

HIPERTROFIA TOTALĂ A MEMBRULUI
INFERIOR CU NAEVUS PLAN VASCULAR,
OSTEOSCLEROZĂ PARȚIALĂ ȘI
ACROCIANOZĂ

TEZĂ

PENTRU

DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE 2 MARTIE 1939

DE

RADU .T. ANASTASIU

Fost extern al Asigurărilor Sociale. Fost medic B. C. G. Fost secundar al
prevenitorului maritim „Agigea”. Fost medic auxiliar al Spitalului de
Ortopedie și Chirurgie Infanțilă „Regina Maria” Cluj



C L U J

TIPOGRAFIA „CARTEA ROMÂNEASCĂ”

1 9 3 9

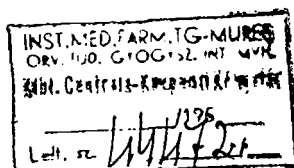
HIPERTROFIA TOTALĂ A MEMBRULUI
INFERIOR CU NÆVUS PLAN VASCULAR,
OSTEOSCLEROZĂ PARȚIALĂ ȘI
ACROCIANOZĂ

TEZĂ
PENTRU
DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE 2 MARTIE 1939



RADU T. ANASTASIU

Fost extern al Asigurărilor Sociale, Fost medic B. C. G. Fost secundar al
preventoriului maritim „Agigea”. Fost medic auxiliar al Spitalului de
Ortopedie și Chirurgie Infanțilă „Regina Maria” Cluj



27 MAY 2008



UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I” DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Decan : Prof. Dr. DRĂGOIU I.

Profesori :

Clinica stomatologică	Prof. Dr. ALEMAN I.
Microbiologia	” ” BARONI V.
Fiziologia umană	” ” BENETATO GR.
Istoria Medicinii	” ” BOLOGA V.
Patologia generală și experimentală	” ” BOTEZ A. M.
Clinica oto-rino-laringologică	” ” BUZOIANU GH.
Istologia și embriologia umană	” ” DRĂGOIU I.
Semiologie 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	” ” PĂPILIAN V.
Clinica chirurgicală } Medicină operatoare }	” ” POP A.
Clinica Infantilă	” ” POPOVICI GH.
Farmacologia și farmacognozia (supl.)	” ” POPOVICI GH.
Chimia medicală	” ” SECĂREANU ȘT.
Balneologia	” ” STURZA M.
Clinica dermato-venerică	” ” TĂTARU C.
Clinica urologică	” ” ȚEPOSU E.
Clinica psihiatrică	” ” ȚRECHIA C.
Anatomia patologică	” ” VASILIU T.
Igiena generală	Agr. ZOLOG M.
Fizică medicală	Conf. BĂRBULESCU N.

JURIUL DE PROMOȚIE :

Președintele tezei: Prof. Dr. D. NEGRU

Membrii : { Prof. Dr. I. HAȚIEGANU
 ” ” T. VASILIU
 ” ” M. KERNBACH
 ” ” G. BUZOIANU

Supleant: D-l Conf. Dr. C. VELUDA

**MEMORIEI PĂRINȚILOR MEI DRAGI
ȘI FRAȚILOR MEI MORȚI, închin rân-
durile acestei lucrări.**

**Domnului Doctor I. COSTINESCU
Distins omagiu.**

**Domnului Prof. Doctor D. NEGRU
aduc și pe această cale mulțumirile mele,
pentru cinstea ce mi-a făcut de a-mi pre-
zida lucrarea inaugurală.**



**Onor JURIULUI DE PROMOȚIE
întreaga mea recunoștință de fost elev.**

**Doamnei și Domnului Doctor AL. RĂ-
DULESCU directorul spitalului de ortope-
die și chirurgie infantilă.**


**Vă asigur de tot respectul meu, vă
mulțumesc pentru felul cum a-ți înțeles să
mă învățați să am grije și milă de bolnav.
Vă asigur că recunoștința e o floare care
crește în sufletul meu.**

**Fratelui meu Doctor ȘTEFAN
ANASTASIU Directorul Serviciului
Balneo-Climatic din Ministerul Sănătății.
I-ți mulțumesc dragă frate pentru tot ceea ce
ai făcut pentru mine în timpul studenției.**

Fratelui meu avocat NICOLAE ANASTASIU. Fii sigur drage Nae că imi voi reaminti mereu cât ai fost de bun și înțeleghător cu mine.

Surorilor mele MARGARETA și MELANIA. Vă asigur că dragostea mea de frate nu se va desminți niciodată.

Cumnatelor și cumnaților mei aceiași dragoste curată ce port și soților lor.



Respectuoase omagii corpului ofițeresc al Batalionului 1 Vânători de Munte Sinaia „Proprietatea Majestății Sale Regelui Carol II” în care am avut cinstea să-mi fac serviciul militar.

Prietenilor și prietenelor mei, aceiași prietenie dezinteresată, oricând asperitățile vieții o vor cere, îi asigur de ajutorul meu neprecupețit.

*Nepoților și nepoatele mele
toată dragostea mea.*

HIPERTROFIILE CONGENITALE ALE MEMBRELOR.

Aceste malformațiuni sunt destul de rareori observate în clinică. Cauzele ce le produc sunt greu de scos în evidență, totuși s'au făcut până în prezent o serie întreagă de presupuneri patogenice, cari merită să fie trecute în revistă din primul moment.

Teoriile patogenetice cari ar explica aceste hipertrofii, sunt multiple. Bull, Holmes, etc cred că e vorba de un limfagiom care ar fi explicabil pentru hipertrofiile neregulate, dar nu poate explica hipertrofia osoasă. Barvell, pentru a explica hipertrofia prin naevi, admite o dezvoltare imperfectă a tunicii arteriale, care nu se poate constata.

Trélat și Monod cred că turburările vasomotorii sunt cele care provoacă congestia și hipernutriția; Duplay, Leblanc, au o teorie nervoasă după care naevii constituie focarul de iritație (fapt admisibil în caz de anevrism cirsoid).

