

HERPESUL SIMPLU



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ IN ZIUA DE 29 Iunie 1939

DE

IOSEFSOHN MARCEL

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I“ DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

No. 1461.

HERPESUL SIMPLU

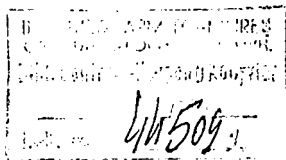


DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE 29 Iunie 1939

DE

IOSEFSOHN MARCEL



24 MAY 2005

TIPOGRAFIA „RECORD“ CLUJ, STR. REGINA MARIA No. 9.
1939.

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I“, DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Decan : Domnul Prof. Dr. I. DRĂGOIU

Profesori :

Clinica stomatologică	Prof. Dr.	<i>Aleman I.</i>
Bacteriologie	"	<i>Baroni V.</i>
Farmacologia și farmacognozia	Supl.	<i>Baroni V.</i>
Fiziologia umană	Prof.	<i>Benetato Gr.</i>
Fizica medicală	Conf.	<i>Bărbulescu N.</i>
Istoria medicinei	Prof.	<i>Bologa V.</i>
Patologia generală și experimentală	"	<i>Botez A. M.</i>
Clinica oto-rino-laringologică	"	<i>Buzoianu Gh.</i>
Istologie și embriologie umană	"	<i>Drăgoiu I.</i>
Semiologia medicală	"	<i>Goia I.</i>
Clinica ginecologică și obstetricală	"	<i>Grigoriu Cr.</i>
Clinica medicală	"	<i>Hațieganu I.</i>
Medicina legală	"	<i>Kernbach M.</i>
Clinica oftalmologică	"	<i>Michail D.</i>
" neurologică	"	<i>Minea I.</i>
Igienă și igienă socială	"	<i>Moldovan I.</i>
Chimia biologică	"	<i>Agr. M. Zolog</i>
Radiologia medicală	"	<i>Manta I.</i>
Anatomia descriptivă și topografică	"	<i>Negru D.</i>
Clinica chirurgicală	"	<i>Papilian V.</i>
Medicina operatoare	"	<i>Pop A.</i>
Clinica infantilă	"	<i>Popoviciu Gh.</i>
Biologie generală	"	<i>Racoviță E.</i>
Balneologie	"	<i>Sturza M.</i>
Chimie	"	<i>Secăreanu Ș.</i>
Clinica dermatovenerică	"	<i>Tătaru C.</i>
Clinica urologică	"	<i>Țeposu E.</i>
Clinica psihiatrică	"	<i>Urechia C.</i>
Anatomia patologică	"	<i>Vasiliu T.</i>

JURIUL DE PROMOȚIE :

Președinte : Dl. Prof. Dr. C. Tătaru

Membrii : { D-l. Prof. Dr. *I. Hațieganu*
 " " " *V. Bologa*
 " " " *Gh. Buzoianu*
 " " " *T. Vasiliu*

Supleant : Dl. conf. Dr. *Gavrilă*

Istoric.

Herpesul este cunoscut încă din vremea lui Hipocrat care a dat acest nume unei afecțiuni a pielii cu caracter serpiginos.

Numele vine dela grecescul $\epsilon\rho\pi\omega$ = Serpuesc.

Mult timp sub herpes se denumea orice afecțiune a pielii caracterizată prin apariție de vezicule. Sub acest nume au fost prezentate în dermatologie afecțiuni al căror substrat etiologic este azi bine cunoscut cum ar fi de ex: herpesul circinat (tricofiție), herpesul iris (Eritem polimorf), herpes cretaceu (Lupus eritematos), herpes gestaiones (o varietate de dermatită veziculoasă), iar sub numele de febre herpetice se descriau afecțiuni febrile, cari în decursul lor se complica cu herpes.

În secolul al XVII. Morton izolează febra herpetică, iar în secolul al XVIII — Astruc izolează herpesul genital. — În secolul trecut Griesinger și apoi Hirsch descriu febra herpetică ca o afecțiune autonomă, iar Batenau și Basin separă, primul, herpesul iris, iar al doilea, herpesul circinat.

Considerat mult timp ca o afecțiune pur dermatologică, herpesul este descris în tratatele clasice din primii ani al acestui secol ca un sindrom complex, recunoscând uneori origini multiple, alteori survenind fără, cauze aparente.

Astfel, se descriu herpesuri simptomatice, herpesuri traumatice sau locale și febra herpetică.

În 1911 Grüter obține o cheratită, înoculând serozitatea unui herpes cornean dela om, pe corneea unui epure. Această cheratită a fost retransmisă apoi pe cornea unui om orb.

Cu aceste cercetări se deschide epoca experimentală. Löwenstein, Levaditi, Teisier, Marinescu și Nicolau confirmă și duc mai departe cercetările lui Grüter, punând bază noi concepții asupra unități etiologice a herpesurilor și a specificității virusului lor.

