

STUDIUL CLINIC
AL
ARTROPTIILOR PSORIAZICE



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE *18 Aprila* 1940
DE

FARMACHE I. GHEORGHE



STUDIUL CLINIC
AL
ARTROPTIILOR PSORIAZICE



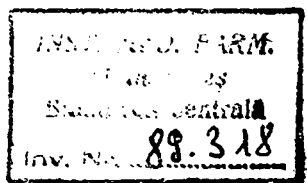
DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE *18 Aprilie* 1940

DE

FARMACHE I. GHEORGHE

9612

24 MAY 2005



CLUJ
TIPOGRAFIA „CARTEA ROMĂNEASCĂ,

1940

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I“ DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Decan : Prof. Dr. I. DRĂGOIU

Profesori :

Anatomia umană	Prof. Dr. PAPILIAN V.
Chimie generală medicală	„ „ SECĂREANU ST.
Chimie biologică	„ „ MANTA I.
Istologie și Embriologie	„ „ DRĂGOIU I.
Fiziologie și fizică medicală	„ „ BENETATO GR.
Anatomie patologică	„ „ VASILIU T.
Bacteriologie	„ „ BARONI V.
Patologie generală și experimentală	„ „ BOTEZ M. A.
Igienă și medicină preventivă	„ „ MOLDOVAN I.
Clinica medicală I	„ „ HAȚIEGANU I
Clinica medicală II (semiologie)	„ „ GOIA I
Clinica chirurgicală (semiologie)	„ „ POP AL.
Clinica chirurgicală și boalele căilor urinare	„ „ ȚEPOSU E.
Clinica obstetricală și ginecologică	„ „ GRIGORIU CR.
Clinica dermatologică și sifiligrafică	„ „ TĂTARU C.
Clinica infantilă și puiericultură	„ „ POPOVICIU GH.
Clinica neurologică	„ „ MINEA I..
Clinica psihiatrică	„ „ URECHIA C.
Clinica oftalmologică	„ „ MICHAÏL D
Clinica balneologică și dietetică	„ „ STURZA M.
Clinica oto-rino-laringologică	„ „ BUZOIANU GH.
Clinica stomatologică	„ „ ALEMAN I
Medicina legală	„ „ KERNBACH M.
Radiologie	„ „ NEGRU D.
Istoria medicinei	„ „ BOLOGA V.
Farmacologie (Supl.)	„ „ BARONI V.
Igienă și medicină preventivă	Agregat ZOLOG M.
Clinica boalelor contagioase	Conferențiar GAVRILĂ I.

JURIUL DE PROMOTIE :

Președinte : Dl Prof. Dr. V. BOLORA

Membrii :	{	„ „ „ DUMITRU MICHAÏL
		„ „ „ IULIU HAȚIEGANU
		„ „ „ MARIUS STURZA
		„ „ „ ALEXANDRU POP
Supleant :	„ Conf. „ GAVRILĂ ION	

INTRODUCERE.

Subiectul acestei teze prezintă dificultăți serioase prin faptul că nici până astăzi nu există o concepție științifică a reumatismului. În general caracterizăm sindromul reumatismului ca afecțiuni localizate pe aparatul loco-motor, care se manifestă prin durere, impotență funcțională și diformajie. Un asemenea diagnostic este cât se poate de vag și posibilitatea de a deslega etiologia unui reumatism, constituie cu drept cuvânt o adevărată artă medicală. Un medic care s'ar mulțumi cu acest diagnostic face aceeași greșală ca și unul care în fața unui icter sau anemii nu încearcă o deslegare etiologică a acestor sindrome.

Prin definiția de mai sus de altfel veche — dată reumatismului, enunțăm un diagnostic semiologic și nici de cum un diagnostic clinic care presupunem ca în fața acestei suferințe a aparatului loco-motor să fim imediat orientați în încadrarea lui etiologică, prognostic și tratament.