Aceste explicații nu sunt mulțumitoare și ne vedem nevoiți să ne gândim la epoca când țesutul mezemchimatos nu e diferențiat. Astfel fiind, putem invoca un început de leziune în perioada embrionară, înaintea formațiunei sistemului circulator și nervos (Cagiati), atunci deci, când celulele din mezemchim sunt încă nodale (Gayet și Pinatelle). Rezultatul ar fi un defect global sau localizat al sistemului arterio-venos (angiom, naevi, anevrism), sau al sistemului limfatic. Mereu însă ne vom gândi care a fost spinul iritativ.

Hipertrofiile congenitale ale membrelor se împart în două mari categorii, și anume: Hipertrofii congenitale parțiale și hipertrofii congenitale totale. Voi face în prealabil o incursiune succintă în această chestiune și voi insista apoi asupra cazului ce formează subiectul acestei lucrări.

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

Department of Chemistry
Chicago, Illinois



Received of the University of Chicago
the sum of \$100.00
for the purchase of books
for the Department of Chemistry
dated 1/15/50

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
CHICAGO, ILLINOIS

A) HIPERTROFIILE CONGENITALE PARȚIALE.

Cusson spune că hipertrofiile congenitale parțiale nu ating decât un segment de membru și sunt cele mai frecvente. După o statistică s'a văzut că raportul era de 76 hipertrofii ale unui segment de membru, la 31 cazuri care atingeau un membru întreg și 26 afectând jumătatea corpului.

Hipertrofiile congenitale parțiale ating electiv degetele mâinilor și picioarelor.

Macroductilia, care este caracterizată prin hipertrofia unor degete, dând forma cea mai localizată a hipertrofiilor congenitale a membrelor. De obicei este unilaterală și nu se găsește decât foarte rar de ambele părți. Evoluția acestei macroductilii este lentă, dar se poate accentua către pubertate. Clinic, găsim două forme și anume: gigantismul parțial (hipertrofia regulată) și forma limfoangiomasoasă (hipertrofia circonferențială).

Halomegalia și *Macropodia*, care nu sunt decât hipertrofii ale degetelor dela picioare, se întâlnesc mai des chiar decât cele ale degetelor dela mâini. Aceste hipertrofii ar fiacompaniate destul de des de tarsomegalii, metatarsomegalii și macropodii.

B) HIPERTROFIILE CONGENITALE TOTALE.

Hipertrofiile congenitale ale membrelor se împart în: regulate (gigantismul parțial) și neregulate, care de obicei nu interesează toate țesuturile, ci numai unele din ele.

Aceste hipertrofii congenitale sunt constituite sau dela naștere, sau ulterior rămânând elementul congenital inițial.

a) *Hipertrofiile neregulate* corespund la limfangite difuze de unde și numele de elefantiazis congenital propus de Lannelongue și Kirmisson. Acești autori mai adaugă o altă varietate

și anume hipertrofia printr'o tumoare supraadăugată, când este difuză, pentrucă altfel, adică atunci când este masivă, nu putem pune decât diagnosticul de tumoare.

b) *Hipertrofiile congenitale regulate* totale sau parțiale se caracterizează prin mărirea uniformă și regulată a tuturor țesuturilor dela piele la os. Ele sunt întinse (Apert), dar foarte rar sunt enorme, când ating jumătatea corpului (hemihipertrofie) având eventual predominență la un membru. Broca și Lamy dau un caz al unui copil cu unul din membre mult mărit față



Fig. 1. - Hipertrofia congenitală a membrului inferior drept cu caracter rizomelic. (După Rădulescu)

de celălalt în așa fel că membrul mărit părea al unui copil de 7 ani, când în realitate el nu avea decât 4 ani. S'a mai remarcat încă tendința de a rămânea această proporție pe măsură ce scheletul se desvolta. Intre formele totale și parțiale se găsesc o gamă întreagă de cazuri intermediare. S'au semnalat de către Lamy *hipertrofii rizomelice*, iar de către Potel hipertrofii limitate la un segment de membru, cum ar fi gamba sau tarsul.

Pe lângă acestea mai sunt hipertrofiile izolate ale degetelor dela mâini; primele sunt mai rare.

Elefantiazisul congenital al lui Lannelouque și Achard se caracterizează printr'o mărire de volum în lărgime. Este o hipertrofie neregulată care nu interesează scheletul. Tegumentele sunt caracteristic moi (Ombrédanne), alte dăți mai rezistente. S'ar părea că limfaticile dilatate, câteodată polichistice, sunt locul inițial al dezordinei.

Trofoedemul cronic familial al lui Meige. Este o afecțiune



Fig. 2. — Hipertrofia congenitală a antebrațului și mână drepte.
(După Rădulescu).

care dă îngroșări profunde, fără să fie însă o adevărată hipertrofie, este un oedem cronic difuz, fără ca osul să fie atins, iar ca particularitate prezintă faptul că este familial.

Oedemele elefantiazice subjacente cicatricelor. S'ar părea că țin de „Maladia ulceroasă” (Ombrédanne) și că ar fi atribuite clasic leziunilor prin bride amniotice. Această hipertrofie este de obicei segmentară, nu se adresează decât părților moi și pare a nu se găsi decât la membrele inferioare.

Hipertrofiile secundare neurofibromatozei. Se crede că face parte din neurofibromatoza lui Recklinghausen, după cum o arată în acest caz petele pigmentare și neurofibromii răspândiți pe corp, dar mai ales a tumorilor sesile tegumentare cu dezvoltare foarte mare dau aspectul unei hipertrofii a segmentului de membru unde se găsesc.

Hipertrofie totală cu naevi aparte este aceea ce se însoțește de naevi vasculari, varice, sau angiom a membrilor interesate. S'ar putea ca aceștia să fie incriminați ca factori declanșatori ai hipertrofiei. Aceste forme sunt evolutive și se accentuează cu vârsta.