Ultimile discuții au avut ca obiect identitatea sau înrudirea virusului herpetic cu cel al zonei și encefalitei letargice. Probleme în parte nici azi rezolvate.

Definiție.

Herpesul este o afecțiune localizată a pielii și mucoaselor, ce se caracterizează prin apariția unor elemente veziculare, dispuse pe un fond mai mult sau mai puțin eritematos.

Generalități

Herpesul este mai frecvent între 15—30 ani. Sub 5 ani este excepțional, iar peste 40 de ani devine, progresiv cu vârsta, mai rar. Apare deobicei într'un singur loc, iar aparițiile simultane în două regiuni depărtate (buză și deget, gură și genitale) sunt foarte rare.

Evoluție clinică.

Debutul este precedat deobicei de diverse senzațiuni locale: prurit, furnicături, jenă, arsuri limitate și dureri cari iau uneori caracterul unor adevărate nevralgii. După câteva ore apar pe piele mici placarde roșii, edematoase, pe suprafața cărora se formează niște ridicături papuloase ce se transformă în curând în vezicule.

Aceste vezicule au o formă rotundă sau ovoidă de dimensiuni ce variază dela mărimea unei gămlii de ac la aceia a unei perle.

Ele se grupează în buchete cu un număr variabil de 2—3 până la câteva duzini, de vezicule. Odată cu apariția veziculelor, încetează simptomele subiective locale. Veziculele sunt transparente și au un conținut fluid foarte clar, ele pot conflua dând flictene cu un contur policiclic.

După 1—3 zile placa se descongessionează, în timp ce conținutul veziculelor se tulbură și se elimină prin crăparea veziculelor, sub forma unei serozități tulburi. În curând veziculele se usucă și se acoperă cu o crustă galbenă sau brună, ce cade după 5—10 zile, fără a lăsa cicatrice, ci doar o pată

roșie ce dispare și ea cu timpul. Sicard consideră lipsa cicatricelor reziduale, ca un element de diagnostic diferențial față de zonă, unde cicatricile sunt frecvente. Evoluția, după Fournier se face în 3 faze: 1. Faza congestivă, 2. Faza veziculoasă, 3. Faza posteruptivă. Ciclul se desfășoară de obicei în 8—15 zile. La nivelul mucoaselor evoluția este diferită de cea de la nivelul pielei. Epiderma ce acoperă veziculele se îngroașe, devine albicioasă și ia un aspect difteroid. După detașarea ei, apar eroziuni cu margini regulate din care se scurge o serozitate clară. Plaga se usucă în câteva zile și se epidermizează fără urme.

Dacă însă herpesul se produce pe o mucoasă, unde temperatura locală este mai mare, secreția mai abundentă și care este expusă iritației și rănirii, faza de veziculă este foarte scurtă iar eroziunile pot conflua. Vindecarea trece peste faza de formare a crustelor, ea făcându-se printr'un proces de epitelizare ce pleacă de la marginea eroziunii.

Timpul de evoluție este mai prelungit ca cel al herpesului pielei.

Adenopatia și limfangita ce însoțesc uneori herpesul, sunt puțin evidente și pot trece de multe ori neobservate. Ganglionii sunt ușor măriți de volum, ușor sensibili, și nu supurează nici odată. Mai des sunt interesați ganglionii inghinali în herpesul genital și ganglionul preauricular în herpesul facial. Limfangita se observă în herpesul genital (limfangita dorsală a penisului) și este însoțită de adenită inghinală.

Forme topografice după sediul herpesului.

Herpesul se poate ivi pe orice regiune a pielei sau a mucoasei. El are însă sedii — de predilecție cum sunt: regiunea genitală, fața, împrejurul buzelor și nărilor și obrații.

Herpesul genital.

Herpesul genital la bărbat este reprezentat, prin apariția unei (herpes solitar) sau a mai multor vezicule, loca-

lizate mai frecvent pe prepuț, șanțul balano-prepuțial și gland, și mai rar pe pielea penisului și a scrotului. El survine în legătură cu deflorarea, blenoragia și poluțiile. Herpesul situat pe părțile acoperite și umede (șanțul balano-prepuțial) se sparge repede formând eroziuni mici cu margini regulate sau policiclice, când confluează, limitate de un lizereu roșu sau roz. Fundul eroziunii acoperit uneori cu un exudat albicios este roșu și regulat, lăsând să se scurgă o seriozitate abundentă.

La nivelul herpesului bolnavul acuză arsuri și înțepături cari se exagerează prin frecare sau apăsare, fără să atingă intensitatea celor din șancrul moale. Lăsat în voia lui herpesul se vindecă spontan, fără cicatrice. Prin cauterizarea sau aplicare de substanțe iritante, herpesul se infiltrează, se îndurează și se însoțește de o adenopatie inghinală, dureroasă. Evoluția în acest caz se poate prelungi până la câteva săptămâni.