S'au încercat o serie de clasificări pentru facilitarea diagnosticului. Studiul artropatiilor în legătură cu psoriaza reprezintă un cadru extrem de mic, în capitolul vast și obscur al reumatismului. Un medic dermatolog care se găsește în fața unui psoriazis, — un diagnostic care se stabilește de altfel cu foarte mare ușurință — și care evoluează simultan cu manifestări articulare — se va găsi în situația de a rezolva dacă este o manifestare artropatică în cadrele simptomatice ale psoriazei sau este o coincidență cu un reumatism cu o etiologie cu totul diferită. Această asociație patologică este foarte ușor posibilă — și desigur rezultatele terapeutice vor depinde în mod absolut de elucidarea etiologiei. Colaborarea cu internistul în asemenea cazuri se impune ca o necesitate absolută, tocmai pentru motivul de a nu cădea în greșala, ca orice afecțiune pe aparatul loco-motor, care coexistă

cu această dermatoză atât de frecventă, să fie interpretată — ca o expresie clinică a psoriazei.

Din aceste considerațiuni, credem necesară o expunere a unei clasificări practice a reumatismului, ca medicul să se poată orienta imediat asupra acestui sindrom atât de complex. Clasificarea care se pare cea mai potrivită este clasificarea anatomică. Clasificare propusă de Deutsche Gessellschaft für Reumabekämpfung. După această clasificare avem:

I. Reumatismul articular acut:

- a) Reumatismul acut specific,
- b) Reumatismul acut în legătură cu un focar infecțios sau infecții cunoscute.

II. Reumatismul articular cronic:

- a) Reumatismul articular cronic primitiv și secundar,
- b) Reumatisme articulare deformante,
- c) Spondilite și Spondiloze,
- d) Reumatisme mai rare (emofilie, alcaptonurie, psoriază, boli nervoase).

III. Guta.

IV. Afecțiunile vaselor.

V. Reumatismul muscular și inflamațiile mușchilor.

VI. Celulagii.

VII. Nevralgii.

Artropatia psoriazică este încadrată, după cum se vede din această clasificare anatomo-clinică, în grupul reumatismelor rare. Studiul clinic al acestor artropatii constituie subiectul acestei teze.

ETIOLOGIE.

Urmărind nu numai latura științifică a acestei probleme, ci și latura practică, vom căuta să punem în evidență, care sunt caracteristicile acestui reumatism, și de cari reumatisme se apropie mai mult din punct de vedere clinic și cari sunt criteriile de diferențiere.

Medicul practician în fața acestei psoriaze dureroase, cum se mai numește — i-se cere ca să ia o atitudine în ce privește tratamentul, întrucât neglițarea suferinței articulare poate avea con-

secințe foarte serioase. Din acest motiv vom trece în revistă o expunere sumară cu privire la etiologia psoriazei.

Trebue să cunoaștem aceste teorii cu privire la etiologia și patogenia psoriazei — cari de fapt sunt necunoscute — pentruca să putem lua aplicațiuni practice, cu atât mai mult în fața problemei pe cari noi o analizăm, a psoriazei complicate, cu reumatism cronic.

1. După unii psoriaza ar fi de natură *parazitară* sau microbiană externă. Argumentele pe cari le invocă susținătorii acestei teorii sunt limitarea netă și evoluțiunea centrifugală a elementelor — precum și fenomenul de psoriază provocată — adică aparițiunea de pete psoriazice în legătură cu traumatismele cutanate și leziunile inflamatorii în plină activitate de erupție. Această teorie parazitară ar explica recidiva, de unde indicațiunea ca tratamentul să fie continuat până la dispariția completă a oricărei urme eruptive.

2. După alții psoriaza este o afecțiune *diatezică*, însă mecanismul acestei diateze este necunoscut. În tot cazul reducerea regimului alimentar și curele de desintoxicare nu au în psoriază influență ca în cazul eczemelor afară de puseurile acute de psoriază. Teoria diatezică ar explica unele asociații patologice, cum ar fi coexistența cu astmul, cu guta și mai ales alternanța acestor stări morbide. Artropatiile, mai târziu arterioscleroza, polisclerozile viscerale, nefrita de asemenea pledează în favoarea unei etiologii diatezice.

3. În dorința de a se aplica un tratament cât mai etiologic acestei afecțiuni s'a studiat relațiunile posibile ale psoriazei cu *turburările hepato-pancreatice*. Analiza sângelui a arătat în unele cazuri o creștere a glicemiei și a colesterinemiei. Insulinoterapia în psoriază a dat unele rezultate.