Klippel și Trenaunay au izolat un sindrom *de naevus varicos osteohipertrofic*, în care hipertrofia nu se referă numai la părțile moi, ci chiar asupra osului însuși; iar câteodată dilatația varicoasă a venelor puțin marcată în copilărie, se face remarcată spre pubertate. Formele cu varice se pot însoți de ulcere varicoase și turburări trofice asupra perilor și unghiilor (Duplay); cât privește hipertrofiile de origină angiomatoasă, se dezvoltă amenințător câteodată și sunt chiar dureroase.

Cu aceste noțiuni asupra hipertrofiilor, voi descrie acum un caz de:

HIPERTROFIA TOTALĂ A MEMBRULUI INFERIOR CU NAEVUS PLAN VASCULAR, OSTEOSCLEROZĂ PARȚIALĂ ȘI ACROCIAZOZĂ.

La data de 25 Octombrie 1934 intră în serviciul nostru (Spitalul de Ortopedie și Chirurgie Infantilă „Regina Maria” Cluj) o fetiță de 7 ani cu o hipertrofie totală a membrului inferior stâng. În antecedentele hereditare, nimic de remarcat. Născută la termen normal. Cam pe la 6 luni, mama ei observă pe fesa stângă existența unei pete vinete care se întindea pe măsură ce hipertrofia membrului se accentua, către regiunea lombară și pe partea externă a coapsei stângi. La 2 ani are o tricoftizie a regiunii păroase și la 4 ani rujeolă. Dela 3 ani, spune mama ei, că a observat că membrul inferior stâng se dezvoltă în discordanță cu membrul inferior drept și că la palpate era mai cald. Fetița mergea schiopătând; iar din când în când ea se plângea de ușoare dureri la genunchiul stâng. În prezent la inspecție vedem că membrul inferior stâng este hipertrofiat, cu dimensiuni considerabile, s'ar părea că este piciorul unui copil de cel puțin 12 ani. La examenul general se constată: extremitatea cefalică, normal conformată, suprafața păroasă prezintă porțiuni fără păr destul de întinse (consecința vechei tricoftizii), dentiția normală, are strabism convergent cu diplopie consecutivă, dar inconstantă, buzele ușor ceanotice. Toracele puțin alungit, coloana dorso-lombară este foarte deviată funcțională (scolioză dorso-lombară). Oblicitatea basinelui foarte manifestă este impusă prin diferența de lungime a membrului inferioare și se traduce prin denivelarea spinelor anterioare ale osului coxal; prin înclinarea liniei interfesiere și prin devierea fantei labiale a vaginului. Se constată pete roșii brune (nevi plani vasculari sau nevus flameus) cari se întind dela a doua ver-

tebră lombară și cuprind pielea regiunii lombare stângi și aceia a fesei respective. Pe coapsă, petele iau aspect de insule mai mult sau puțin continue și se găsesc mai ales la partea superioară a membrului, pe suprafața externă și anterioară; la genunchiu ele sunt mai întinse menajând numai regiunea poplitee. După aceea nevusul se continuă în pete de dimensiuni mai mici; de partea externă a gambei și în plăci la nivelul articulației tibio-tarsiene și pe dosul piciorului. Degetele și regiunea

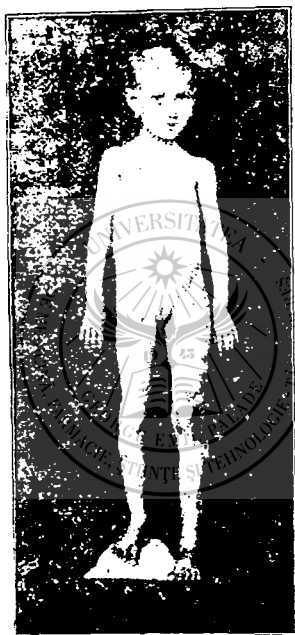


Fig. 3. - Hipertrofia totală a membrului inferior cu naevus plan vascular, osteoscleroză parțială acrocianoză. (După Rădulescu).

externă a antepiciorului stâng sunt aproape indemne. Se observă foarte bine vascularizația mai accentuată a pielii în regiunile unde există nevusul, dar lipsesc varicozitățile care le întâlnim cel mai adesea în cazuri similare. La nivelul petelor colorate, chiar cu lupa nu se observă peri. Toate extremitățile corpului, înțelegând și piciorul stâng în partea unde nu sunt nevi vasculari, sunt foarte cianozate. Această acro-asfixie cuprinde, deci, mâinile, picioarele, degetele și într'un grad mai mic

pomeții. Aspectul este acela al unui copil suferind de boala albastră, sau mai bine de cianoză. Aceste extremități cianozate sunt destul de reci la palpate. Dacă se apasă cu degetul pe regiunea vânătă, se obține o pată decolorată care persistă destul de mult. Mobilitatea și forța musculară a membrilor este normală. Presiunea dinamometrică la mâna stângă, 15, la dreapta 10. Reflexele osteo-tendinoase sunt normale, exceptând reflexul rotulian stâng, care este puțin mai viu decât congenere-

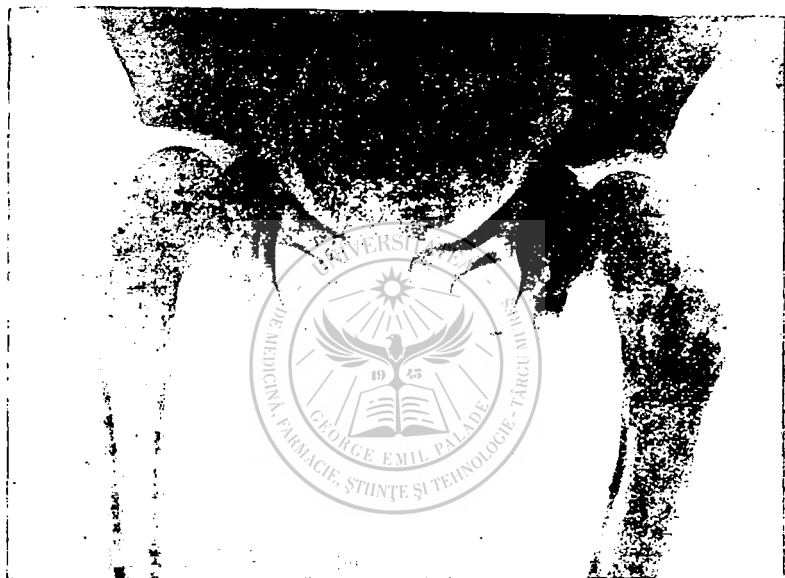


Fig. 4. — Osteoscleroza femurului și a jumătății corespunzătoare a basinelului osos.
(După Rădulescu).