Herpesul genital la femei. Herpesul genital la femei este mai frecvent ca cel dela bărbați din cauza frecvenței herpesului menstrual. La femei evoluția este mai îndelungată și stadiul ulceros mai prelungit, el fiind întreținut de secreția vaginală iritantă și de frecături. El este însoțit de fenomene generale și nervoase. Sediul său de predilecție este: fața internă a buzelor mari și mici și regiunea clitoridiană. Se mai poate localiza în vagin și pe colul uterin. Herpesul vulvar profuz poate să treacă pe fața internă a coapsei, șanțul interfesier, până la plicile anale. El se poate infecta ușor dând naștere la supurații abundente. Când herpesul coincide cu secreții leucoreice sau blenoragice, se produc erupții confluențe însoțite de tumefacția organelor genitale, adenopatie și dureri violente. Herpesul genital este adesea recidivant. El constituie o poartă de intrare pentru infecțiile venerice (sifilis și șancru moale).

Herpesul bucofaringian.

Este mai frecvent concomitent, cu un herpes al buzelor și al feții și este situat de preferință pe fața internă a obra-

jilor și pe fața posterioară a buzelor. Are o evoluție ușoară și se transformă rar în eroziuni dureroase, cari dau stomatită herpetică. Angina herpetică prezintă un tablou clinic mai serios. Ea debutează cu un frison și este urmată de o stare febrilă, ce poate merge până la temperatura de 40°, cefalee, agitație și dificultate la deglutiție și trismus. Amigdalele sunt foarte roșii și tumefiate. La nivelul lor și al stâlpilor palatului se văd rar vezicule intacte. Mai des se văd eroziuni policiclice, acoperite cu un exudat difteroid. Ganglionii regionali sunt tumefiați și dureroși. Evoluția cu toată aparența gravă a afecțiunii, este benignă și rapidă.

Herpesul feței.

Interesează de preferință buzele și nările. Poate să se rezume la câteva vezicule, sau să se întindă înconjurând gura și nările. Herpesul feței se mai poate localiza pe bărbie, obraji, mai ales pe pomeți, și pe pleoape.

Alte localizări ale herpesului.

Herpesul capului. În regiunea păroasă a capului este foarte rar. S'au descris cazuri în legătură cu meningita cerebro-spinală epidemică. Herpesul localizat pe corp este mai rar. Il putem întâlni pe fața palmară a policelui, pe degete, în regiunea ischiatică și fesieră.

Herpesul diferitelor mucoase. Herpesul cornean ia aspectul unei conjunctivite flictenulare. Se mai descriu herpesse ale timpanului și esofagului.

Herpesul uretrei, printr-un tratament insuficient duce la uretrită herpetică. El este însoțit de dureri în fosa naviculară și dealungul uretrei. Poate constitui un obstacol în micțiune, ajungând până la retenții de urină. Herpesul uretrei poate da stricturi uretrale, analoage celor de după blenoragie. Herpesul vezicii are un debut brusc, febril, cu urini turburi, cu puroi și sânge în sediment. El apare concomitent cu un herpes genital. Cultura rămâne sterilă. Odată cu dispariția herpesului genital, se amendează și fenomenele urinare,

Semne funcționale și generale.

Aceste semne sunt variabile și adesea mascate de simptomele generale a bolii pe care herpesul o însoțește.

Simptomele funcționale sunt reprezentate prin dureri a căror intensitate variază dela senzația de furnicătură, până la dureri violente cum se observă în herpesul genital și angina herpetică. Febra însoțește adesea puseurile de herpes denotând natura înfecțioasă a bolii. Ușoară și inaparentă uneori, ea poate ajunge până la 40° în herpesul profuz și angina herpetică. Ea este însoțită în aceste cazuri de frisoane, curbatuiri artralgiei, etc. În sânge s'a observat o ușoară leucocitoză, cu limfocitoză și eozinofilie 5—13%.

Simptome nervoase în leziuni herpetice.

Asupra acestor simptome au insistat cei ce afirmă originea nervoasă a herpesului, iar frecvența lor a făcut ca herpesul să fie încadrat între ectodermozele dermo-neurotipe.

Tulburări nervoase clinice.