4. Artropatiile psoriazice prezintă mari analogii cu *reumatismul tuberculos a lui Poncet*. S'ar putea să intervină în mod indirect modificând terenul organic. Nu se poate afirma totuș că psoriaza ar fi o determinare tuberculoasă așa cum ar fi de exemplu, tuberculozele cutanate propriu zise sau tuberculidele.

5. O altă teorie care s'a imaginat a fost *teoria nervoasă* susținută pe baza unei simetrii a erupției, pe coexistența eventuală a artropatiilor, pe câteva exemple de psoriază zoniformă și liniară și pe unele observații unde psoriaza a apărut după un accident grav, sau după un șoc moral.

6. *Rolul sifilisului* ca factor eventual etiologic a fost studiat și el. Primele încercări de explicație au fost făcute în America, iar în Franța de către Brocq și Sabouraud — care admit că terenul eredo-sifilitic mai ales în generația II-a și a III-a este predispus la psoriază. Unii autori ca Lewy, Frankel și Juster admit că ar interveni acest factor în mai mult de $\frac{1}{4}$ cazuri.

7. Un alt autor Danisz crede că psoriaza poate să aibă ca punct de plecare o *toxi-infecție de origină intestinală*, — prin albuminozele microbiene — care străbat mucoasa tubului digestiv, pentru care motiv recomandăm un tratament cu entero-vaccinuri.

8. Bazându-se pe noile descoperiri că *glandele endocrine* au rol în nutrițiunea sistemului epidermic și a oaselor, autorii s'au îndreptat și în direcțiunea aceasta. Acești autori admit ca diferiți factori cari figurează în etiologia psoriazei ar acționa prin intermediul glandelor cu secrețiune internă. Dintre glandele endocrine au fost incriminate tiroida, glandele genitale și timusul. Samberger din Praga consideră că psoriazicii prezintă o diateză paracheratozică care face ca pielea lor să reacționeze într'un mod special la toți iritanții sub influența unei disfuncții a glandei endocrine — mai ales a timusului. Walter-Brocq aplicând în tratamentul psoriazei iradiațiuni masive de raze X, pe regiunea timusului constată agravarea boalei — iar aplicațiunea cu iradiațiuni în doză excitantă — deci slabe — ducea la ameliorarea sau chiar vindecarea boalei. (Lewy). Fränkel și Juster aplicând radiațiuni simultan pe glanda tiroidă și suprarenale, din 45 cazuri tratate de ei, în mai mult de jumătate observă rezultate favorabile. Observațiile cu privire la influența funcțiunilor ovariene, nu sunt destul de precise. Autorii ca Spiellman, Parisot și Simonin remarcă unele vindecări în timpul evoluției sarcinei; alți autori din contră citează aparițiunea boalei în timpul sarcinei.

STUDIUL CLINIC AL ARTROPATIILOR PSORIAZICE.

Nu intrăm în descrierea formelor clinice atât de multiple ale psoriazei — adică forme clinice raportate la caracterele morfologice ale erupției cutanate — întrucât acestea sunt de ordin pur dermatologic, iar teza pe cari o tratăm aparține în mare parte și domeniului clinicei medicale. O formă clinică a psoriazei care trebuie cunoscută și care este totodată cea mai gravă, este

