prezenta o curbă, care să se mențină continuă ridicată sub forma unei febre în platou, sau febra prezintă numeroase remisiuni și ascensiuni, fiind între ele o diferență de 1—2°C. În acest din urmă caz febra are un caracter septic. *Nageli*, care a observat această formă, a constatat că în jurul pustulelor se prezintă un halo inflamator, de culoare roșie eritematoasă, accentuată și simultan pielea din jurul leziunilor prezintă un edem inflamator exprimat. Uneori se întâmplă că puseul de pustule cari apar în mod simultan. să nu fie însoțite de

o febră ridicată, ci numai de o stare subfebrilă, dar în aceste cazuri și fenomenele inflamatorii locale sunt mai puțin exprimate.

Aceste eflorescențe au o durată mai lungă sau mai scurtă și această formă acută febrilă se poate transforma în forma benignă generalizată recidivantă, când se observă că leziunile pustuloase izolate la un moment dat au tendința de a se uni, formând leziuni pustuloase cari, în unele cazuri pot ajunge până la diametrul de 5—6 cm. Aspectul acestui exantem este diferit, variind după regiunile pe cari le afectează.

Scherber descrie un caz unde, la un bolnav suferind de o psoriază pustuloasă, a apărut și un panarițiu, mai ales că pustulele psoriazice erau prezente în număr mare și pe degete.

Zumbusch a arătat că într'un caz observat de el, exantemul pustulos a apărut numai o singură dată și a fost urmat de moarte.

Când leziunile pustuloase au o evoluție normală, ele se crustifică și acestei faze îi urmează a descumație a tegumentelor. De multe ori însă, pe baza pustulelor psoriazice se formează leziuni mai mari și mai profunde de tipul leziunilor piodermice sau câteodată de tipul furunculilor.

Sunt însă și leziuni psoriazice pustuloase, cari se infectează prin gratajul bolnavilor și sgârăieturile produse dau posibilitatea unei infecțiuni secundare cu stafilococi sau streptococi, dar aceste cazuri sunt foarte rare. În cazul când se infectează leziunile pustuloase cu piococi, se poate produce o imunitate relativă a pielii psoriazice față de piococi. Azi toți autorii sunt de acord, că atât conținutul microabceselor pustuloase, cât și al pustulelor vizibile este steril.

Kissmeyer a mai descris a treia formă a psoriazei pustuloase, forma hemoragică cu localizare predilectă palmo-plantară. Această formă a psoriazei pustuloase este însă foarte rară și când se manifestă, poate cuprinde în afară de regiunile palmo-plantare și alte regiuni extensorice, îndeosebi pe cele ale coapsei și gambei. În această formă apar numeroase leziuni papulo-veziculoase, cari la început au un conținut hemoragic. Leziunile sunt solitare dar au o tendință

de grupare, formând pe alocurea plăci sau placarde variabile ca formă și mărime. Localizarea predilectă a acestei forme este însă regiunea palmară și fața palmară a falangelor, de asemenea regiunea plantară cu fața plantară a degetelor.

Pielea în jurul acestor leziuni prezintă o culoare roșie eritematoasă și o infiltrație difuză foarte exprimată, iar uneori un edem accentuat.

Nageli a observat că uneori această formă hemoragică apare ca leziuni premergătoare unei psoriaze pustuloase, mai ales când bolnavii prezintă o predispoziție pentru infecțiunile piococice, care de obicei e câștigată fie prin diabet fie prin nefrită.

Kissmeyer a diferențiat aceste forme, dar foarte rar ele se găsesc cu caracterele lor specifice, fiindcă de cele mai multe ori aceste forme sunt amestecate și se pot transforma una în alta, mai ales forma acută febrilă se transformă în forma benignă generalizată recidivantă.

Asupra psoriazei pustuloase sunt discuții și astăzi pentru că sunt autori ca de ex. *Zapala*, care crede că psoriaza pustuloasă n'ar fi o entitate morbidă, ci ar fi vorba numai de complicațiuni septice grefate pe o dermatoză. În acest caz psoriaza pustuloasă ar fi numai un epifenomen în raport cu un proces infecțios secundar.

Observațiunile a numeroși autori au arătat însă, că pustulele au apărut anterior dezvoltării unei dermatoze și mai ales anterior formării scuamelor psoriazice.