Cea mai caracteristică manifestare a acestor tulburări o constituie herpesul nevralgic a lui Mauriac. Bolnavii acuză dureri bruște continue sau paroxistice, localizate în regiunea genito-anală, ce iradiază dealungul nervului sciatic, nervilor lombari, și rușinoși. Ele sunt însoțite de contracturi, tenezme și spasme sfincteriene și senzații de arsură și curbatura lombară. După 24—48 de ore apare o erupție veziculoasă, odată cu care se amendează fenomenele nevralgice, perzistând uneori o ușoară analgezie sau anestezie. Uneori ameliorarea este temporară și nevralgiile reapar, fiind însoțite de o nouă erupție veziculoasă. În general, durerile preced erupția și sunt localizate în regiunea în care va apare herpesul. În numeroase cazuri, herpetic i prezintă în momentul erupției, o oarecare instabilitate de caracter și o stare de anxietate, fiind obsedați de teama recidivelor. Semnalăm în fine, că pot exista adevărate meningite herpetice cu convulsii și reacții meningeale clinice și biologice.

Reacțiuni biologice.

Turburările nervoase clinice au trezit bănuiala că, sistemul nervos ar juca un rol în producția herpesului. În 1904 Ravaut și Darrè au studiat lichidul cefalo-rachidian în 26 de cazuri de herpes genital. În 21 de cazuri s'au pus în evidență reacții nete ale lichidului cefalo-rachidian (limfocitoză). Din acestea, 5 cazuri au prezentat reacții puternice, 10 cazuri reacții moderate iar restul reacții mai discrete. Într'un caz lichidul a fost turbure din cauza reacției celulare foarte intense. Albumina în lichidul cefalo-rachidian n'a putut fi pusă în evidență. Aceste reacții sunt efemere și dispar în câteva săptămâni. Autorii germani nu confirmă aceste date. În 1921 s'a putut pune în evidență în lichidul cefalo-rachidian, virusul herpetic, prin inoculare pe corneea epurilor.

Turburări nervoase anatomice.

Singurele studii histologice cunoscute la om, sunt cele făcute de Teissier, Gastinel și Reilly. Prin inoculări cutanate ei au pus în evidență infiltrațiuni, în spațiul vasculo-nervos. În schimb inoculările la animale făcute de Levaditi, Marinescu și Flexner au arătat leziuni în nervi și centrii nervoși.

Forme clinice.

În clasificarea acestor forme vom ține cont de variațiunile de formă, dispoziție și evoluție ale herpesului, cât și de factorii etiologici.

După formă.

Herpesul poate avea o formă eritematoasă sau eritemato-papuloasă, veziculele lipsind sau fiind puțin evidente. Acestea constituiesc așa zisele forme abortive. Afară de aceste forme s'au mai semnalat forme edematoase, buloase, hemoragice, lichenoides, forme cari invadează straturile mai profunde ale pielii, precum și o formă nervoasă pură, senzitivă (prurigi-noasă sau nevralgică) fără manifestații cutanate.

După dispoziție.

Herpesul zosteriform sau zona herpetică în afară de distribuția sa pe un traect nervos prezintă toate caracterele herpesului. Aceste cazuri au făcut să se creadă în identitatea virusului herpetic, cu cel al zonei. În cazuri atipice inocularea la epuri va lămurii problema. Mai există herpes bipolar, caracterizat printr'o apariție simultană a herpesului în două teritorii depărtate unul de celalalt și herpesul generalizat în care veziculele sunt diseminate în mai multe puncte.

După evoluție.

Distingem forme abortive (eritematoase și eritemato-papuloase) forme prelungite, și forme recidivante.

Herpesul recidivant.

Herpesul recidivant survine în indivizi, în deplină stare de sănătate, în cursul unor boli afebrile sau în legătură cu anumite stări fiziologice, și se caracterizează prin reapariția în scurt timp și în acelaș loc a veziculelor herpetice. Numărul recidivelor este variabil. Herpesul recidivant al feții survine mai des la tineri, interesând de preferință pomeții obrazilor. Erupția este în genere discretă și recidivele suvin de câteva ori pe an sau chiar pe lună, tinzând să se rărească și să dispară cu înaintarea în vârstă. El este rebel la tratament.

Herpesul recidivant al mâinii și degetelor este destul de rar. Erupția urmează uneori traectul unui ram nervos. Este rebel la tratamenț și recidivează, timp de mai mulți ani. Inocularea la animale va înlătura confuzia cu zona, în cazuri de dubiu.

Herpesul recidivant al al fesei este puțin frecvent și se localizează de preferință pe regiunea trohanterială sau în regiunea ischiatică.

Herpesul recidivant genital survine în cursul curei cu mercur și la purtătorii unei vechi blenoragii sau șancru moale, precum și în timpul menstruației.

Herpesul recidivant catamenial apare în timpul sau după menstruație. Erupția este în general atenuată și se poate localiza pe față (herpes indiscret) sau pe genitale. În mod excepțional poate apărea lunar, la femeile însărcinate sau la cele în menopauză.

După etiologie.