mul său. Reflexele cutanate sunt normale. În ceea ce privește reflexul plantar, se poate afirma că există o tendință spre Babinski, mai marcată la stânga decât la dreapta. Reflexul pilo-motor este destul de accentuat la ambele gambe, dar evident mai viu la nivelul gambei stângi. Reflexul oculo-cardiac 88—96. Examenul fundului de ochi nu arată o cianoză a retinei, nici semnul lui Babinski și D-ra Tufescu, nu avem deci boala albastră. Semnele sexuale secundare nu există, de asemenea nici stigmatе de degenerescență. Examenul complet al urinei n'a pus în evidență nimic anormal. Reacția Bordet-Wassermann, negativă. La examenul aparatului respirator și circulator (făcut

de asistent Dr. Moga) se constată: plămâni normali, ascultație, radioscopie, radiografie; inima normală, matitate precardiacă,

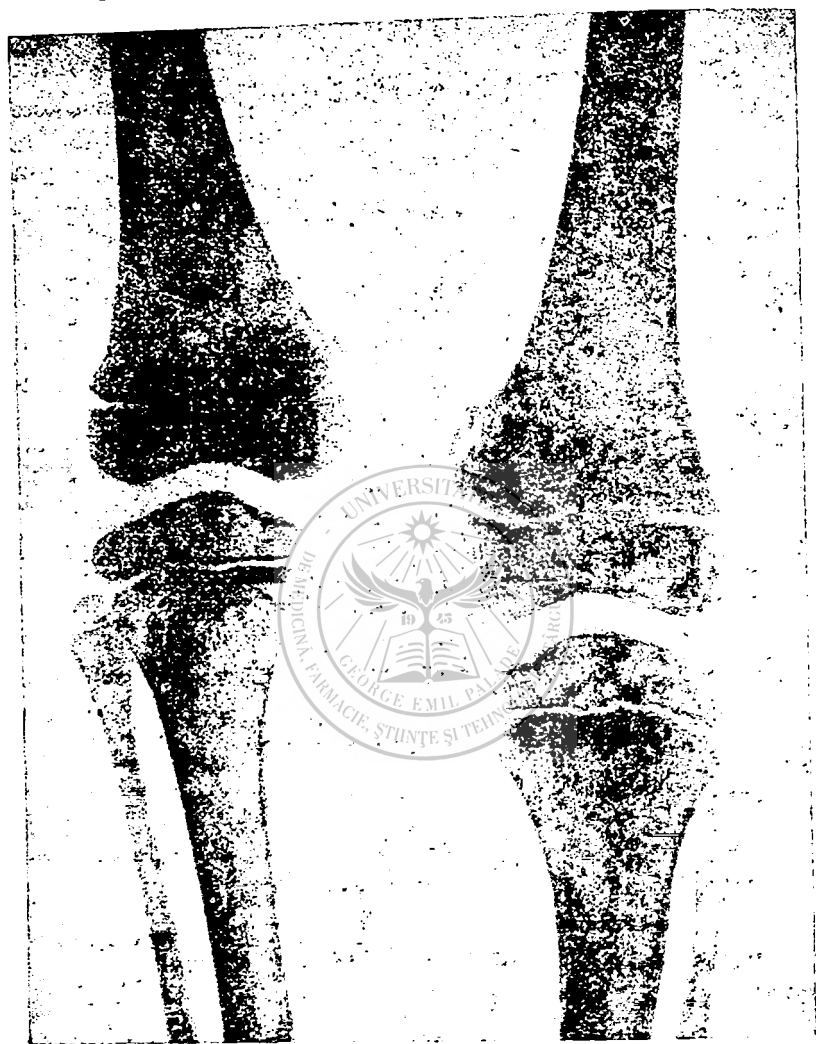


Fig. 5. - Osteoscleroza femurului și a tibiei. Diferența de grosime și lungime.
(După Rădulescu).

sgomote, radioscopie, radiografie. Tensiunea arterială: maxima 8 cm Hg. Vaquez-Laubry, nu se poate determina precis tensiunea minimă. Indicele oscilometric (Pachon) gamba stângă 5 diviziuni, coapsa stângă 8 diviziuni; coapsa dreaptă $2\frac{1}{2}$ diviziuni.

Metabolismul bazal făcut de Docent Dr. Gavrilă, normal. Calcemia normală. Ficatul și splina nici hipertofiată, nici sensibilă la palpare.