Hallopeau a publicat un singur caz, unde i s'a părut, că dezvoltarea psoriazei pustuloase ar fi fost legată de o seboree a pielii păroase a capului. Afecțiunea a debutat prin o pitiriază a pielii păroase a capului, ce a progresat și după câțva timp a apărut o pătură groasă de scuame psoriaziforme, iar la scurt interval de timp a apărut o erupție papulo-pustuloasă abundentă care a cuprins în mod rapid toată suprafața tegumentelor, erupția fiind însoțită de apariția câtorva fenomene generale. Elementele ar fi fost constituite mai ales prin papule de culoare roșie-brună, fără scuame, dar centrate de un punct cenușiu, deci o mică pustulă de mărimea unei gămălii de ac.

Sunt descrise forme unde microabcesele lui *Sabouraud* se pot transforma prin mecanism particular în abcese voluminoase. *Kapoși* și *Hallopeau* au observat cazuri unde leziunile psoriazei bănuite ca pustuloase puteau ajunge la mărimea unor vezicule, alte ori la mărimea unor bule. În alte cazuri leziunile prezentau o exudațiune foarte pronunțată, manifestându-se pe un teren diabetic, consecutiv unei psoriaze vulgare anterioare. *Nageli* deasemenea a observat cazuri când microabcesele lui *Sabouraud* ajungeau la dimensiuni destul de mari, devenind manifeste și macroscopic.

Diagnosticul și diagnosticul diferențial.

Diagnosticul psoriazei pustuloase ce apare în mod secundar unei psoriaze vulgare, este ușor de făcut. De asemenea diagnosticul se pune relativ ușor în faza psoriazei pustuloase, în care pustulele se transformă în cruste și scume caracteristice psoriazei comune. De obicei întotdeauna în calea diagnosticului se ivesc rar greutăți, când scuamelor sau crustelor psoriazice, au premers leziunii pustuloase se află și eflorescențe scuamoase psoriazice. În aceste cazuri, prin gratajul metodic și prin fenomenul lui *Auspitz*, diagnosticul se face ușor, mai ales cândcoexistă și aspectul morfologic al leziunilor psoriazice tipice.

Diagnosticul întâmpină serioase dificultăți atunci când nu există nici una din posibilitățile de mai sus. *Nageli* indică în asemenea cazuri, examenul histopatologic. Mai ales când erupția pustulelor psoriazice se face în mod primar, fără antecedente pozitive, diagnosticul e foarte greu de făcut.

În toate cazurile, când leziunile psoriazei pustuloase sunt numai bănuite sau când prezintă aspectul morfologic atipic, se va proceda la examenul histopatologic. Prin examenul microscopic se va evidenția în marea majoritate a cazurilor microabcesul lui *Sabouraud*, cu toate caracteristicile lui specifice. În cazurile când totuși există îndoieli se va face examenul bacteriologic al conținutului din microabces sau pustula vizibilă cu ochii liberi, care totdeauna este negativ în ceea ce privește aflarea vreunei specii de micro-

organisme. Dacă însă coexistă cu leziunile pustulelor psoriazice și alte afecțiuni tegumentare piococice, atunci nu este exclusă posibilitatea de a găsi piococi în conținutul microabcesului lui *Sabouraud*, a căror prezență însă e un indiciu sigur că leziunile pustuloase ale psoriazei s'au infectat în mod secundar.

Urmând aceste posibilități, chiar când forma psoriazei pustuloase prezintă unele caractere atipice, diagnosticul se va face relativ greu, dar totdeauna precis.

Diagnosticul diferențial. al psoriazei pustuloase, întâmpină în câteva cazuri dificultăți din cauza aspectului morfologic foarte asemănător cu alte dermatoze, cu etiologie și patogenie cu totul diferită.

Zumbusch observând primele cazuri de psoriază pustuloasă, a fost înclinat a crede că ar fi fost posibil ca maldia să nu fie ceva neobișnuit, ci poate o dermatită „ab acribus”. La fel se poate confunda psoriaza cu o dermatită, dar în aceste cazuri dermatitele prezintă și vezicule seroase, ceea ce nu se găsește la psoriaza pustuloasă. De asemenea unele substanțe iritante pentru piele ca spre ex. oleul de croton poate produce pe piele vezicule și pustule dar antecedentele sunt revelatoare.