În majoritatea cazurilor, herpesul apare în decursul unei afecțiuni locale sau generale, când vorbim de herpes secundar. În alte cazuri herpesul survine izolat, având caracterul unei boli infecțioase, acesta este herpesul primitiv.

Herpesul primitiv.

Febra Herpetică. Această varietate a herpesului survine spontan și ia caracterul unei boli infecțioase ușoare. La indivizi sănătoși sau cu gută, reumatism, astm sau migrene, apare fără simptome prodromale, un frison urmat de o stare febrilă, care poate atinge temperatura 39—40°, și care este însoțită de cefalee, curbură și o stare saburală a căilor digestive. După 3 zile febra cade și în a 4-a zi apar vezicule herpetice situate de obicei în jurul gurii și nasului, dar putând trece și pe obraz sau mucoasa bucală. Ascensiunile febrile se pot repeta de mai multe ori, fiind urmate de noi erupții veziculare. Evoluția este benignă, complicațiile survenind mai rar. Printre complicații se notează albuminuria, splenomegalia și mai rar nefrita hematurică. Vârsta de predilecție este 20—30 ani iar anotimpul preferat este toamna și primăvara. Se neagă că febra herpetică ar fie o pneumonie latentă. Schottmüller presupune că febra herpetică s'ar datori bacilului Coli, pe care el l-a pus în evidență în uretra și în endometru bolnavilor. În lumina noilor cercetări își face tot mai mult loc teoria că febra herpetică ar fi o boală autonomă.

Herpesul secundar.

Herpesul simptomatic. Herpesul simptomatic însoțește majoritatea bolilor infecțioase acute. Faptul că în serozitatea veziculelor unii autori au pus în evidență uneori

diferiți microbi, i-a făcut pe aceștia să considere că herpesul simptomatic se datorește aceluiaș agent patogen, ce produce boala infecțioasă. Azi se știe, că în aceste cazuri, emigrarea agentului patogen în vezicule, este secundară. Herpesul simptomatic survine mai frecvent în decursul pneumoniei între ziua 2—5 a bolii, sub aspectul a câtorva vezicule situate mai des pe buza superioară, putând fi însă și mai extinse. El nu are nici o legătură cu prognosticul bolii și la bătrânii pneumonici el survine mai rar. Intre alte afecțiuni, pe care le însoțește notăm: congestia pulmonară, meningita cerebro-spinală epidemică, poliomielite acută anterioară, febra galbenă, tifosul exantematic, febra papataci, gripa, malară, holera și spirochetoza ictero-emoragică. Se observă mai rar în febra tifoidă și în bolile eruptive ca: difterie, scarlatină, rușeolă, rubeolă, variolă, varicelă, etc. Encefalita letargică, deși unii autori admit identitatea virusului ei cu cel al herpesului, nu este însoțită aproape niciodată de herpes.

Herpesul simptomatic în intoxicațiuni.

S'a observat la persoane cu intoleranță, în decursul administrării de medicamente, fie pe cale bucală (antipirină, aspirină, adalin, fenoltaleină, bromural, veronal, etc.), fie pe cale parenterală: arseno-benseni, mercur, bismut. A mai apărut herpes în urma administrării de seruri terapeutice: ser antidiferic, ser antitetanic, antitific.

Herpesul traumatic.

Herpesul traumatic apare în legătură cu diferite traumatisme. Astfel s'a descris un herpes labial în legătură cu leziunile produse de rădăcini dentare, dinți supranumerari sau extracții dentare. La femei, după deflorare s'a văzut apărând deasemenea, un herpes genital. După eritemele solare apar des vezicule herpetice. După rachianestezie sau simple puncții lombare s'au notat cazuri de herpes. Daum în teza sa intitulată: „Prognosticul tumorilor nervului auditiv“ precum și cazuri observate în serviciul de neurochirurgie al spitalului central de boli nervoase din București, arată că după ablația

tumorilor unghiului pontocerebelos, ca și după secționarea rădăcinei sensitive a trigemenului, pentru nevralgiile faciale, se observă o erupție herpetică unilaterală. Legătura herpesului traumatic cu sistemul nervos, face pe Achard să considere aceasta varietate, ca apropiată de zonă.

Complicațiuni.

Complicațiunile sunt rare și se datoresc în mare parte infecțiilor secundare. Herpesul nu lasă la om nici cicatrici, nici sechele. Se semnaleză posibilitatea ivirii cheralitei în herpesul cornean și a edemului mai mult sau mai puțin intens în herpesul genital. Infecțiile piogene banale sunt rare. Principalul pericol al herpesului constă în faptul că el constituie o poartă de intrare pentru afecțiunile venerice în special șancrul sifilitic.

Diagnosticul.

Examinând bolnavul în perioada de stare, diagnosticul e foarte ușor, prin aspectul tipic al veziculelor dispuse în buchet, localizate pe față sau genitale și însoțite de senzații de mâncărimi și înepături.