Dimensiunile la membrele inferioare: Sp. il. ant. sup. maleola int. dreapta $60\frac{1}{2}$ cm. Sp. il. ant. sup. maleola int. stângă $53\frac{1}{2}$ cm. Diferența în lungime între membre este deci de 7 cm. Circomferința coapsei în $\frac{1}{3}$ super. dr. 27 cm., stg. 31 cm. Circomferința genunchiului drept 22 cm., stg. 25 cm. Circomferința gambei ($\frac{1}{2}$ mijlocie) dreapta 19 cm., stânga 23 cm. Circomferința gâtului piciorului dr. 14 cm., stg. 16 cm. Circomferința piciorului în medio-tarsiană dr. $15\frac{1}{2}$ cm., stg. $18\frac{1}{2}$ cm. Se constată deasemenea o diferență de temperatură apreciabilă, hipertermie, care se poate simți bine cu mâna, mai ales la nivelul marilor pete ale pielii. Pentru a se lua concomitent temperatura superficială a pielii în două puncte diferite, ne-am servit de două termometre cuplate printr'o tijă metalică, mobile între ele până la 20 cm. și având rezervoarele plate. Iată rezultatele: temperatura genunchiului stâng la nivelul rotulei 36° , iar la dreapta 30° , temperatura coapselor la 8 cm. de genunchiu, la dreapta 30° , la stânga 33° ; la nivelul feselor la dreapta 28° , la stânga 33° . Există deci o hipertermie locală de 3—6 diviziuni între regiunile unde există nevus și tegumentele normale ale aceleiași membru inferior sau de cealaltă parte. Căldura anormală există deci mai ales la nivelul epifizelor oaselor lungi și a bazinului. *Radiologic se vede numai la nivelul membrului inferior leziuni caracteristice. Celelalte oase ale scheletului sunt normale și nu prezintă nici o modificare în structura lor sau în ceea ce privește evoluția sau aspectul zonelor de trecere. Toate modificările radiologice coincid cu prezența petelor colorate ale pielii unde se constată și ridicarea de temperatură locală (extremitățile superioare și inferioare ale femurului, rotula, epifiza tibială, oasele tarsului). Din punct de vedere radiografic se constată deci o dezvoltare mai accentuată a scheletului membrului inferior stâng, exceptând capul femurului, care prezintă aceleași dimensiuni ca celălalt. Ceea ce ne izbește privind radiografiile în afara osteohipertrofiei menționate, este o condensare osoasă neegal răspândită, care interesează toate oasele membrului inferior stâng și coxalul respectiv. La partea superioară și externă a sprincenei cotiloidiene stângi, se observă o conden-*

sare osoasă neregulată, având forma unui mic patrulater. Delimitarea petei condensate este netă, mai ales la nivelul conturului cavității cotiloidiene. Se observă la unghiul inferior intern al zonei condensate, câteva strii paralele, destul de bine marcate. (Fig. 4).

Cele două treimi ale ramurei ischiatică sunt foarte condensate, în așa fel că imaginea de lacrimă aproape a dispărut. Se



Fig. 6. — Osteoscleroza oaselor piciorului stâng. Se văd puncte scleroase ale oaselor tarsului ca în osteopochille. (După Rădulescu).

găsesc totuși în această regiune foarte mici suprafețe normale. Către cavitatea obturatoare există o mică cavitate condensată. În ramura pubiană a osului coxal, în lungul bordului superior se observă o condensare osoasă foarte accentuată, având o formă semilunară bine delimitată. Pe capul femural sunt câteva focare de condensare osoasă și două linii paralele, dintre care cea inferioară delimitează epifiza, către cartilajul de conjugare.

Colul, care este mult mai dens decât congenerul său, este striat de linii osoase-condensate având direcția traveelor normale. Partea superioară a diafizei femurale este foarte densă și se observă trei coloane osoase foarte condensate și amorfe. Trocanterul este normal. Diafiza ia aspectul de os ca fildeșul, exceptând zona clară care delimitează corticala internă. Canalul medular a dispărut complet. Condensarea țesutului osos diminuează gradat către diafiza inferioară a femurului. Bulbul osos este foarte



Fig. 7. — Picioarul stâng văzut din profil. (După Rădulescu).

condensat, aproape uniform, și către extremitatea internă conturul osos este proeminent și puțin neregulat. (Fig. 5). Epifiza inferioară a femurului, conține în jumătatea externă zone osoase foarte condensate. Diafiza femurului stâng este mai condensată decât cealaltă și structura mai ștearsă.

Spațiul articular al genunchiului normal. Pe epifiza tibială stângă, care este mai dezvoltată decât cealaltă, se observă de asemenea condensări către mijloc. Diafiza tibială prezintă condensări în lungime, care se concentrează către bordul intern. Metafiza și epifiza inferioară a tibiei sunt mai întunecate. Epifiza inferioară a peroneului este tigrată. (Fig. 6). La piciorul

stâng se observă condensațiuni în oasele tarsului, a celor 3 metatarsieni interni și a falangelor respective, cari par să continue scleroza tibiei. (Fig. 7).

Toate celelalte oase ale scheletului, chiar și apofizele cilt-noide sunt absolut normale. Forma și dimensiunile fosetei hipofizare, normale.



CONSIDERAȚIUNI ASUPRA CAZULUI.

Ceeace diferențiază cazul nostru de diferitele hipertrofii pe care le-am văzut și mai ales de maladia lui Klippel și Tre-naunay, care se face remarcată, în forma ei tipică și completă, prin următoarele: 1. Hipertrofia totală a membrului, fără să existe oedem al părților moi. 2. Naevus vascular plan de aceeași parte. 3. Dilatație varicoasă, este existența acrocianozei, a osteosclerozei răspândită în oasele ce corespundeau petelor colorate ale pielii, ce aveau temperatura locală mărită. Cele două sindroame nu se pot asemăna între ele numai prin faptul existenței hipertrofiei totale care este singurul aspect comun, deoarece naevusul plan nu era varicos și în sindromul lui Klippel și Tre-naunay nu s'au descris fenomene de osteoscleroză.

