

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

Nr. 1287

ZONA ZOSTER



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE 23 Iunie 1938.

DE
SALAMON IOLAN

ZONA ZOSTER

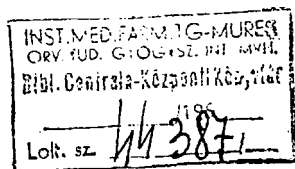


DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE 23 Iunie 1938.

DE

SALAMON IOLAN

24 MAY 2005



UNIVERSITATEA DIN CLUJ

FACULTATEA DE MEDICINA

Decan: Domnul Prof. Dr. STURZA M.

Profesori :

Clinica stomatologică	Prof. Dr. ALEMAN I.
Microbiologie	" " BARONI V.
Fiziologia umană	" " BENETATO GR.
Istoria medicinei	" " BOLOGA V.
Patologia generală și experimentală	" " BOTEZ A. M.
Clinica oto-rino-laringologică	" " BUZOIANU GH.
Istologia și embriologia umană	" " DRAGOIU I.
Semiologia medicală	" " GOIA I.
Clinica ginecologică și obstetricală	" " GRIGORIU C.
Clinica medicală	" " HAȚIEGANU I.
Medicina legală	" " KERNBACH M.
Chimia biologică	" " MANTA I.
Clinica oftalmologică	" " MICHAÏL D.
Clinica neurologică	" " MINEA I.
Igiena și igiena socială	" " MOLDOVAN I.
Radiologia medicală	" " NEGRU D.
Anatomia descriptivă și topografică	" " PAPILIAN V.
Clinica chirurgicală }	" " POP A.
Medicina operatorie }	" " POPOVICIU GH.
Clinica infantilă	" " POPOVICIU GH.
Farmacologia și farmacognozia	Supl. " POPOVICIU GH.
Chimia medicală	Prof. " SECĂREANU ȘT.
Balneologia	" " STURZA M.
Clinica dermato-venerică	" " TĂTARU C.
Clinica urologică	" " ȚEPOSU E.
Clinica psihiatrică	" " URECHIA C.
Anatomia patologică	" " VASILIU T.
Igiena generală	Agr. ZOLOG M.
Fizica medicală	Conf. BĂRBULESCU N.



JURIUL DE PROMOȚIE :

PREȘEDINTE: D-l. Prof. Dr. C. TĂTARU

MEMBRII: { " " " G. BENETATO
 " " " M. KERNBACH
 " " " V. PAPILIAN
 " " " M. STURZA

SUPLEANT: " Doc. " TR. POPOVICIU

ISTORICUL ȘI DEFINIȚIUNEA.

Natura zonei a fost obiectul multor studii și cercetări și a dat loc multor discuții, încât în prezent această boală prezintă o definiție precisă. Grecește zona înseamnă centură. Francezii numesc această boală: feu sacré, feu de Saint Antoine, centure sacré, erysipéle pustuleux, herpes zoster, după Englezi: shingles iar Germanii Gürtelkrankheit, Gürtelflechte, Gürtelrose, Feuergürtel, Gürtelausschlag și în fine latinește: cingulum, ignis sacer.

Zona zoster, acest termen tehnic fiind mai cunoscut, este o afecțiune cu o evoluție acută, caracterizată printr-o erupțiune de plăci eritematoase presărată de vezicule care se dispun în grupuri și a căror distribuțiune este în raport cu un teritoriu nervos. Această erupțiune, limitată pe o singură parte a corpului, este aproape totdeauna însoțită de dureri nevralgice cu aceleași localizări. Tabloul clinic este acelaș ca și într'o boală infecțioasă.

Zona zoster a fost cunoscută deja de medicii greco-romani din secolul I-ii după Hristos. Astfel Plenius și Scribonius Laryus amintesc despre această afecțiune. Zona a fost bine cunoscută încă în secolul al XVI-lea, însă pare că devine mai puțin familiară medicilor din secolul al XVIII-lea. Frederic Hoffmann (1720) și Lorry (1776) o disting greu de erizipel. Borsieri în 1780 dă o bună descriere a zonei, o diferențiază foarte net de lupus și o clasează între acestea ultime și febrele eruptive.

Willan (1808) și Alibert (1882) socotesc zona o afecțiune cutanată și o grupează în acelaș grup cu herpesul. De atunci s'a păstrat sub numele de herpes zoster, care

este folosit și de autorii clasici, și în prezent de dermatologii germani și englezi.

Rayer la 1835 observă durerile nevralgice cari n'au fost semnalate decât sumar de Mehles (1818).

Romberg, Heussinger, Hebra confirmă observațiile lui Rayer și la 1856 Parrot declară că zona este totdeauna o manifestație secundară subordonată existenței unei nevralgii.

Bärensprung pune în lumină în 1865 printr'o serie de lucrări anatomo-patologice făcute asupra unui caz de zona zoster că această afecțiune este de origine nervoasă. El arată că leziuniile principale se localizează în ganglionul spinal și pune astfel bază teoriei ganglionare a zonei.

Tot în 1865 Charcot și Cotard publică o nouă autopsie. După aceasta, observațiunile anatomice se succed. Intre aceste cercetări trebuie să amintim pe cele ale lui Weidner, Wayner, Kaposi, Chandeleux, Lesser, Pitres, Vaiillard, Curschmann, Eisenlohr și Dubler. Unii dintre ei confirmă opiniunea lui Bärensprung, alții atribue importanță preponderantă nevritei periferice.