Psoriaza pustuloasă seamănă foarte bine cu impetigo herpetiform. Această asemănare e atât de mare încât acei cari au văzut numai odată un impetigo herpetiform, văzând o psoriază pustuloasă le pot ușor confunda. Dar în cazurile de impetigo herpetiform diagnosticate în mod precis, sunt interesate femeile gravide sau lehuzele și apariția unui impetigo herpetiform nu e însoțită de ascensiuni febrile. Un alt caracter specific apariției unui impetigo herpetiform, este debutul afecțiunii, care de obicei începe în regiunea organelor genitale de unde se extinde, ceea ce nu corespunde psoriazei pustuloase.

Diagnosticul diferențial se face în raport cu un eritem septic pentru că erupțiunea psoriazei pustuloase prezintă ascensiuni febrile.

Diagnosticul diferențial al psoriazei pustuloase e foarte dificil în raport cu acrodermatita cronică supurativă con-

tinuă a lui *Hallopeau*, în cazul unei psoriaze pustuloase primare cu pustulele vizibile cu ochiul liber. Dar acrodermatita supurativă se exclude prin lipsa exantemului, care este prezent la o psoriază pustuloasă primară. De altfel, *Nageli* crede că existența acrodermatitei este nesigură, pentru că ani de-a rândul observând această dermatoză, a constatat că ea poate să se transforme într'o psoriază pustuloasă veritabilă. De asemenea *M. Jessnen* susține ipoteza că e foarte posibil ca acrodermatita lui *Hallopeau* să nu fie altceva decât o psoriază pustuloasă regională.

Diagnosticul diferențial al psoriazei pustuloase se mai face în raport cu dermatozele papuloase și în special cu lichenul ruber plan, în perioada inițială a apariției acestei dermatoze, dar leziunile cu aspectul morfologic unde papulele au aspectul unor picături de ceară, de culoare albă-gălbue lucioasă, le diferențiază ușor. Pe lângă aceasta coexistă întotdeauna leziuni cu striile caracteristice ale lui *Wickham* vizibile foarte bine cu o lupă obișnuită.

Psoriaza pustuloasă se diferențiază net prin caracterele ei morfologice și prin monomorfismul leziunilor, de pitiriază rubră pilară, cu care uneori se confundă forma hemoragică a psoriazei pustuloase.

Cu sifilidele papuloase și cu sifilidele pustuloase diagnosticul diferențial este ceva mai dificil. Antecedentele bolnavului luate în mod amănunțit împreună cu coexistența cicatricii șancrului primar și cu infiltrația dură dela baza leziunilor, apoi scleradenita generalizată, fac să se deosebească destul de bine leziunile acestor două maladii. Foarte rar, când se confundă sifilidele cu psoriaza pustuloasă, atunci când manifestările secundare ale sifilisului au un caracter psoriaziform. *Audry* a observat un caz cu o veritabilă psoriază unea a papulelor sifilitice și diagnosticul e relativ dificil, când leziunile secundare sau secundo-terțiare sifilitice sunt scuamoase, fapt ce a făcut pe autori să le dea numele de sifilide psoriaziforme. Forma hemoragică a psoriazei pustuloase uneori se poate confunda cu pitiriază rozată a lui *Gibert*, când prezintă o ușoară purpură pe marginea elementelor.

Diagnosticul diferențial în raport cu diversele varietăți

ale parapsoriazei se face relativ ușor, ținând seama de varietatea parapsoriazei și de persistența leziunilor timp îndelungat, în timp ce leziunile psoriazei pustuloase de obicei persistă un timp relativ scurt.

Diagnosticul diferențial cu epidermomicozele e destul de ușor prin examenul la lumină al lui Wood, prin examenul microscopic al paraziților și prin intradermoreacțiunile făcute cu culturi filtrate, atunci când e o oarecare îndoială.

Uneori diagnosticul diferențial trebuie făcut chiar cu diferitele varietăți ale psoriazei, față de psoriaza pustuloasă, de obicei însă diferențele morfologice sunt destul de clare și diferențierea nu întâmpină dificultate.