Cât privește acest naev plan varicos, după „Nouvelle pratique dermatologique”, este caracterizat prin hiperplazia sistemului vascular intradermic și se confundă din această cauză cu angiomi. Pot fi de cele mai multe ori definiți ca tumori benigne de origină congenitală, constituiți printr'o îngrămădire de vase dilatate și neoformate separate unele de altele printr'un țesut conjunctiv mai mult sau mai puțin dens. Se pot desvolta după naștere, în copilărie sau chiar la o vârstă mai avansată. Cu toatecă sunt benigne, pot ajunge de dimensiuni enorme, invadând o bună parte de țesut. Se diferențiază în hemangiomi și limfagiomi, după cum hiperplazia este a țesutului vascular sau a țesutului limfatic. Acești hemangiomi se împart și ei la rândul lor în simpli și cavernoși. Hemangiomul simplu, sau plan, constituit de naevi vasculari plani de origină congenitală, care sunt niște pete plate sau puțin ridicate, de colorație când roză puțin aparentă, când mai deschisă, sau roșu aprins, violaceu, ori albastră. La suprafața lor se observă simple insule, sau pete

mari ocupând o bună parte a tegumentului și chiar totalitatea unui membru. Sunt în general întinși și netezi, dar câteodată mai au și mici ridicături la suprafață. Colorația lor suferă diferite influențe, cum e a frigului, a emoțiilor etc. Formele mai întinse sunt întovărășite de obicei de o ridicare mai mult sau mai puțin a temperaturii locale. Ceeace e de remarcat și trebuie să fie reținut este faptul că naevul ce există în cazul nostru este unul plan vascular tipic, diferit de acela descris în sindromul lui Klippel și Trenaunay.

În sindroamele asociate ale naevului plan se remarcă adesea o hipertrofie difuză a țesuturilor, legată de creșterea excesivă a sistemului vascular și având ca o consecință, mărirea de volum a teritoriului corespunzător, cu participarea scheletului. În cazul nostru există și leziunile de *osteoscleroză*, care sunt sui generis, pentrucă împrumută aspectele altor afecțiuni osoase cum e Osteopoichilia, Eburnificarea osoasă (Marmorknöchenerkrankung) și chiar Melhoreostoza.

Osteopoichilia numită astfel de Ledoux—Labard, Chabaux și Dessane și descrisă întâi de Albers—Schönberg, are următoarele caracteristice radiologice: condensări osoase răspândite în masa spongioasă a oaselor, având mici dimensiuni (gălmășie de ac, linte, boabe de piper), sau câteodată și prin strii îndreptate în direcția traveelor osoase (Vorhaeve, Masherpa).

Aspectul pătat predomină mai ales în metafiză și epifiză. Svab, Windholtz remarcă că această boală ar fi hereditară, ceea ce nu e cazul nostru.

Boala lui Albers—Schönberg. Oase de marmoră, eburnificarea osoasă). Prezintă și ea următoarele caractere radiologice. Aspectul este extrem de condensat, ca de marmoră, al țesutului osos, așa încât canalele medulare sunt înlocuite printr'o substanță deasă, opacă, fără nici o structură.

Melhoreostoza a fost descrisă de Léry și Joanny în 1922 și foarte sugestiv compară aspectul marmorat extrem de compact al oaselor ce formează un membru, cu acela al unei lumânări dealungul căreia a curs ceară topită. Caracteristic e, că nu se manifestă decât într'o singură parte a osului.

Cazul nostru împrumută caracteristice din toate aceste trei afecțiuni, care în primul rând se manifestă prin sclerozări parțiale osoase.

Dispozițiunea radiculară a afecțiunii cutanate și osoase din cazul nostru elimină presupunerea de boală de sistem. Ca să diferențiem mai bine cazul nostru de maladia lui Albers—Schönberg, nu am decât să reamintesc că dacă aspectele radiologice ale cazului nostru s'ar apropia de boala lui Albers—Schönberg (diafiza femurală și metafizele), totuși aceste leziuni se mărginesc la oasele unui singur membru, nu sunt nici unice și uniforme, ci asociate cu mici condensări izolate care amintesc osteo-poichilia. Din afecțiunea lui Léri și Joanny apropiat ceva, dar foarte puțin, cum este condensarea osoasă la partea internă a tibiei, la cei trei metatarsieni și falangele respective.

În cazul nostru un semn clinic de care trebuie ținut seamă este acrocianoza. Pierre—Noel—Deschamps crede despre acrocianoză că este datorită unei turburări a tonusului vascular al capilarelor și al venelor, fapt legat de turburări endocrino-simpatice.

A. *Corteaud* crede că acrocianoza ar fi datorită unei intoxicații, a uneia sau mai multor turburări endocrine, a unei lipse sau încetinirea nutriției. Turburări nervoase permanente sunt câteodată la baza afecțiunii (hemiplegii, miopatii, paralizie infantilă), și acrocianoza apare la membrele paralizate sau atrofiate. Alți autori cred, că acrocianoza ar fi datorită și unei infecțiuni tuberculoase foarte atenuate. La cazul nostru, funcțiunea tiroidiană era normală și nici o altă discrinie nu s'a putut pune în evidență. În ceea ce privește explicația hipertrofiei totale a membrului inferior, credem că numai căldura locală putea să aibă influențe asupra osteogenezei, stimulând funcțiunea cartilagiilor diafizo-epifizare și astfel dând naștere hipertrofiei membrului inferior, determinând în același timp și osteoscleroza. Se știe de mult care este influența căldurii asupra creșterii oaselor. Moss și Schmidt au reușit să mărească diferitele segmente ale unui membru ungând tegumentele, în dreptul cartilagiilor de creștere, cu tinctură de iod; fiindcă ea produce o hiperemie și o mică ridicare a temperaturii locale. Hiperfuncțiunea cartilagiilor diafizo-epifizare cu hipertrofia totală a membrului inferior stâng ar fi în funcție de turburări simpatice.

Toate componentele acestui caz, cu toate că le găsim destul de des, în diferite afecțiuni, niciodată însă nu le-am găsit împreună, ceea ce m'a făcut să cred că e un caz aparte, iar problemele pe care le pune au nevoie de multă discuție.

DISCUȚIE PATOGENICĂ.