psoriaza artropatică. Studiul acestei forme clinice a fost făcut mai ales de Bourdillon. Manifestările articulare în psoriază le întâlnim într'un procent de 5%. Din punct de vedere clinic artropatia psoriazică se prezintă sub aspecte diferite. În unele cazuri se manifestă prin artralгии, mialгии și melalгии, amintind caracterele unui reumatism vag, psoriaza dureroasă. Am putea numi acest fel de reumatism al psoriazei, reumatism polialgic, prin faptul că semnele obiective sau fizice sunt extrem de reduse sau absente. În opoziție cu această formă a artropatiilor psoriazice, în unele cazuri survin alterațiuni anatomice cu caracter nodos, osos și fibros. Aceste artropatii cu o evoluție progresivă pot să apară în cursul primei erupțiuni cutanate sau după câțiva ani interesând articulațiunile mai multor degete una sau mai multe articulațiuni mari, câteodată membre în întregime și coloana vertebrală realizând deformațiuni cu anchiloză și retracțiuni și cari constituiesc infirmități extrem de dureroase. Doi autori (Belot și Chapelon), citează osificațiuni ale tendoanelor. Acest accident este excepțional. Psoriaza artropatică este destul de frecventă pentru ca s'o putem explica în toate cazurile ca o simplă coincidență. Acest considerent constituie pentru unii autori un argument în favoarea naturii nervoase — pentru alții ca (Andry, Pedges și Gaucher), în favoarea naturii tuberculoase a psoriazei sau a unor psoriaze. În concluzie în mod practic în cadrele psoriazice vom întâlni sau un reumatism cu caracter polialgic, deci fără semne fizice, sau un reumatism care are mari analogii cu reumatismul cronic deformant. Din cadrul afecțiunilor complexe cari formează reumatismul cronic s'a separat și s'a rezervat disciplinei chirurgicale o formă specială de artropatie: artrita deformantă sau reumatismul cronic deformant. Această artropatie se caracterizează:

a) anatomic prin 2 procese opuse, consistând pe de o parte într'o uzură și o distrucție a cartilajelor diartrodiale, iar pe de altă parte neoformațiune de cartilagiu și de os la nivelul părților fibroase;

b) clinic se caracterizează prin evoluția cronică, prin localizarea sa în articulațiunile mari:

Articulația coxo-femurală, coloana vertebrală, genunche, prin diformațiunea extremităților articulare, datorită neoformațiunilor cartilaginoase și osoase; prin absența anchilozei prin lipsa de tendință la supurație și incurabilitatea ei. Această artropatie unii o numesc artrită seacă prin faptul că epanșamentul figurează mai

rar în manifestările boalei. Alții o numesc artrită senilă, din cauza frecvenței ei la o vârstă mai înaintată, o numire care nu e prea justificată din cauză că apare și la adulți.

Artrita deformantă este o numire mai încetețănită prin faptul că exprimă un caracter principal al boalei. Alții o numesc artrită proliferantă — căci în această artrită se petrece un proces histologic de proliferație dublă. O proliferație a cartilagiului vechi și neoformație de cartilagiu la nivelul părților fibroase.

Anatomia patologică.

Din punct de vedere anatomo-patologic, două fenomene domină :

1. Dispariția progresivă a cartilagiului diartrodial, în părțile sale centrale.

2. Producerea de encondroze marginale, adică neoformațiuni cartilaginoase cari pleacă din periferia cartilagiului. Aceste fenomene anatomo-patologice opuse își au o explicație în această localizare. Centrul suprafeței diartrodiale are o vascularitate mai săracă pe când periferia grație inserțiunilor sinoviale și periostului, îi este asigurată o rețea vasculară mai pronunțată.

Distrucția centrului cartilagiului diartrodial și ebornația suprafețelor articulare se face după un mecanism care a fost studiat de către Redfern în anul 1849. Substanța fundamentală a cartilagiului se segmentează de așa manieră în cât rezultă fibrile care se dispun într'un mod paralel. Prin frecăturile articulare continue porțiunile alterate se uzează și lasă suprafețele osoase descoperite. Celulele cartilaginoase proliferază, capsulele celulelor cartilaginoase sunt mărite, dispuse liniar — și se deschid unele în altele.

La suprafață capsulele distinse se rup și își varsă conținutul lor în cavitatea articulară. Intre spațiile cari rezultă din evacuarea capsulelor, substanța fundamentală a cartilagiului persistă sub forma unor vilozități filamentoase, foarte subțiri — perpendiculare la suprafață. Acest proces isto-patologic descris se petrece câteodată numai în părțile mai superficiale. În părțile profunde dacă nu sunt interesate și ele în procesul descris mai sus, proliferarea celulelor cartilaginoase și infiltrația calcaroasă duc la formarea unui strat osos nou prin osificarea lamei subcondrale. Așa se explică ebornațiunea supra-

fețelor articulare. Producerea encondrozelor marginale se face prin acelaș proces care determină dispariția centrului cartilagiului diartrodial, numai că periferia cartilagiului fiind acoperită de sinovială, elementele proliferate se acumulează la acest nivel în loc de fi vărsate în cavitatea articulară. În felul acesta se constituiesc formațiuni la început cartilagineose (encondroză) mai târziu osoase (osteofit) care determină deformații-extremităților articulare.