Terenul de discuțiune se deplasează când H. Head publică între 1893 și 1896 cercetările sale asupra metamerelor spinale.

Dar Head în lucrarea sa publicată în colaborare cu Campbell, în 1900, abandonează primele sale concluziuni și revine la punctul de plecare stabilit de Bärensprung, confirmând teoria ganglionară a zonei.

Erb și Landouzi încep istoria teoriilor etiologice a zonei. Acești doi autori emit aproape simultan (1822—1883) ideea că avem de a face cu o boală infecțioasă, asemănătoare febrei eruptive cu cari prezintă multe caractere comune, între care acesta: imunitatea primită după prima infecțiune.

Urmează apoi o perioadă de încercări de a separa zona adevărată de eriteme zosteriforme de origine traumatică sau toxică și de erupțiunile zosteroides cari apar ca epifenomene în cursul diferitelor afecțiuni ale sistemului nervos.

Introducerea puncției lombare între metodele curente de investigație clinică a permis de a începe studiul zonei, din acest punct de vedere a infecțiunii.

Țin să exprim mulțumirile mele Dlui Prof. Dr. Tătaru Coriolan, pentru frumoasa problemă cu care m'a onorat.

ETIOLOGIA.

Dacă în aceste ultime decenii, terenul a fost curățit în ceea ce privește fondul anatomic al zonei, se poate spune că natura ei adevărată și cauza ei efectivă a fost și mai mult complicată.

E sigur că bolnavii cu zona zoster au fost priviți cu alterațiunile ganglionare, suferind de o afecțiune datorită extensiunii unui proces mai general tuberculos sau neoplazic, de unde s'ar fi crezut că herpesul zoster este numai un simptom, un fel de reacțiune banală a neuronului sensibil periferic, la cauze de iritație diferită. Astfel a crezut și Bweq L. E foarte firesc că un anumit număr de erupțiuni zosteriene sau zosteriforme merită să fie clasate aci. Astfel sunt acele erupțiuni la cari dă naștere intoxicația oxicarbonică (cum a fost cazul lui Leudet), arsenicală sau iodopotasică (cum a văzut Jacquet). Talamon raportează trei cazuri de zone pneumonice care pot fi clasate tot aici. Dar aceste cazuri sunt rare și tendința actuală este de a le separa din ce în ce mai precis sub numele de erupțiuni zoniforme, zosteroides sau zonă idiopatică. Ceea ce e drept și cum se observă des că se produc în cursul infecțiunilor acute, astfel în febra tifoidă, variolă, rujeolă sau în cursul unei infecțiuni sifilitice sau tuberculoase, a căror izbucnire o precedează câteodată.

Circumstanțele favorizante în producerea acestei boli, dar fără ca să ne dea cauza determinantă adevărată sunt: bolile diatezice, reumatismele. guta, diabetul, paralizia infantilă învechită, hemiplegia, tabes, paralizia generală, siringomielia.

Gaucher și H. Bernard sunt de părere că predispo-

ziția neuropatică particulară joacă un rol probabil analog ca și traumatismul, bazându-se pe cazurile publicate de către Charcot și Bouchard, Verneuil, Weir, Mitchell, Kean și Morehouse, Hylord, Ash, Ory, Bluschko etc., unde acești autori au observat erupțiuni zosteriene consecutiv plăgilor, nervilor sau mai rar după o contuzie a lor.

În 1883 Brocq, Landouzy, Erb emit teoria infecțioasă și specifică a zonei zoster, aducând astfel următoarele argumente: debutul febril atât de frecvent, modul de invazie atât de analog cu febrele eruptive sau mai bine zis analogia cu perioada inițială a poliomielitei acute anterioare, afecțiune care pare că are raporturi de înrudire cu zona. Leziunile ganglionare ne dau impresia atât de netă a unei infecțiuni acute și seamănă foarte mult cu aceea ce se observă la nivelul coarnelor anterioare, în paralizia infantilă, încât Head și Campbel au propus ca zona zoster să fie numită „*poliomielita acută posterioară*“. Adenopatia limfatică prezintă la fel caracterul unei leziuni infecțioase, ca și raritatea extremă la recidive. După statistice acestor autori s'au găsit 4 recidive la 400 de cazuri.

Brocq a remarcat în „Spitalul infantil precum și în »hopital Saint Louis« că zona se prezintă în serii și niciodată nu este un singur caz. Besnier a stabilit după statisticele dela Paris că la sfârșitul primăverii și la începutul verii cazurile sunt mai numeroase. S'au observat și mici epidemii. Kaposi, Trousseau, Erb, G. Walther, Head și Campbel într'un spital din London au semnalat o epidemie în mijlocul lunii Martie, în 1896, 1897 și 1898, și în a doua jumătate a lunii Mai în 1897 și în 1898, iar o altă epidemie mai importantă dela luna Iunie până în Noembrie, în 1897. Touzier Joly semnalează în teza sa că un parisian cu zona zoster ajunge în Provence, orașel unde n'a existat niciodată nici un caz de zonă și unde în mai puțin de o săptămână s'a declarat 7 cazuri din această afecțiune.