În adevăr, dacă osteoscleroza cazului nostru împrumută caractere dela afecțiunile amintite, are totuși o fizionomie aparte, care-l diferențiază de toate celelalte. Denumirea de osteopatie condensantă diseminată, dată de Wachtel osteopoi-chiliei, ar conveni și cazului nostru, cu singura condiție ca să limităm manifestările patologice la membrul hipertrofiat. Mai știm deasemenea că acroasfixia denotă adesea alterațiuni venoase sau o disfuncție a sistemului vaso-motor, la fel poate fi o discriminie sau o intoxicație lentă. Funcțiunea tiroidiană ca și aspectul fosetei hipofizare fiind normal, existența turburării endocrine la cazul nostru, nu o putem susține cu certitudine.

Temperatura locală, destul de ridicată în regiunile unde naevusul plan vascular era mai dezvoltat, mai ales în regiunile diafizo-epifizare. Ceeace e mai interesant, e constatarea că, faptul ridicării temperaturii locale cu câteva diviziuni, se datorește unei cauze atât de puternică și independentă de conjuncturile locale, încât ea se manifestă chiar în regiunile cianozate, reci și umede. (Piciorul stâng).

Diferența între temperatura petelor de naev pe dosul piciorului și părțile cianozate, imediat adiacente, este remarcabilă. Nu am putea să explicăm această hipertermie prin micile dilatațiuni ale vaselor, pentru că în marile angioame întinse ale membrelor, ca în cazul lui Sorel, ridicarea temperaturii locale era puțin sensibilă.

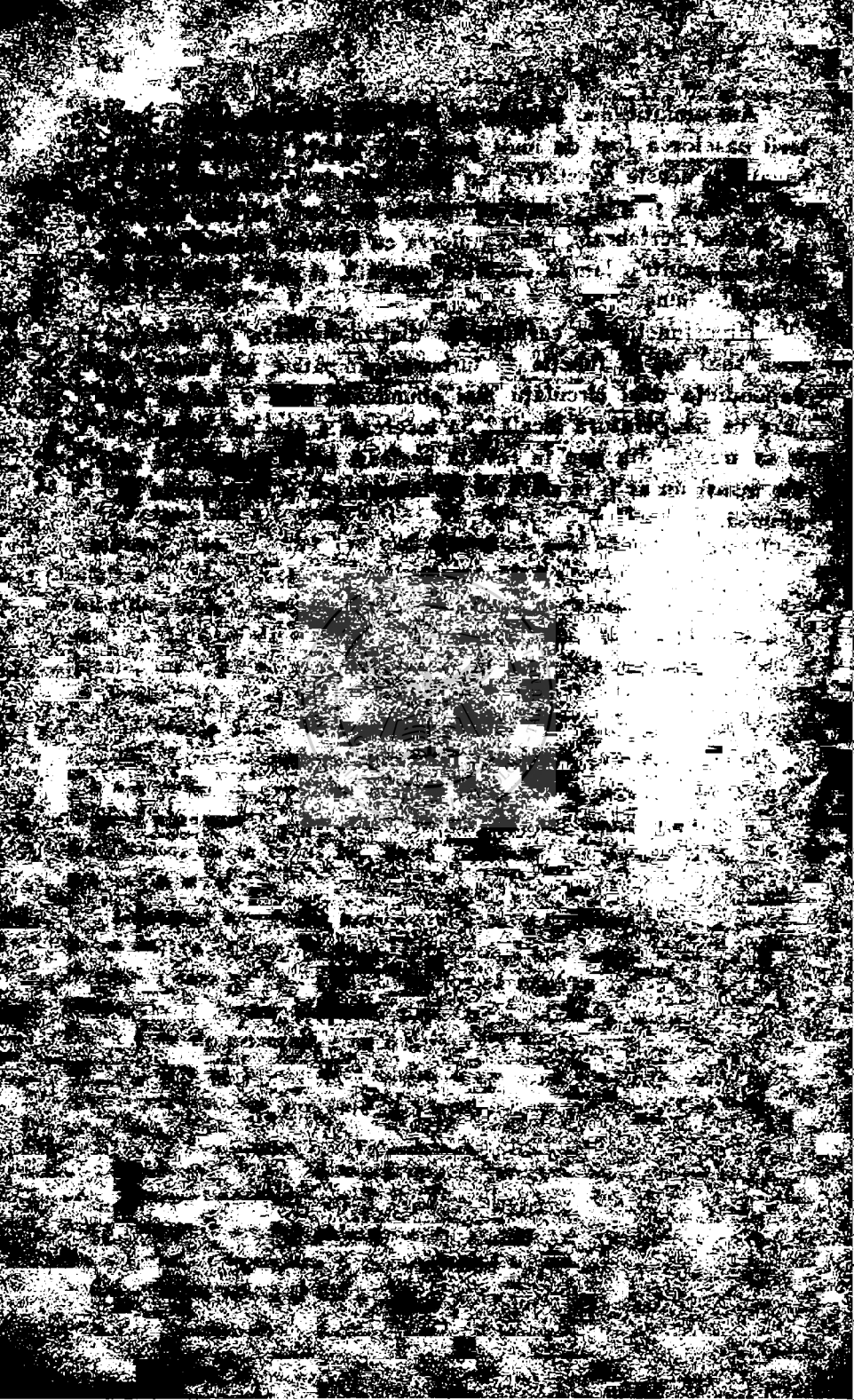
Deoarece topografia naevusului e oarecum radiculară, ne-ar putea sugera existența unei funcționări anormale a centrilor simpatici, care ar putea la rândul lor să expl'ce astfel existența temperaturii locale ridicate, precum și aceia a acrocianozei. Dar e greu de priceput, cum o turburare funcțională a aceluiași centru poate să producă în același timp două fenomene atât de opuse (acrocianoza și dilatația vasculară cu ridicarea temperaturii locale).

Ar fi mai logic să considerăm acrocianoza ca rezultatul unei discriminii neidentificate? Desigur, căldura locală a avut o mare influență asupra osteogenezei, stimulând funcțiunea cartilagiilor diafizo-epifizare și determinând astfel hipertrofia membrului inferior stâng și tot astfel și osteoscleroza.