În tot cazul observarea amănunțită, însoțită de o experiență îndelungată face ca diagnosticul psoriazei pustuloase față de celelalte dermatoze să se facă relativ ușor.



Tratamentul.

Psoriaza vulgară, cu toate varietățile ei, în general, și psoriaza pustuloasă în special, se comportă față de diversele medicațiuni într'un mod foarte variat, „capricios” după *J. Margurot*. De aceea se explică și tratamentele variate care au fost la modă altădată și cari au entuziasmat pe medici aducând după câțva timp destule deziluzii. Medicina dispune de mijloace terapeutice foarte eficace, când se urmărește ca să se vindece leziunile prezente la un bolnav, dar medicii se găsesc în situații delicate, când este vorba de vindecarea psoriazei în mod definitiv, fără recidive.

Tratamentul este de două feluri: intern-general și extern sau local.

Tratamentul general sau intern: chimoterapia, vaccino-terapia, seroterapia, proteino-terapia, opoterapia și dietetica. Chimioterapia a utilizat și utilizează arsenicul sub forma licorii lui *Fowley* sau *Pearson*. Din lic. *Fowley* se dă bolnavilor doza inițială de 6—10 gutte la zi, luată de 3×2 gutte pe zi și urcându-se zilnic până la 3×10 gutte. De asemenea au fost utilizate și injecțiunile de arsenic, ca arrhenalul sau cacodilatul de sodiu preconizate de *Danlos*, care indica doze masive. De asemenea acetylarsanul a fost utilizat de *Audry*. Mercurul utilizat per os ca licoarea lui *Donovan-Ferrari*, ca și calomelul a dat rezultate, leziunile puseului reducându-se, dar recidivau. *Haslund* a utilizat tratamentul intensiv cu iodura de potasiu, 15—20 gr. zilnic în diferite diluții, cu rezultate destul de bune, dar greu suportate de bolnavi. De asemenea bismutul sub forma unei asociații de bismut cu emeticul arsenical de piridină ce poartă numele de psotohanol dă rezultate foarte bune în injecții intravenoase, începând cu 1,05 cm³, dându-se 20—30 injecțiuni.

Auroterapia preconizată de *Toomey* apoi de *Ritter* cu triphal a dat unele vindecări și ameliorări însemnate. *Crisalbina* utilizată de numeroși autori între cari *Pautrier* și *Delline*, a dat rezultate însemnate. *Crooker* a încercat salicilatul de sodiu în doză de 15—20 cm³ în injecțiuni intravenoase repetate tot la 2—3 zile. Însă, după *Smith*, *Moloney* și *Schreiner*, rezultatele sunt inconstante și pot da complicațiuni serioase, ca tromboza venoasă și dermatitele exfoliante. De asemena sulful și manganul ar fi dat unele vindecări, dar numeroși autori nu le indică.

Vaccinoterapia se bazează pe utilizarea scuamelor psoriazice ca antigen. *Verselino* obține rezultate interesante prin injecțiuni cu scuame psoriazice sfărâmate. *Campbell* și *Forst* obțin albirea leziunilor prin injecțiuni, musculare tot la 2—4 zile cu o suspensiune alcoolică 1/100 scuame în alcool pur. *A. Toma* din Iași a redus scuamele psoriazice într'o pudră foarte fină, emulsionând-o în ser fiziologic, la care a adăugat formol în proporție de 0,25 la 100 cm³, ținând emulsia 48 de ore la 37°C. A evaporat formolul prin o nouă ținere a emulsiei la 37° timp de o săptămână și dă injecții la două zile câte 2—3 cm³.

Autohemoterapia și autoseroterapia utilizată de *Howard-Fox* s'au dovedit inutile.

Beyron, *Braunwell*, *Cova*, *Menault* și alții au utilizat opoterapia tiroidiană cu rezultate variabile. Numeroși alți autori au utilizat extractul ovarian, testicular, insulina, iar *Wattson* a încercat măduva csoasă fără rezultate însă. *Brock* obține rezultate mai bune utilizând preparate de thimus. *Brock* realizează iradiațiunea thimusulii, producând o excitațiune funcțională, care poate înlocui preparatele de thimus luate per os sau parenteral.