Diagnostic diferențial.

Zona se deosebește de herpes prin evidența raportului primei, cu trunchiurile nervoase, prin topografia unilaterală, evoluția ciclică, și posibilitatea apariției în orice regiune a corpului, în timp ce herpesul este mai limitat. În plus zona conferă o imunitate durabilă, deci recidivele sunt foarte rare, iar după căderea crustelor rămân cicatrici. În cazuri de dubiu, inocularea pe corneea de epure, va permite identificarea herpesului.

Veziculele impetiginoase pot duce uneori la erori de diagnostic. Ele însă se acoperă mai curând sau mai târziu cu cruste groase melicerice, caracteristice. În caz de vezicule herpetice impetiginate, diagnosticul diferențial este imposibil.

Unele infecțiuni ce sunt însoțite de producerea de veziculo-pustule, se pot confunda la începutul evoluției lor, cu herpesul. Generalizarea și evoluția lor ulterioară le vor distinge de herpes,

Dermatitele herpetiforme se deosebesc de herpes prin evoluția lor mai lungă.

Erupțiile medicamentoase după beladonă, antipirină, ioduri și bromuri, au de obicei sediul în locuri pe care herpesul le respectă.

Herpesul degetelor poate fi confundat cu zona, cu impetigo cu dishidroza sau cu eczema.

Mult mai delicat și oferind adesea dificultăți de diagnostic, este herpesul genital. În faza veziculară, când veziculele confluează, ele pot fi confundate cu varice limfatice sau cu un pemfigus localizat. Când însă veziculele sunt deschise, medicul pus în fața unor ulcerații, trebuie să treacă în revistă toată gama ulcerațiilor genitale. Vor trebui eliminate: balanitele, eroziunile blenoragice, micro-șancrul din boala lui Nicolas—Fawre, șancrul moale și șancrul sifilitic.

Lipsa marginilor neregulate și decolabile, o ulceratie puțin adâncă precum și absența bacilului lui Ducrey și a reinoculărilor, elimină șancrul moale.

O ulceratie întinsă cu o suprafață roșie, carnoasă, cu o adenopatie caracteristică și prezența spirochetei în secreția ulceratiei, sau în punctatul ganglionar, confirmă o ulceratie sifilitică. În caz de dubiu evoluția clinică și analizele serologice repetate vor preciza diagnosticul.

Adenopatia caracteristică și reacțiile umorale specifice vor diferenția herpesul de boala lui Nicolas—Fawre.

Diagnosticul devine mult mai dificil, când prin aplicare de caustice sau antiseptice, se produce o infiltrare și o îndurare a planurilor subjacente.

Anatomia-Patologică.

Leziunile herpetice rezultă dintr'un edem intercelular al stratului malpighian și al mugurilor interpapilari, produs printr'un aflux dens, inflamator, bogat în leucocite, cu predominanța polinuclearelor. Acest edem disociază celulele malpighiene și formează vezicule cu o singură cavitate. După Unna este vorba de un proces de inflamație fibrinoasă a epidermei, ce transformă celulele spinoase mai superficiale, într'un strat de coagulare necrotică fără nuclei. Pe de altă parte, epiderma se detașează de papilele tumefiate și grație

exoserozei, se produce o flictenă subepitelială. Conținutul veziculelor constă, după vechimea bolii, dintr'un exudat cu o secreție fibrinoasă, mai mult sau mai puțin abundentă și cu un conținut variabil de corpusculi cu puroi, și celulele epiteliale deschise și dispuse în grămezi. Leziunile anatomo-patologice ale herpesului sunt asemănătoare cu cele din zonă, cu deosebire că, în zonă procesele inflamatorii și necrotice sunt mai exprimate ca în herpes. Celulele epiteliale conținute în seriozitatea veziculei se umflă și suferă o așa zisă degenerescență balonantă, iar nucleul devine neregulat și prezintă corpusculi acidofili. În jurul veziculei se produce o infiltrare a epidermului cu polinucleare. Dermul la rândul lui suferă adesea o ușoară vazodilatație și un infiltrat moderat de polinucleare.

Etiologia.

Cercetările experimentale au dus la evidențierea naturii infecțioase și specifice a herpesului.

Virusul herpetic

În anul 1912 oftalmologul Gräter din Marburg studiind cheratitele experimentale, a reușit să inoculeze pe cornea epurelui conținutul unei vezicule herpetice și a obținut după 13—36 de ore o cheratită herpetică transmisibilă în serie la acelaș animal. Continuând cercetările, el stabilește în 1920, că această cheratită este datorită unui virus care își conservă activitatea prin păstrare în glicerină sau în stare uscată. El rezistă la temperaturile scăzute, dar este distrus într'o jumătate de oră la temperatura de 56° și prin bilă. Specificitatea acestui virus a fost demonstrată prin imunitatea locală corneană, homoloagă sau încrucișată. Kraupka în 1919 și apoi Löwenstein au demonstrat că, nu numai herpesul corneei, dar și celelalte herpesuri au putut fi inoculate pe cornea epurelui, dând o cheratită, urmată apoi de panoftalmie.