Bazându-ne pe faptul că zona este o boală imunizantă și epidemică Sabrazés și Mathis au făcut cercetări hematologice în 6 cazuri. Ei n'au găsit o modificare apreciabilă a numărului globulelor roșii și nici a conținutului hemoglo-

binic, însă au constatat o hiperleucocitoză care începe în prima zi a erupțiunii, se ridică și persistă până la ziua a 4-a și a 5-a. Creșterea în număr poate atinge 17.000 și interesează diferitele tipuri leucocitare, dar în particular polinuclearele neutrofile și euzinofile. În stadiul când conținutul veziculelor se turbură, numărul leucocitelor scade sub normal. Scăderea interesează mai ales polinuclearele neutrofile și euzinofile. Perioada de uscare și de descumare este caracterizată printr'un nou puseu de leucocitoză, câteodată euzinofilia e mai accentuată. După 2 săptămâni sângele recapătă caracterele sale normale.

În lichidul cefalo-rachidian din contră, leucocitoza predomină. Așa reiese din cercetările lui Brissaud și Sicard, Dopter, Abadie, Achard, Laubry, Widal, Le Sourd, Chauffard și Froin.

Agentul patogen al zonei zoster până în prezent, cu toate metodele de investigație, nu poate fi lămurit. Pfeiffer neagă participarea sistemului nervos în zona zoster, care după el ar fi datorită anumitor protozoare ce se propagă pe căile arteriale. El ia drept protozoare celulele mari balonate ale veziculelor. Toate însemnările aseptice cu lichidul veziculelor au dat totdeauna rezultate negative. Mai mulți autori făcând însemnare cu lichidul cefalo-rachidian dela bolnavi, au obținut câteodată culturi. cari după un examen minuțios s'au dovedit că sunt saprofiții banali datorite infecțiunii accidentale.

Brocq n'a obținut nici un rezultat pozitiv, nici prin examenul direct nici prin însemnare sau prin inoculare la animale.

Achard susține că diferitele specii de microbi sunt susceptibile să producă zona zoster).

În urma cercetărilor făcute de Marinescu, relativ la agentul patogen al zonei zoster s'a ajuns la concluzia următoare :

Orice zonă veritabilă este expresiunea acțiunii unui virus special, probabil invizibil virus zosterian. Existența unui virus zosterian sau mai exact a unui ultravirus spe-

cific, Marinescu și de aceeași părere este și Doer, o documentează cu următoarele lapte :

1. *Fapte de ordin experimental.* Lipschütz a fost primul autor, care a reușit să inoculeze prima dată agentul patogen luat din vezicule de zonă în corneea de iepure. După 48 de ore apare o conjunctivită și o cheratită apoi vezicule cu puroiu. Epiteliul corneean conține corpusculi zosterieni, pe care el îi consideră ca o probă de inoculare pozitivă.

Marinescu și Drăgănescu au utilizat lichidul cefalorachidian al unui zonatos. Experințele făcute de ei probează, că uneori virusul zonei este transmisibil la corneea iepurelui, însă leziunea ce urmează este mai puțin intensă ca în herpes.

G. Spica, în încercările lui semnalează că iepurii au sucombat cu fenomene nervoase de encefalită. Se pare deci, că există în lichidul veziculelor de zona zoster un factor capabil de a provoca leziuni nervoase, acest factor ar fi însuși virusul zonei.

Glaubersohn și Willand, în urma cercetărilor făcute, aduc următoarele concluziuni :

1. Inoculațiunea conținutului de zonă reușește.
2. Datele experimentale ce ar duce la contagiunea varicealoasă în zonă, nu au fost confirmate în cercetările lor.

3. Inocularea lichidului cefalo-rachidian a fost negativă.

Nereușind nimănui a obține transmiterea în serie, prin pasagii succesive, se poate afirma, că transmisiunea virusului zosterian n'a reușit în majoritatea cazurilor. Receptivitatea animalelor de laborator este așa de redusă, încât nu putem utiliza experiențele practice pe animale, pentru a demonstra existența proprietăților virusului zosterian,

Transmisiunea la om Kundralitz a fost primul care a inoculat pe cale subcutanată, la trei copii, iar un altul pe cale intracutană. Pe alți 28 copii, acelaș autor a obținut la 17 afecțiuni locale, iar la 2 o erupțiune generalizată veziculară.

Marinescu și Sager au obținut rezultate pozitive din 15 cazuri numai la anul, dar nu la nivelul scarificărilor. Reiese deci, că transmisiunea zonei la om nu reușește, la care s'ar părea că reușește sunt așa de puține, încât nu s'ar putea afirma așa ceva.

Lipsa recidivelor, prezentarea sa epidemică, lipsa bacteriilor pe secțiunile ganglionilor spinali, precum au notat Head și Campbell pledează în favoarea unui agent specific neevidențabil cu metodele de investigație de astăzi. Poate să fie un microb invizibil, un ultravirus a cărui existență a fost dovedită în moluscum contagiosum în peripneumonia bovideelor, în pesta bovină și în febra altoasă. Imposibilitatea de a inocula zona la animale va întârzia încă mult timp soluționarea problemei. Agentul patogen după Liebscütz ar fi același ca și al varicelei, El a atras atenția asupra asemănării dintre herpesul zoster și varicelă, putând pune în evidență corpusculii zosterieni (niște formațiuni în protoplasma epiteliilor) atât în leziunile de zonă, cât și în cele variceloase. Această afirmație a fost subliniată prin două fapte :

1. Cazuri de zonă au putut fi punctul de plecare a epidemiilor de varicelă și variceloșii au putut cauza zonă.

2. Vaccinările încrucișate au produs imunitate încrucișată : vaccinarea cu virusul zonei dă o imunitate antivari-celică și invers.