Neoformațiune de cartilagiu se produce și la nivelul extremității frangilor sinoviale. În aceste frange se găsesc celule cartilagineose cari proliferază și în felul acesta se dezvoltă în vilozitățile terminale nucleii cartilagineși. Acești nucleii sunt legați de seroasa sinovială printr'un pedicul subțire, și la rândul lor pot prezenta fie o calcificare sau chiar o osificare adevărată. Se poate întâmpla ca la aceste mase cartilagineose, calcificate sau osoase să li se rupă pediculul de inserție — devenind astfel corpi străini intraarticulari. În rezumat, din punct de vedere anatomo-patologic, sinoviala nu prezintă alterațiuni de cât în cazuri foarte rare, — și în asemenea cazuri e mai bine s'o considerăm ca o artrită secundară. Suprafețele articulare cu timpul devin neregulate, dar lipsește totdeauna sudațiunea osoasă, un caracter diferențial față de reumatismul psoriazei unde găsim fie anchiloză incompletă anatomic anchiloză fibroasă sau anchiloză completă anatomic anchiloză osoasă.

SIMPTOME ȘI DIAGNOSTIC :

Debutul afecțiunii este extrem de rar acut. De regulă se instalează lent, insidios. Din punct de vedere clinic se caracterizează prin 3 (trei) simptome mai importante: deformațiunea, fenomenele dureroase și cracmentele. Deformațiunea se manifestă printr'o mărire de volum a extremităților osoase; la palpare se constată că aceste extremități sunt dure, prevăzute cu asperități care formează corp comun cu osul. Durerile sunt foarte puțin modificate prin mișcările active și pasive.

Durerile uneori au un caracter de reumatism muscular, alteori iau caracterul unor crize nevralgice care iradiază în trunchiurile nervoase. Mișcările voluntare sunt puțin limitate

său chiar își păstrează amplitudinea normală. Absența acestei anchiloză este unul dintre caracterele principale ale boalei.

Un alt simptom caracteristic îl formează crăcmentele care se percep în timpul mișcărilor. Aceste șgomote sunt datorite luncării suprafețelor articulare — lipsite de cartilagii și neregulate prin prezența osteofitelor. Radiografia trădează procesul anatomo-patologic care se petrece la nivelul articulației, — se observă o mișcare a liniei inter-articulare, prin distrucția cartilagiului, diformațiunea suprafețelor osoase articulare, prezența osteofitelor și corpuscule inter articulare.

Reumatismul descris mai sus este forma cea mai frecventă a reumatismului psoriazic. Diagnosticul pe care l'ar putea stabili cineva ajutat mai ales de examenul radiografic ar fi de reumatism cronic deformant în a cărui etiologie și patogenie nu intrăm. Coexistența unui asemenea reumatism cu psoriaza este posibilă și acest lucru nu trebuie să-l uităm nicio dată atunci când încercăm stabilirea unui diagnostic precis.

Care sunt criteriile în baza cărora noi vom reuși să diferențiem totuși artropatia psoriazică, față de artrita deformantă cu cari prezintă așa mari analogii? În primul rând coexistența cu erupția cutanată a artropatiei constituie un element de diagnostic diferențial; predilecția pentru sexul masculin; artropatia psoriazică survine mai mult la indivizii tineri sau adulți, pe când la artrita deformantă este bine nici să nu ne gândim în mod practic sub 36—40 ani; progresiunea și alura mai acută față de reumatismul deformant care se prezintă cu o cronicitate în ansamblul lui; prezența hidartrozei, accident excepțional la artrita deformantă și absența oricărei reguli în ce privește localizarea.