Am amintit mai înainte că influența căldurii asupra creșterii oaselor a fost de mult pusă în evidență și diferiți autori, bazați pe aceste constatări, au preconizat în tratamentul scoliozei la copii și adolescenți stimularea creșterii părților concave a coloanei vertebrale, prin iradierea cu ajutorul razelor calorice produse printr'o lampă electrică specială, și pare că au obținut rezultate bune.

Hiperfuncțiunea cartilajelor diafizo-epifizare și osteoscleroza sunt ele în funcție de turburări simpatice, sau numai sub dependența unei circulații mai abundente, deci o simplă ridicare de temperatură locală? Să încercăm a găsi un răspuns, ar fi să trecem din nou în revistă aceleași teorii patogenice, care ele însuși nu ar fi în stare să ne lămurească și să tranșeze chestiunea.





CONCLUZII.

1. Sindromul care ne preocupă este compus dintr'un complex de simptome: hipertrofia totală a membrului inferior, nevus plan vascular cu osteo-scleroză fragmentară și acrocianoză.

2. Cu totul important este faptul că în dreptul zonelor tegumentare cu nevus plan se află condensări osoase. *Acestea s'au descoperit cu ajutorul radiografiei.*

3. *Ceeace caracterizează sindromul este de sigur și înfățișarea radiografică a oaselor membrului inferior hipertrofiat, care împrumută aspecte din osteopoechilie, din boala lui Albers—Schönberg (Marmorochenerkrankung) și din melhoreostoză (boala lui Léri și Joanny).*

4. Hipertrofia totală a membrului inferior, de natură congenitală, nu este o malformațiune excesiv de rară.

5. Sindromul lui Klippel și Trenaunay, adică hipertrofia unui membru cu prezența unui naevus plan varicos s'a observat de puține ori.

6. Sindromul nostru se deosebește de precedentul prin faptul că naevusul plan nu e varicos, are hipertermie accentuată la nivelul petelor roșii, osteoscleroză, precum și acrocianoză.

7. Hipertrofia membrului inferior în cazul acesta, nu ar fi o malformațiune congenitală propriu zis ci consecința hipertermiei locale care acționează chiar la nivelul cartilajelor diafazo-fizare dela șold, genunchiu și articulația tibio-tarsiană.

8. Hipertermia sau cauza acestei hipertermii ar da osteo-scleroza.

9. Sindromul ar fi putut fi provocat de o discriminie, fiindcă este acompaniat de acrocianoză, dar ținând seama de unilatera-litatea leziunilor osoase, e mai probabil că e datorit unor turbu-rari de ordin simpatic. Așa s'ar putea explica hipertermia și în-

dependența completă, între acrocianoză și naevusul plan cu hipertermie, fiindcă fiecare își păstrează caracterele proprii, chiar când se asociază, cum se întâmplă la piciorul stâng.

10. Hipertrofia totală a membrului inferior cu naevus plan, hipertermie locală, osteoscleroză și acrocianoză este un sindrom cu totul aparte și până în prezent observat și publicat o singură dată de către Rădulescu. Sindromul este extrem de important prin problemele biologice pe care le pune.

11. Pentru faptul acesta și pentru că sindromul a fost bine studiat și publicat în „Journal de Radiologie” și „Year Book of Radiology” (1936) și a fost cerut autorului din toate părțile lumii, credem că este drept să fie denumit „sindromul lui Rădulescu”.

Cluj, la 28 Februarie 1939.

Văzută și bună de imprimat:

Decanul Facultății
de Medicină,
Prof. Dr. I. DRĂGOIU.



Președintele tezei,
Prof. Dr. D. NEGRU.

BIBLIOGRAFIE.

- Bréchat—Gasne*: Deux cas de nevus varigereux ostéohypertrophique (Maladie de Klippel et Trénonay).
- Bauer H. K.*: Konstitutions und Individual Pathologie des Stützgewebes. Die Biologie d. Person. herausg. v. Brugsch und Lewy. 1927.
- Casuccio*: La Chir. d. org. d. movimenta, vol. XXIII, fasc. 1, pag. 9—17. (Sur l'osteose éburnisante monomlique).
- Capriglione C.* O Hospital, vol. XII, No. 1, Juillet 1937, pag. 1—29 (maladie de Schönberg, marmoreuse et osteo-sclerose en general).
- Charles A. Waters*: Year Book of Radiology, 1936.
- Chaumet*: Radio-diagnostic.
- Cauvelaire, Lemiere, Lenormand*: Pratique Medico-Chirurgicale.
- Desaigne P.*: Hipertrophie congénitale du membre inferieur gauche.
- J. Darier, R. Sabourant, Gougerot, Ravaut Sezery, Clement Simon*: Nouvelle pratique Dermatologique, vol. VI, pag. 494.
- Journal de chirurgie*, Tome 52, No. 2. 1938.
- Journal de radiologie et d'electrologie*. Tome 19, No. 10, Oct. 1935.
- L'Ombredanne, P. Mathieu*: Traité de Chirurgie Orthopedique.
- Leriche et Polichard*: Les problèmes de la Physiologie normale et pathologique de l'os, 1926.
- Lobstein*: Lehrbuch der Path. Anat. 2—179.
- Lobstein*: Pathologische Anatomie. Strassbourg, 1833.
- Policard*: Remarques au sujet des mécanismes de la croissance des os longs. (Analyse du Bull. d'Histologie Nov. 1928). Revue d'orthopédie et de chir. de l'appareil moteur. XXXVII. Anné I. No. 2, 1930.
- Presse medical*. Samedi, 4 Juin 1932, No. 45.
- Radulescu Al.*: Hipertrophie totale du membre inferieur avec nevus plan vasculaire osteosclerose partielle et acrocyanose.
- Rădulescu Al.*: Tratat de Ortopedie Chirurgicală.
- Thomas André*: Hypertrophie de membre inferieur.
- Vicas Em.*: Acrocianoza. Teză. Cluj, 1937.