Patogenia.

Agentul patogen al zonei zoster, pare că are o afinitate specială pentru ganglionii spinali și în special pentru cei din porțiunea dorsală. Dar și mai mult, el nu atacă decât un singur ganglion și are o predilecție accentuată pentru ganglionul al 3-a și al 4-a cervical, ganglionii dorsali dela al 3-lea și primii 2 ganglionii lombari, adică după Head acei care primesc excitațiuni viscerale prin intermediul simpaticului și acei care conțin în mare proporție celule ganglionare mici dând naștere fibrelor scurte ale cordoanelor posterioare din măduvă. Aceste celule au între alte funcțiuni și acela de a transmite excitațiunile dure

roase și hiperalgezice intense cari acompaniază erupțiunile zosteriene, găsind astfel explicația sa anatomică. La fel, după Head și Campbell erupțiunile cutanate vor fi în legătură cu leziunile iritative însuși acestor celule ganglionare.

Friedreich crede din contră că erupțiunea este datorită leziunilor fibrelor trofice a nervului.

Ebsten și Rocklinghausen cred că este o turburare vasomotorie datorită alterațiilor nervoase, sau mai precis unei excitațiuni ale fibrelor vaso-dilatatoare.

Abadie reia această teorie și interpretează raportându-o metamerelor spinale, dar implică în acelaș timp distribuția zonei după teritorii pur arteriale. atribuind fenomenele de eritem și veziculație fibrelor simpatice cari urmăresc traectul arterelor. Astfel toate faptele probează că topografia zonei este radiculară.

Unna crede că alterațiunile cutanate pot fi datorite acțiunii locale în situ agenților ipotetici ai zonei.

Neisser, Weigert, Lesser susțin concepția turburării trofice prin cari afecțiunea nervoasă va produce o necroză diseminată la nivelul terminațiilor nervoase sau după opiniunea lui Head și Campbell erupțiunile zosteriene sunt efectul direct a unor iritațiuni ale anumitor celule ganglionare.

Existența paralizilor musculare în cursul sau după trecerea zonei, a fost interpretată într'un mod diferit și a servit ca argument pentru partizanii teoriei nevritice. Azi se crede că este o paralizie nucleară. Analogia foarte mare asupra căreia am insistat în repetate rânduri, între zona și poliomielita anterioară acută, ajută se înțelegem că agentul patogen poate să atace un nucleu motor sau un segment din coarnele anterioare, în vecinătatea ganglionului atins primitiv. Aceste fapte ne explică în oftalmoplegia complicațiunile ce survin în decursul unei migrene oftalmice banale.

DESCRIEREA CLINICA

De obicei erupțiunile zonei apar dintr'odată în plină sănătate, se anunță cu mici semne locale sau generale. Dar de cele mai deseori este precedată printr'o fază *prodromală*, a cărei simptomatologie are aspect comun ca faza prodromală a celor mai multe boli infecțioase: o stare generală rea cu turburări mai mult sau mai puțin marcate ale funcțiilor digestive, anorexie, vomismente, o senzație de moleseală acompaniată cu dureri de cap, rahialgie, redoarea cefii, și într'o treime a cazurilor, după statistica lui Alascko asupra 127 de cazuri febră. Această febră acompaniată de frisonete poate fi câteodată foarte ridicată, chiar 40° și să fie asociată cu delir. Dar acesta din urmă este rar. Cel mai deseori totul se mărginește la o ridicare moderată a temperaturii cu o stare ușor saburală a limbei.

Un simptom mai caracteristic, mai localizat și mai constant este *nevralgia*. Ea precedează adeseori erupțiunile, câteodată cu câteva ore. Se poate prezenta și cu 2, 3, 5 zile mai înainte decât apar efflorescențele cutanate. Excepțional poate să fie o întârziere a erupțiunii cu 15 zile. Cel mai obișnuit este că durerea coincide cu erupțiunile. Erupțiunile apar aproape într'un mod destul de acut. Se vede că se formează o anumită distanță între ele și sunt separate prin intervale de piele sănătoasă. Aceste erupțiuni se încep prin plăci eritematoase, ovale sau alungite cu diametru orizontal în cazul de zonă toracică care e cea mai frecventă formă a zonei.