În psoriază se pare că dietetica dă rezultate încurajatoare. Regimul hipoazotat, prin suprimarea carnei, ouălor, de asemena diminuarea grăsimilor din alimentație până la 20 gr. zilnic, aduce dispariția eflorescențelor, cu condiția de a urma acest regim mai multe luni. Regimul cel mai indicat este cel vegetarian. *Lewin* și *Sivers* au obținut rezultate destul de bune prin regimul declorurat.

În Clinica Dermatologică din Cluj, de sub conducerea

D-lui Prof. Dr. C. Tătaru, s'a dovedit că arsenoterapia prin stovarsol în doze crescânde și injecțiunile de salicilat de sodiu date intravenos, aduc regresiuinea eflorescențelor și câteodată dau vindecarea leziunilor psoriazice din puseu.

Tratamentul local prin aplicarea diferitelor paste și unguente dă rezultate bune. Crysarobina este utilizată ca tratamentul de bază al psoriazei. Se începe cu doze 0,25 gr. în pastă zincată și se caută a se aplica cât mai profund în piele. Tot la 2—4 zile doza se urcă treptat cu 0,25—0,50 gr., ajungând până la 5—6 gr., făcându-se continuu controlul urinei pentru albumină. Rezultatele sunt admirabile, aducând înalbirea leziunilor după 2—3 săptămâni, care înalbire se consideră ca un rezultat echivalent vindecării leziunilor. Înainte de începerea acestui tratament facem examenul medical al cordului și al rinichilor pentru a preîntâmpina unele complicațiuni renale. Medicațiunea cu crysarobină trebuie supravegheată de aproape și se va întrerupe din timp în timp, când eritemul din jurul leziunilor este foarte accentuat. Crysarobina se poate asocia cu sulful, când acțiunea ei nu este atât de drastică. *Darier* a asociat-o cu acid salicilic.

Un alt extract gudronat este oleul de cad, utilizat în psoriaza rebelă și extinsă. *Balzer* l-a utilizat sub formă de băi calde în care vărsa 50 gr. oleu de cad. Se poate utiliza sub formă de liniment sau în stare pură, având avantajul unei eficacități reale și fiind bine suportat de bolnavi. *José Pieltain* a încercat injecțiunile intravenoase cu crysarobină, iar *Valette* a recomandat utilizarea unui medicament sintetic utilizat mai de mult de *Unna*, numit dioxyanthrol, care este apropiat de crysarobină. Acidul pirogalic are o activitate mai bună decât a crysarobinei însă și toxicitatea pentru organism este mai mare. Lezează rinichii, urina prezentând o culoare roșie-brună. El poate fi utilizat numai pe leziuni puțin extinse. Se utilizează de obicei sub forma de soluție într'un amestec de ether sulfuric și alcool, în părți egale, în proporție de 5 p. la 100 gr. Preparatele sulfuroase și cele mercuriale au o acțiune reductoare foarte exprimată față de leziunile psoriazice. Menționez — naftolul 1/10—1/20, rezorcina, emplastrul lui *Vigo* și emplastrul roșu al lui *Vidal*,

dar cari uneori produc iritațiuni și prin aceasta facilitează extensiunea leziunilor psoriazice.

Agenții fizici, ca razele ultraviolete, radium-terapia și roentgen-terapia utilizate și în zilele noastre au dat rezultate foarte bune. Trebuie să fim prudenți însă pentru a nu produce dermatite, cari sunt foarte rebele la tratamentele cunoscute până azi. Băile de soare sunt foarte eficace mai ales când sunt făcute în mod rațional.

Gregor a utilizat acidul acetic glacial, iar *Axman* zăpada de acid carbonic. Acestea însă se experimentează și azi, necunoscându-se rezultate apreciable pentru a fi luate în considerare. Prin toate mijloacele enumerate mai sus reușim să vindecăm leziunile psoriazice fie pustuloase, fie oricare varietate, dar nu reușim să facem să dispară în mod definitiv recidivele atât de frecvente ale psoriazei.



Observațiuni clinice asupra cazului de psoriază pustuloasă prezentat la Clinica Dermatologică din Cluj.

Bolnava G. H. în vârstă de 30 de ani, văduvă, se prezintă și intră în clinică la 14 Mai 1937.