Inoculările de control cu zonă, aftă, pemfigus, eczemă, etc. au rămas negative. Blanck, Kaminopetros, Levaditi, Nicolau și Hervier au confirmat aceste fapte, și au stabilit specificitatea virusului herpetic, și afinitatea lui pentru sistemul nervos. Cercetările lor mai recente au dus la următoarele

rezultate: inocularea conținutului unei vezicule herpetice la animal, indiferent de locul unde se face, este urmată de apariția unei cheratite cu conjunctivită, la un interval de 2 zile dacă vezicula a fost proaspătă și după 4 zile, dacă a fost veche. Fenomenele oculare au fost urmate cam în 13% a cazurilor de fenomene de encefalită. Animalul prezenta către ziua 10-a torpoare, convulsii, paralizii ale membrelor, hipertermie și moarte după 1—2 zile. Această encefalită poate fi obținută prin inocularea directă a conținutului vezicular în creier. Cheratita epurei este inoculabilă în serie, ca și mezocefalul unui epure mort de encefalită. Virusul se propagă pe cale nervoasă. Prin inocularea corneei, virusul ajunge la creier pe calea nervului optic. Secționând nervii, se împiedecă propagarea spre creier. Virusul este filtrabil prin filtrul lui Berkefeld și Chamberland și prin sacul cu colodiu. Filtratul este inoculabil. Cultivarea pe medii și colorarea sa n'au reușit încă. Unele rezultate promițătoare au dat culturile pe plasmă sau extract de splină. Cheratita herpetică conferă o stare refractară față de herpes. Döer atribuie herpesul unei infecțiuni enzimice.

Virusul herpetic la om.

Virusul herpetic a fost pus în evidență în veziculele herpetice, de către Döer, Schnabel, Isaicu și Telia. Ele își diminuează virulența prin pasagii. Incercările de a-l pune în evidență în lichidul cefalo-rachidian n'au reușit decât foarte rar. Döer și Schnabel au putut pune în evidență virusul în saliva celor cu stomatită herpetică, și chiar în saliva oamenilor sănătoși. Incercările de inoculare la om au dat următoarele rezultate: Herpesul este auto- și heteroinoculabil și inoculările reușesc greu și doar cu conținutul veziculelor recente și provenind dela un herpes cu alură epidemică (pneumonie, meningită cerebro-spinală epidemică).

Herpesul și encefalita letargică.

Encefalita herpetică experimentală demonstrează neurotropismul virusului herpetic. De aci a pornit tendința de a se face o analogie între virusul herpetic și cel encefalitic. Levaditi și Hervier inocuând o emulsie de creier pe epure mort de encefalită letargică la un alt epure, a reușit să re-

producă boala experimental. Simptomatologia clinică și leziunile anatomo-patologice, au fost comparate cu cele ale encefalitei herpetice experimentale. În urma cercetărilor lui Levaditi, Schnabel, Nicolau și Blanck s'a admis identitatea celor două virusuri considerându-se cel al encefalitei letargice, ca fiind mai exprimat neurotrop. Acestei teorii i s'au adus numeroase obiecțiuni. Dacă din punct de vedere experimental se poate susține o identitate, din punct de vedere clinic, aceste două afecțiuni prezintă mari deosebiri. Herpesul se însoțește rar de fenomene nervoase și acestea diferă mult de cele ale encefalitei. Aceasta la rândul ei este foarte rar însoțită de erupție herpetică. Dănilă și Stroe consideră cele două virusuri ca fiind înrudite, fără a preciza însă care sunt raporturile dintre ele. Actualmente se consideră cele două virusuri ca diferite și generalizarea rezultatelor experimentale pe animale, cam riscată.

Patogenia.

În privința patogeniei, părerile sunt diferite. Apariția aproape totdeauna spontană a virusului în legătură cu perturbațiile humorale, boli infecțioase, sau socuri nervoase, fac pe unii se admite că virusul există în stare de latență și că perturbările mai sus notate le deșteaptă virulența. Alții cred că virusul pătrunde prin piele, poarta de intrare rămânând invizibilă, iar de aci pe calea nervilor ajunge la centrul nervoși, — cari reacționând prin contrașoc, produc erupția cutanată. Se mai presupune că virusul plecat dintr'un loc oarecare (mai frecvent din salivă), ajunge pe cale sanghină la centrul nervoși, iar de aci pe calea nervilor în mod centrifug, la piele, unde produce erupția. Prezența sa pasageră ar produce o leziune, persistentă într'un punct al organismului și redeșteptarea sa sub influența diferiților factori ar explica herpesul recidivant. În general explicarea patogeniei este încă destul de lacunară.