Plăcile eritematoase se localizează la o singură parte în regiunea unde se simt durerile premonitorii și ansamblul lor constituie o bandă, o semicentură antero-posterioară a cărui lățime variază între 2 până la 6 degete și a cărei direcțiune este aproape orizontală, când zona este de tip toracic superior: devine oblic de sus în jos și dinapoi înainte în formele mai inferioare. Pe aceste plăci eritematoase se dezvoltă papule roșietice miliare, cari după maximum de 24 de ore sunt înlocuite cu vezicule transparente lucitoare, cari prezintă o rezistență la grataj și a căror volum

variază dela mărimea unui cap de ac cu gămălie până la mărimea unui bob de mazăre. Numărul vezicelor este inconstant ca și al plăcilor eritematoase. În general se poate spune că în zona regiunii cefalice și cervicale plăcile sunt mai mici, mai întense, mai discrete și mai reduse în număr, decât în cazul localizării zonei asupra trunchiului. Grupurile de vezicule nu apar în acelaș timp, ci în faze diferite. Primadată apar pe lângă coloana vertebrală, apoi pe linia mediană, apoi în ordine diferită până ce formează centura. Sunt și cazuri când nu apar decât 1—2 plăci cu câteva vezicule și diagnosticul de zonă nu se pune nefiind recunoscută. Stadiul papulo-eritematos poate să lipsească și eflorescențele apar pe o piele sănătoasă în aparență. Limitarea strictă pe linia mediană atât anterior, cât și posterior nu se face întotdeauna și banda respectivă poate să se prelungească puțin și peste această linie.

După cei mai mulți autori, toate veziculele de pe aceeași placă sunt contemporane. După Barthélemy însă, din contră, veziculele apar succesiv în puseuri, chiar pe aceeași plăci eritematoase, în acelaș timp apar și noi plăci eritematoase. Acesta din urmă este adevărul, fiindcă avem la acelaș bolnav eflorescențe în stadii evolutive diferite: plăci eritematoase, papule, vezicule, pustule, cruste, cicatrici. Erupțiunea odată constituită, câteva dintre vezicule se vindecă lăsând o ușoară descuamație epidermică, dar de cele mai multe ori își măresc volumul din ce în ce mai mult și sfârșesc confluindu-se. Ele formează bule de mărime variabilă, cu conture policiclice, cu suprafața preminentă și lățită realizând astfel tabloul herpesului flictenoid. În acest moment lichidul devine turbure și ia o coformație gri, câteodată brună datorită extravazării unei cantități de sânge. Această evoluția se face în timp de 4—5 zile pentru fiecare grup de vezicule. Apoi aceste vezicule se usucă câteodată după o prealabilă ombilicație care seamănă foarte mult cu cea dela pustula variolică. Se încrețește, se formează cruste gălbui brune sau brune închise. Aceste cruste, după 8—10 zile cad, lăsând în urma lor o pată brună pigmentată care va dispăre după câteva săptămâni. Câteodată în

urma veziculelor se formează niște ulcerăriuni care în loc de pată pigmentată, lasă o cicatrice rotundă albă și persistentă, ceea ce ne permite punerea unui diagnostic retrospectiv (dacă ținem seamă și de așezarea lor în semicentură). Astfel este evoluția normală a veziculelor zosteriene.

Erupțiunea nu este singurul simptom obiectiv al afecțiunii. Se observă foarte adeseori o tumefiere dureroasă a ganglionilor limfatici corespunzători. Această adenopatie, poate să survină concomitent cu eflorescențele cutanate sau chiar le precedează și trebuie să fie bine diferențiată de o limfangită, care survine mai tardiv, în urma unei infecțiuni secundare a veziculelor.

Blaschko menționează, că într'un mare număr al cazurilor se poate palpa de partea zonei, o îngroșare dureroasă dealungul apofizelor spinoase în mușchii șanțului vertebral. Bazându-se pe acest fapt, el crede că zona ar fi o afecțiune similară cu reumatismul, un reumatism muscular.

Fenomenele generale din faza prodromală, poate să persiste încă câteva zile după erupțiuni, dar febra în general scade repede.

Durerea este un simptom subiectiv care persistă lung timp. Forma pe care o îmbracă este cea nevralgică, a cărei tip este durerea, nevralgia suborbitară care acompaniază zona oftalmică, sau nevralgia intercostală în cursul zonei toracice. Ea se prezintă în paroxisme, adeseori foarte regulate și mai ales vespérale sau nocturne. Nevralgia are un caracter lancinant de o acuitate destul de vie, încât poate imobiliza peretele toracic corespunzător și să simuleze un punct pleuretic. Însă diagnosticul se impune dacă exercităm o presiune la nivelul emergenței nervului cutanat. Această durere nevralgică poate să lipsească la copii, însă foarte rar este cazul când nu putem evidenția o oarecare hiperestezie și hiperalgezie cutanată. Subiectiv bolnavul simte spontan striveala, sau o arsură la nivelul plăcilor sau veziculelor.

Pruritul, mâncărimea, furnicăturile și alte paretezii subiective sunt rare. În schimb însă, la un examen obiectiv aceste fenomene prezintă aproape întotdeauna alterațiuni

profunde ale sensibilității. (Rendu). Teritorii anestezice și analgezice alternează fără vreo sistematizare cu alte spații, unde atingerea cea mai mică provoacă o senzație de ardere foarte intensă.

Gerhardt susține că aproape la fiecare caz există o reacție de degenerescență sensitivă, caracterizată printr'o diminuare a sensibilității faradice și o ridicare a sensibilității faradice, în raport cu partea sănătoasă. Acest fenomen poate fi localizat asupra plăcilor zosteriene, dar de obicei depășește limitele sale și se poate observa o anestezie dure-roasă, de exemplu la un punct unde pielea în aparență e sănătoasă.

Mackenzie publică cazuri de zone fără eriteme, unde singurul simptom a fost nevralgia și hiperestezia cutanată în domeniul unui nerv spinal. Jarisch. la fel a insistat asupra acestor zone incomplete, unde erau câteva grupuri de vezicule lângă coloana vertebrală, dar unde banda de hiperestezie se prelungea până la stern.