Din antecedentele heređo-colaterale reese că tatăl bolnavei a murit de tuberculoză pulmonară. Are un frate sănătos. N'are copii. În antecedentele personale nu se constată nici o maladie. Menstruația a apărut la 16 ani, având durată 4—5 zile, era regulată dar în cantitate mică. Neagă avorturi și nașteri. De asemenea infecțiunile venerosifilitice și alte dermatoze. Boala ei de piele a început în sera zilei de 2 Mai a. c. cu frisoane și febră. Concomitent bolnava a observat că mâinile, picioarele, gâtul și capul s'au tumefiat. A acuzat un prurit foarte intens, iar în urma gratajului au apărut pe pielea corpului leziunile psoriazice. La scurt interval după apariția leziunilor psoriazice, tumefierea localizată la extremități a regresat.

Bolnava e mijlociu dezvoltată, însă slab nutrită.

Pielea. Diseminat pe întreaga suprafață a pielii, dar mai pronunțat pe membre, regiunea presternală, precum și pe spate, respectând întru câtva regiunea centurii, pliurile axilare, spațiile poplitee, palmele și plantele, se prezintă o erupțiune cutanată, în majoritate din niște eflorescențe eritematopapuloscumoase, de formă rotundă ovalară, de mărimi variabile dala o gămălie de ac până la mărimea unei monede și chiar mai mari. Sunt acoperite de scuame stratificate, albe sidonii, cari se detașează ușor ca o carapace, rămânând la bază o papulă eritematoasă, acoperită cu o membrană roșie lucioasă. Dacă detașăm această membrană se observă o hemoragie punctiformă. Majoritatea leziunilor

sunt anturate de un halo eritematos. În locurile predilecte menționate mai sus sunt confluate formând placarde întinse, cu margini policiclice, bine delimitate și anturate de o zonă eritematoasă. Pe antebrățe, în jurul gâtului, aceste placarde formează adevărate manșoane. Scuamele ce acopăr leziunile sunt foarte groase, stratificate, rupeide. După detașarea lor se observă o exudație remarcabilă. Pe abdomen, fețele interne ale gambelor unde erupțiunea este mai discretă, se găsesc o serie de leziuni cari diferă de tabloul morfologic, obișnuit la psoriază. Aceste eflorescențe sunt formate din niște pustule de mărimea unei gămălii de ac, cari sunt grupate și anturate de un eritem pronunțat. La leziunile mai avansate aceste pustule confluează, formând o bulă singuratică, cu conținut purulent. Mai târziu aceste bule se transformă în niște leziuni scuamo-crustoase rupeide.

În locurile unde erupția aceasta lipsește, mai ales pe abdomen, se observă un exantem scarlatiniform.

Fața și gâtul bolnavei sunt difuz eritematoase, infiltrate, edemațiate, prezintă o rigiditate și sunt acoperite cu scuame lameloase ușor detașabile. Vârful nasului și jurul gurei este respectat. Pleoapele în urma infiltrației nu se închid complet.

Pielea părăoasă a capului este de asemena îngroșată și acoperită cu scuame stratificate, ușor seboreice.

Subiectiv, bolnava acuză dureri și senzația de arsuri la cele mai mici mișcări.

Mucoasele sunt normale. Ganglionii din toate regiunile sunt ușor măriți ca volum, de consistență dură, mobili și prezintă sensibilitate la palpare.

Reacția *Bordet-Wassermann* nu s'a făcut, bolnava fiind febrilă. Albumină, puroi, zahăr în urină negativ.

Se pune diagnosticul de psoriază pustuloasă.

Bănuindu-se că această dermatoză survenită în mod primar, ar fi în legătură cu o insuficiență hepatică, se începe un tratament adecvat. Tratamentul instituit la 15 Mai a. c. se continuă și în prezent.

15/V. Se injectează intramuscular 10 cc. calciu gluconat.

16/V. Se injectează 10 cc. calciu gluconat i. m., iar per os se administrează tiosulfat de sodiu și cardiazol.

17—18/V. Idem. Febra se menține la 39,7°C. Se face tabloul sanguin ce dă următorul rezultat:

Hematii	---	---	---	4,390.000
Leucocite	---	---	---	19.000
Tabloul sanguin	---	---	---	polinucleare neutrofile 75%
				" eozinofile 4%
				" bazofile —
				limfocite 20%
				monocite 3%

Pe leziunile unde pielea prezintă fisuri, pe gât, mâini, picioare, până la genunchi, se face oncțiune cu oleu zincat. Bolnava este liniștită.