Prognosticul.

Prognosticul este în general bun, afecțiunea vindecându-se fără a lăsa nici un fel de urmă. Vom fi însă atenți și vom atrage și atențiunea bolnavului asupra pericolului infecțiilor secundare, mai ales a celor venerice.

Tratament.

Herpesul simplu nu necesită un tratament special. Vom fi prudenți, evitând o iritare a herpesului, urmând dictomul lui Fournier; cu cât îl lăsăm mai mult în pace, cu atât e mai bine. Vom încerca să obținem o cicatrizare mai rapidă, aplicând pudre inerte: talc, bismut subnitric și badijonând cu alcool iodat 10%. La nevoe vom aplica un pansament care să protejeze herpesul de iritații și infecții secundare. În angina herpetică vom administra calmante ale durerii (anti-pirină) și aplicații de colutorii cu cocaină. Bolnavul va face gargarisme cu borat de sodiu.

Herpesul genital la bărbat se vindecă ușor, aplicând și aci pudre sau pomezi inerte. Utilizarea nitratului de argint dă o indurație care face dificil diagnosticul diferențial cu șancru sifilitic. Il vom utiliza doar în cazul când posibilitatea unei infecții venerice este exclusă. Herpesul genital la femei și în special cel profuz este mai supărător și necesită un repaus la pat cu aplicații de pansamente umede și liniment oleo-calcăr sau pomadă cu cocaină în caz de arsuri. După calmarea inflamației se recurge la pudre inerte și se ferește locul de secreția vaginală iritantă.

Tratamentul herpesului recidivant poate deveni uneori desesperant atât pentru bolnav cât și pentru medic, din cauza rezistenței herpesului la mijloacele terapeutice. Vom îndepărta cauzele iritative locale. Acțiunea locală a luminei solare, razelor ultraviolete și chiar a Röntgenului, au dat rezultate variabile. Rezultate tot atât de puțin îmbucurătoare au dat injecțiile intravenoase cu salicilat de sodiu și urotropină, precum și injecțiile cu arseno-benzen, injecțiile intramusculare cu insulină și injecțiile intradermice cu limfă vaccinală. În ultimul timp s'a introdus tratamentul prin desensibilizare cu tiosulfat de sodiu, administrând 3—5 gr. pe zi în primele 3 zile ale fiecărei săptămâni, sau timp de 5—6 zile înainte de apariție al herpesului recidivant. Se mai face desenzibilizare prin auto-sero-terapie și auto-hemo-terapie.

CONCLUZIUNI.

1. Herpesul este o entitate morbidă, produsă de un virus specific.

2. Oricare ar fi caracterul herpesului, primitiv sau secundar, el este datorit aceluiaș agent cauzal.

3. Virusul herpetic este un firus filtrabil, pe care ultimile cercetări tind să-l considere ca diferit de cel al zonei și encefalitei letargice.

4. Virusul herpetic este inoculabil pe piele și mucoase și are capacitatea de a merge dealungul căilor nervoase. El este deci un virus dermo-neurotrop.

5. Patogenia herpesului nu este încă destul de clară. Rămâne ca cercetările viitoare să precizeze raporturile dintre tegumenle și sistem nervos.

6. Deși cercetările și cunoștințele asupra virusului herpetic au ajuns la un punct destul de avansat, ele n'au putut fi puse în folosul creerii unui tratament etiologic.

Văzută și bună de imprimat:

Decan,
Prof. I. DRĂGOIU

Președintele tezei,
Prof. V. BOLOGA

BIBLIOGRAFIE.

1. Arzt—Zieler: Haut- und Geschlechtskrankheiten, Berlin--Wien 1925.
 2. Belot—Chevalier: Traité de dermatologie clinique, G. Doin Paris 1933.
 3. Brocq: Dermatologie pratique, Paris 1907.
 4. V. Cimoca: Cours de dermatologie, Cluj.
 5. Darier: Précis de dermatologie, Masson Paris 1923.
 6. Darier—Sabouraud: Nouvelle pratique dermatologique, Masson Paris 1936.
 7. Daum: Le pronostic des tumeurs du nerf auditif, Teză de doctorat, Paris 1938.
 8. E. Gaucher: Traité des maladies de la peau, G. Doin Paris 1898.
 9. J. Jadasson: Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Berlin 1931.
 10. A. Jarisch: Hautkrankheiten, Wien 1900.
 11. Kaposi: Pathologie et traitement des maladies de la peau, Paris 1891.
 12. Mracek: Handbuch der Hautkrankheiten.
 13. E. Riecke: Buch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, Jena 1921.
-