În general, zona nu ocupă decât un teritoriu restrâns, conservând caracterul ei frapant: unilateralitatea. Excepțional se observă zonă bilaterală simetrică, unde formează o centură completă în jurul toracelui. Este foarte rar de a vedea două sau mai multe teritorii cutanate vecine sau distanțate unul de altul. Fournier E. a publicat un caz de zonă generalizată aproape pe toată jumătatea stângă a corpului.

EXAMENUL LOCAL

Leziunile precedate de simptomele prodromale se caracterizează prin *plăci eritematoase* ușor proeminente, bine delimitate, de culoare lividă grupate cu o localizare variabilă în formă de bandă sau semi centură pe traectul sau segmentul unui nerv cutanat.

Leziunile elementare nu confluează, sunt bine delimitate și aranjate în grupuri din 5—6 vezicule. Banda de piele cu erupțiunile cutanate trece dela șira spinării până în linia mediană și are o lățime de 3 degete. Intre leziu-

nile grupate rămâne și piele sănătoasă. Banda aceasta uneori trece și peste linia mediană, fapt care se observă mai frecvent la zona toracică intercostală.

În decursul evoluției observăm modificări importante. În locul leziunilor eritematoase se formează *papule mici* proeminente, dure, sensibile, de formă rotundă, eliptică localizate în diametrul orizontal al toracelui. Papulele acestea cari au culoare roșie albăstrue sau violacee, după 24 de ore se transformă în *vezicule*, cu un conținut clar transparent, cu pereții distinși, sclipitor. Veziculele formează grupuri și sunt înconjurate de zone eritematoase între ele pielea rămânând nealterată. Pereții veziculelor fiind formați dintr'un strat gros, rezistă la grataj și presiune. Leziunile prin întindere periferică pot să conflueze formându-se bule cu conture policiclice. Alteori grupurile de vezicule sunt discrete. Veziculele cu conținut clar se transformă într'unul purulent, formând *pustule*. Leziunile în stadiu pustulos, la un moment dat prezintă o *ombilicație centrală* și în fine se transformă în *leziuni crustoase*, prin concretizarea conținutului lor. După căderea crustelor aderente de bază rămân pigmentațiuni de culoare roșie lividă ori cicatrici.

Leziunile nu apar deodată, ci în *erupțiuni succesive*, cele mai vechi sunt mai aproape de șira spinării, iar cele mai noi de linia mediană. În acelaș tip se prezintă grupuri de papule, vezicule, pustule și cruste: prin urmare leziuni în diferite stadii evolutive cu o localizare unilaterală aproape de coloana vertebrală, atunci când spre linia mediană se prezintă leziuni în plină evoluție, în locul leziunilor regresate se observă pete livide.

În momentul erupțiunilor simptomele subiective dispar, însă rămân în urma lor dureri nevralgice cu un caracter lăncinant.

EVOLUȚIA ȘI FORMELE

Deosebim forme tipice și forme atipice.

Formele tipice de zona zoster regresează de obicei în 3—4 săptămâni cu *restitutio ad integrum*.

Uneori întâlnim și forme atipice cauzate prin:

- I. Evoluția,
- II. Localizarea,
- III. Complicațiuni secundare.

I. In cecece privește evoluția generală deosebim:

1. Forme tipice,
2. Forme atipice abortive,
3. Forme complicate,

1. Forma tipică e cea pe care am descris-o în capitolul precedent și duce la vindecare în 3—4 săptămâni.

2. Forma atipică abortivă se traduce prin plăci eritematoase, cari dispar fără să evolueze în polimorfisme, Se vindecă complet.

3. Formele complicate sunt:

a) Zona hemoragică se caracterizează prin vezicule, a căror conținut devine hemoragic prin sângele ce provine din stratul papilar și se amestecă cu conținutul lor, din care în fine se formează cruste negre. Când distrucția este mai profundă se formează ulcerațiuni, iar după vindecare rămân cicatrici rotunde, ovalare sau policiclice, cu împrejurul lor pigmentat.

b) Zona gangrenoasă. Aici pe baza veziculelor se formează o gangrenă, cruste, escare, care se desfac greu și sunt înconjurate de o zonă eritematoasă. Crustele se elimină printr'un proces inflamator demarcativ. După regresioni rămân cicatrice, uneori în formă de plăci confluente cu conture policiclice.

II. După localizare: zona e de obicei *unilaterală*, dar poate să fie și *bilaterală* (avem leziuni în formă de centură) și foarte rară este forma *generalizată*.

După aranjarea topografică, cunoaștem diferite forme de zonă: 1. Zona toracică sau intercostală se prezintă cu o localizare în spațiile intercostale în direcția unui nerv intercostal. Apar între segmentul al IV-lea — VIII-lea cel mai frecvent.

2. Zona dorso-brachială,
3. Zona cervico-brachială,

4. Zona cervico-occipitală,
5. Zona suboccipitală,
6. Zona dorso-abdominală,
7. Zona lombo-inghinală,
8. Zona lombo-femurală,
9. Zona sacro-ischiatică,
10. Zona perineală (în zona genitală cu alterațiunile organelor genitale),
11. Zona facială (oftalmică, temporală), zona oftalmică apare pe traectul ramurilor nervului facial fiind asociată de dureri aproape insuportabile.
12. Zona se poate prezenta și pe pielea păroasă a capului.