19—22/V. Febra bolnavei se menține la 39,8° 39,9°C. Se face oncțiune generală cu oleu zincat. Primește thiosulfat și cardiazol și 10 cc. calciu gluconat în injecție i. m.

Incepând cu data de 23/v se observă transformarea tabloului clinic într'o eritrodermie descuamativă.

22—24/V. Se încearcă o hemocultură dar nu reușește. Febra se menține. Se injectează 10 cc. calciu gluconat și se fac clisme, *Katzenstein*, cu ser glucozat.

25/V. Febra se menține la 39,9°. Injecție cu hepatic 2 cc. i. m.

26/V. Temperatura 38,8°, fața s'a desumflat.

27/V. Idem.

28—31/V. Idem. In 30/V. Febra a scăzut la 37,5, dar starea nu s'a ameliorat. Conjunctivele congestionate și văzul alterat. Bolnava vede ca prin sită. Fața s'a tumefiat din nou, pleoapele nu se pot închide. Pe față se face oncțiune cu unguent emolient.

1—3/VI. Fața s'a desumflat, temperatura 37,5, bolnava se simte mai bine, acuză dureri ale pielii în regiunile fesiere și dorsală. Primește tot la două zile Ca gluconat i. m. câte 10 cc., alternând cu injecții de hepatic. Pe tegumente oncțiune generală cu oleu zincat.

4—6/VI. Se continuă tratamentul anterior cu thiosulfat de sodiu și cardiazol per os. Se asociază cu pyridium, Ca și hepatic. In 5/VI. temperatura a scăzut la 37,5°, dar în

ziua următoare s'a ridicat din nou la 40°.

7—8/VI. Temperatura 39,4°, scăzând în 8/VI. la 37,8°. Se continuă tratamentul anterior. Pielea se descuamează în placarde întinse și se exfoliază deodată toată planta.

9—10/VI. Temperatura 38,7—39°. Starea generală și locală fără modificări.

11—14/VI. Thiosulfat și cardiazol cu piridium. 10 cc. Ca gluconat i. m. Alternat la două zile cu hepacit 2 cc. i. m. Temperatura 38,2°, descuamația se face în placarde întinse.

15—17/VI. Bolnava e ameliorată. Temperatura 37,5°. Astenică. Local se face oncțiune generală cu oleu zincat, Ca gluconat și hepacit. Bolnava în prezent e internată în Clinica Dermatologică din Cluj, unde continuă tratamentul.



CONCLUZIUNI.

1. Psoriaza pustuloasă este o varietate rară a psoriazei vulgare.

2. Etiologia psoriazei vulgare în general și a psoriazei pustuloase în special, nu este cunoscută până în prezent.

3. Psoriaza pustuloasă survine, fie în mod secundar după o psoriază cronică vulgară, fie în mod primar, la bolnavii ce până în acel moment au fost indemni.

4. Psoriaza pustuloasă are un debut acut, febril cu alterarea stării generale și prezintă sau numai un puseu de erupțiuni, sau mai multe puseuri, cari constituie recidivele acestei maladii.

5. Formele psoriazei pustuloase pot exista în mod individual, dar mai frecvent forma acută febrilă se transformă în forma benignă generalizată recidivantă.

6. Leziunile formelor psoriazei pustuloase de obicei persistă timp relativ scurt, transformându-se în alte dermatoze generalizate: eritrodermii, pemfigus foliaceu, etc.

7. Diagnosticul psoriazei pustuloase e relativ dificil de făcut, dar totdeauna examenul histopatologic este caracteristic.

8. Tratamentul indicat la varietatea psoriazei pustuloase este intern general, prin medicațiune de desintoxicare și tonifierea organismului și local extern, prin aplicarea diferitelor extracte gudronate.

9. Prognosticul acestei afecțiuni este în general grav și uneori fatal.

Văzută și bună de imprimat:

Președintele tezei:

Decanul Facultății:

(ss.) Prof. Dr. C. Tătaru

(ss.) Prof. Ioan Drăgoiu

Bibliografie.

1. **Audry Ch.**: Aspect psoriasiforme des siphilides développées sur un psoriasique. (Société de dermat. et de syph. 2 avril 1902, p. 215).