III. Complicațiunile secundare a zonei zoster sunt infecțiunile secundare cari ne dau diferite forme de zone. Astfel avem zona; supurată, ulceroasă, necrotică, gangrenoasă (cu sau fără adenite).



COMPLICAȚIUNILE

Complicațiunile zonei zoster sunt următoarele:

Localizările oculare a zonei oftalmice dau conjunctivită, apoi cheratită adeseori serioasă, pot să producă opacitatea corneei, ulceratiuni și perforatiuni cari pot să ducă chiar până la supurația globului ocular. Alte complicațiuni aceste localizări mai sunt, irido-ciclita- ipopion sinechii posterioare consecutive și coroidită, apoi nevrite optice și retinite.

Asociațiuni de paralizie facială, oculare, brachiale etc De obicei sunt fugace și benigne.

Zona auriculară cu paralizia facială și *turburări auditive* sunt datorite zonei ganglionului geniculat și după Soques, Sicard, „o mulțime de paralizii faciale dureroase maschează o zonă auriculară recidivantă“.

Meningita frustă sau netă e totdeauna benignă (Chauffard).

Brissaud notează un caz de hemiplegie alternă fu-

găce. Această hemiplegie însă poate să fie durabilă cu exagerarea reflexelor, atrofie musculară etc.

O altă complicație este *limfadenita* ce survine în cazurile vechi când avem ganglionii dureroși. La localizările pe față, penis, se pot prezenta *limfangite* cari se atașează în cazul de turburare a conținutului veziculelor, ce se datorește infecțiilor secundare.

Persistența frecventă a durerii, tenace, penibile timp de luni, chiar ani de zile după dispariția zonei găsim mai ales la indivizii trecuți de 50 de ani.

DIAGNOSTICUL ȘI DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAL.

Diagnosticul este ușor. De obicei apare în plină sănătate cu erupțiuni cutanate polimorfe, grupate precedate de simptome prodromale cu localizare unilaterală în forma de bandă semicentura pe traectul unui nerv cutanat. Evoluția generală a boalei încă e tipică. Petele cicatricele pigmentate cu localizare caracteristică singure sunt suficiente de a face diagnosticul de zonă zoster în antecedente.

În cazul când durerile nu dispar după regresivitatea leziunilor să ne gândim întotdeauna și la posibilitatea unei zone în antecedente.

Diagnosticul diferențial se face cu următoarele boli:

Exemele se deosebesc prin leziunile polimorfe localizate pe o piele infiltrată ce la zonă lipsește. În afară de aceasta la zonă sub crustele aderente apar ulcerăriuni cu margini cari nu sunt bine delimitate. La eczemă avem numai prurit, durerile ne lipsesc iar leziunile apar în pușeuri neregulate cu o localizare variabilă.

La eczema impetiginosă crustele sunt de culoarea mierii și sunt moi.

La herpesul febril avem de obicei numai un grup de vezicule și foarte adeseori recidive.

Eritemul polimorf veziculos are o localizare caracteristică mai pronunțată pe extremități și asociată de prurit.

Sifilidele pustuloase și tuberculo-pustuloase se caracterizează prin leziuni cu o bază infiltrativă. La început avem papule tipice succulente cari se transformă în pustule. Adesea leziunile sunt grupate cu o localizare caracteristică pentru sifilis, față de localizarea unilaterală zoniformă. Subiectiv n'avem nici prurit nici dureri. Pe lângă șanțurile cutanate se prezintă și o limfadenită generalizată tipică, care niciodată nu cauzează dureri, în afară de cazurile, complicate cu infecții secundare.

TRATAMENT.

Terapia locală a erupțiilor zosteriene trebuie să fie *numai protectoare* și cât se poate mai simplă, deci se vor evita toate topicile astringente sau iritante. Powezile sunt rău suportate. Numai pudra inertă constituie cel mai rațional pansament și cel mai puțin periculos. Se va folosi de preferință oxid de zinc și se va acoperi regiunea bolnavă cu un tifon hidrofîl dublat la exterior cu un strat de vată. În caz dacă veziculele sunt infectate ne adresăm tot la pudre astfel: aristol sau dermatol, amestecat în părți egale cu talc ne dau rezultatele cele mai bune. Vom prescrie și soluție antiseptică, însă numai pentru spălare și vom evita de a face e comprese permanente cu aceste soluții.

Dacă avem de a face cu gangrenă spălarea se va face cu apă oxigenată sau permanganat de potasiu în soluții foarte diluate.

Indicațiunea terapeutică adevărată este alinarea durerii, care mai ales la indivizii în vârstă ea însăși reclamă o intervenție cât mai rapidă decât toate celelalte simptome într'un loc.

Administrarea morfinei este strict interzisă, din motivul duratei prelungite a nevralgiei și posibilității dezvoltării morfinomaniei. Vom administra deci: acuntină, belladonă, fenacetină, salicilat de sodiu sau mai bine aspirină. Foarte deseori aceste analgezice nu ne dau rezultatul dorit.

Indicația terapeutică cea mai importantă este în caz de localizări pe nervi. Se dau antineuralgice (chinină, an-

tipirină, phenacetin). S'a recomandat iradiațiuni cu raze Roentgen a ganglionilor. Cocainizarea nervilor. Autohemoterapie. Inșă toate cu rezultate nesatisfăcătoare.