2. **Balzer, Goldsmith et Mlle Condat**: Traitement du psoriasis et du lichen plan par des bains médicamenteux. (Société de dermat. 1-er Février 1912, p. 75).

3. **Benassi**: Note clinique sur les causes qui peuvent déterminer les formes humides du psoriasis. (Giornale ital. delle malattie ven. e della pelle 1901 fasc. 4, p. 427).

4. **Benech Jean**: Arsenic et psoriasis. (Société de dermat. 1927, p. 50).

5. **Danlos**: Psoriasis invétéré traité par l'acide cacodylique. (Bulletin de la Soc. de dermat. et de syph. séance du 20 mai 1907, p. 246).

6. **Gougerot**: Forme transitoire localisée et fixée entre le psoriasis pustuleux et le psoriasis à petites circinations de Jadassohn. (Soc. fr. de dermat. et de syph. 8. Dec. 1932).

7. **Gougerot**: Influence heureuse de la fièvre sur le psoriasis. (Société de dermat. — Séance du 9 juillet 1931).

8. **Hays J. E.**: L'extrait thyroïdien dans le psoriasis. (American Practitioner and News. 15 février 1900, p. 121).

9. **Hallopeau**: Troisième note sur une dermatose seborrhéique aboutissant au psoriasis. (Soc. de dermat. et syph. 13 juillet 1899, p. 313).

10. **Hallopeau et Lemierre**: Sur une forme d'apparence bulleuse et rupeuse de psoriasis. (Annales de dermat. et de syph. 1901, p. 42).

11. **Jordan A. L.**: Psoriasis suppuré de Zumbusch. (Roussky Vestnik dermatologie Nr. 3. mai 1924).

12. **Kissmeyer A.**: Psoriasis bulleux. (Dermatologische Zeitschrift 1917 — XXIV, p. 397).

13. **Lewin et Silvers** : Le traitement du psoriasis par le régime hypochloruré. (Journal Medical and Recod, 18 août 1931, p. 179).

14. **Margarot I.** : Le psoriasis. (Nouvelle pratique dermatologique vol. VII).

15. **Margarot, Gondard et Dufoix** : L'autodermotherapie du psoriasis par l'electrocoagulation. (Archives de la Soc. des Sciences Medicales et biologïae de Montpellier Mars 1928).

16. **Nageli O.** : Hautkrankheiten entzündlicher Natur. Arzt.-Zieler. (Haut und Geschlechts Krankheiten II.)

17. **Pop L. și F. Veress** : Psoriaza pustuloasă. (Comunicare în ședința din 23/V 1937 a Soc. Române de Dermatologie și sifilografie, secția Cluj).

18. **Seier-Frankfurt** : Psoriasis pustulosa. (Hallopeau äuliche Bild).

19. **Shields** : Psoriasis varioliforme. (American of Dermatology — nov. 1899, p. 213).

20. **Smelow S. B.** : A propos de l'histologie et de la patogenie du psoriasis rupeide folliculaire. (Roussky Vestnic Dermatologie Nr. 4. avril 1924).

21. **Schlafer** : Sur le psoriasis pustuleux. (Dermatologische Zeitschrift 1931 ; t. XXX. II. p. 49).

22. **Weinberger** : vgl. dies. Zbl — 17. 266 vorge-stellen Falles.

23. **Vignolo-Lutati** : Sur la morfologie du veritable psoriasis rupeïde. (Archive. für Derm. und Syph. 1914. t. CXX. p. 255).

24. **Woronoff** : Über des Einfluss der Pyokokken Infection auf die Psoriasis vulgaris. (Dermatologische Zeitschrift LXVII. f. 45. September 1933, p. 253).

25. **Wrong N.** : Psoriasis pustulosa. (Arch. of dermatologie et syphilografie t. 28 Nr. 1, Nov. 1933).

26. **Zapala A.** : Rapport du psoriasis avec la dermatite desquamative maligne et ses agents septiques. (Geornital. delle malattite venere et della pelle. Dicembre 1914, p. 881).

27. **Zumbusch von L.** : Psoriasis et exantheme pustuleux. (Archive. für Dermatologie und Syphilis, 1910 t. XCIX. p. 335).