PROGNOSTICUL

Frecvența complicațiunilor oculare ne face ca în caz de zonă oftalmică, în ce a ce privește prognosticul să fim foarte rezervați.

Celelalte varietăți a zonei zoster se vindecă cel mai adeseori în mod absolut restitutio ad integrum, mai ales când individul e tânăr. Posibilitatea persistenței durerii nevralgice trebuie totdeauna prevenită, mai ales la bolnavii în vârstă, de obicei la acei cari au trecut vârsta de 50 de ani. In privința paraliziiilor, exceptând oftalmoplegia, care constituie un accident cu totul excepțional, iar când apare este benignă și trecătoare.

Zona adevărată nu recidivează, ceea ce face să fie bine distinsă de erupțiunile zosteroides. Dar această enunțare a dat loc la multe discuțiuni cari nici astăzi nu s'au terminat.



	Total	Parțial		1—10 ani		11—15 ani		16—20 ani		21—25 ani		26—30 ani		31—40 ani		41—50 ani		51—60 ani		
		B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	
		1919	9	5	4		2			1	1	1			1				1	
1920	19	10	9	1	2	1	3	2	1	1			1	1	2	1	2	1	2	1
1921	16	10	6		1	1	1	2	2	4	1		1	1	1		2		2	1
1922	16	11	5				1	2	2	3		2	1	2	1	1	1		1	1
1923	18	11	7	1		2		2	2	2				3	1		2		1	4
1924	12	8	4		1			1	2	1	3					2		1	1	1
1925	9	5	4	1				2	1	1					2	1			1	1
1926	21	15	6			2		1	4	1	4			1	1	2	1	2	2	2
1927	37	31	6			3		1	7	2	15	1	3	1	1	1	1	1	1	1
1928	18	11	7	1	1	1	1	2	1	3		1	1	1	1	1	1	1	1	3
1919—28	175	117	58	4	7	10	9	26	14	37	2	9	3	9	6	10	3	12	15	15

Statistică. — Numărul bolnavilor cu zona zoster trecuți pe la dispensarul Clinicii Dermato-Venerice în interval de 10 ani, din 1919—1928 a fost de 175. Dintre aceștia 117 le-am găsit la bărbați și 58 de cazuri la femei. Studiind apariția zonei după intervale de vârstă, am găsit mai frecvent între 16—25 ani.

Calculând % găsim următoarele date:

Bărbați: 67%.

Femei: 33%.

Ocupația și felul de viață n'a jucat nici un rol, căci le-am întâlnit deopotrivă repartizate, la diferitele categorii sociale.



CONCLUZIUNI.

1. Zona zoster este o entitate morbidă cu un tablou clinic bine definit.

2. Agentul patogen al zonei zoster ar fi un virus necunoscut, probabil acelaș sau cel puțin foarte asemănător cu virusul varicelei, fiindcă s'a văzut că vaccinările încrucișate au dat imunitate încrucișată, precum și cazurile de zonă au putut fi punctul de plecare a epidemiilor de varicelă.

3. Agentul patogen al zonei zoster se pare că are o afinitate specială pentru ganglionii spinali și prezintă o predilecție pentru ganglionii din anumite regiuni și nu atacă decât un singur ganglion.

4. Erupțiunile cutanate sunt întotdeauna în legătură cu leziunile iritative a acestor celule ganglionare, iar localizarea lor va corespunde teritoriului inervat de nervul respectiv care pleacă din ganglionul afectat.

5. Diagnosticul se face ușor și cu siguranță și numai clinic pe baza simptomelor subiective și obiective.

6. Terapia locală a erupțiilor zosteriene trebuie să fie numai protectoare și cât se poate de simplă cu o pudră indiferentă.

7. Prognosticul quo ad vitam și quo ad sanationem este bun, se face o vindecare restitutio ad integrum la indivizii tineri; la bolnavii mai în vârstă nevralgia poate să persiste.

8. Prognosticul în zona oftalmică, datorit complicațiilor oculare ce pot surveni, trebuie să fie întotdeauna cât se poate de rezervat.

Văzută și bună de imprimat.

Decanul Facultății:
ss. Prof. Dr. M. Sturza.

Președintele tezei:
ss. Prof. Dr. C. Tătaru

BIBLIOGRAFIE.

1. BROCCQ L.: La Practique dermatologie. Vol. IV.
2. BOKAY: Ref, Ztblt. Dd. 41, pag. 609.
3. CIRLEA P.: Clujul Medical, Martie 1933.
4. DARIER: Dermatologie.
5. GOUGEROT: La dermatologie en clientele.
6. JADDASOHN: Handbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten.
7. KRONMAYER — SCHÖLTZ: Bőrgyogyasyat és nemibetegségek.
8. LIPSCHÜTZ — KUNDRALITZ: Wien Med. Wschr. 1925.
9. MARINESCU: Ann. d. Dermatol. 1931. p. 641—664.
10. MARINESCU: Bull. Soc. Rom. Derm. 1931.
11. MARINESCU — DRĂGĂNESCU: Presse Medical. 1927.
12. POOR F.: Dermatologie.
13. SELLEY J.: A bőr betegségei.
14. TĂTARU C.: După notițele luate la cursurile de dermatologie și venerologie.