În reumatismul cronic deformant am amintit că sunt interesate mai des articulațiunile mari, unde mobilitatea este mare: coloana vertebrală, articulația coxo-femurală și a genunchiului. Reumatismul cronic deformant am mai amintit încă, se caracterizează prin absența anchilozelor; este excepțională, artrita deformantă anchilozantă artropatia psoriazică sudația osoasă sau fibroasă pare să fie ceva mai frecventă și în asemenea cazuri constituie un element de prognostic grav. Artropatia psoriazică poate interesa cele mai variate articulațiuni constituind tot atâtea forme clinice după localizare. Un alt reumatism care se poate preta la confuzie din punct de vedere clinic cu artropatia psoriazică este

pseudo-reumatismul tuberculos a lui Poncet. Acest autor a numit'o tuberculoză atipică nefoliculară inflamatorie articulară. Acest reumatism evoluează cu toate caracterele unei artrite deformante. Prezența unei tuberculoze cutanante propriu zise sau a unui proces bacilar sau ganglionar vor fi suficiente pentru elucidarea diagnosticului.

A insista asupra diagnosticului diferențial al artropatiei psoriazice, ar însemna să discutăm unul din cele mai vaste capitole ale patologiei medicale și chirurgicale. Amintim doar artropatiile cari vin mai des în discuția diagnosticului diferențial. În afară de pseudo-reumatismul tuberculos a lui Poncet, în afară de artrita deformantă, o altă infecție cronică care poate să dea determinări articulare este sifilisul. Sifilisul ereditar sau câștigat poate interesa sistemul articular în toate perioadele sale de evoluție, realizând un polimorfism clinic extrem de pronunțat. Accidentele sifilitice articulare le putem împărți în: 1. accidente secundare reprezentate prin: a) artralgie; b) artrită subacută.; c) hidartroză, 2. accidente terțiare: infiltrația gomoasă penisinovială și ostio-artrita gomoasă. 3. artropatiile eredo-sifilitice: a) osteoartropatie cronică caracterizată printr'o augmentare de volum a extremităților osoase și prin absența durerilor; b) hidartroza dublă afectând în general genunchii; c) osteo-artropatia deformantă care se caracterizează după Fournier printr'o diformațiune epifizară datorită prezenței osteofitelor.

Diagnosticul îl stabilim prin examenul radiologic, reacțiunea Bordet Wassermann pozitivă în lichidul articular, tratamente specifice ex juvantibus și afară de aceasta semnele clinice complectează posibilitatea de a stabili etiologia, ca: absența durerii, absența temperaturii. În discuția diagnosticului diferențial intră încă, reumatismul cronic simetric progresiv și reumatismul cronic secundar. Diagnosticul reumatismului cronic primitiv, este dificil în faza inițială. Într'o fază mai înaintată diagnosticul se face posibil prin puseuri cu febră și fenomene inflamatorii articulare și cu viteza de sedimentară a globulelor roșii accelerată. Contribuția radiologică este foarte importantă în stabilirea acestui fel de reumatism. Ea ne arată sau o atrofie epifizară, sau o osteoporoză generalizată. Prezența osteofitelor nu exclude posibilitatea acestui reumatism. Diferența față de artrita deformantă o constituie lipsa de sime-

tricitate și faptul că reumatismul deformant este oligo articular. În reumatismul cronic secundar găsim în antecedentele bolnavului, fie o infecție acută cunoscută, fie o infecție cronică cu o etiologie determinantă, fie un focar infecțios care trebuie căutat prin examen concentric al tuturor organelor (dinți, amigdale, recto-sigmoidite etc.).

PROGNOSTICUL ARTROPATIILOR PSORIAZICE :

Psoriaza complicată cu artropatie fiind forma cea mai gravă a psoriazei, prognosticul este destul de sever. — Prognosticul va fi și mai grav dacă reumatismul care însoțește această dermatoză va prezenta toate caracterele clinice, anatomo-patologice, și radiologice ale unei artroze. — Să nu uităm că din punct de vedere funcțional reumatismul psoriozie este mai grav decât artrita deformantă — tocmai prin prezența durerilor și prin o tendință la anchiloză,

TRATAMENTUL

Din nefericire nici astăzi nu suntem în posesiunea unor medicațiuni cari să ne dea satisfacție nouă și bolnavilor de a le procura vindecarea. Din punct de vedere dermatologic, putem obține dispariția leziunilor cutanate fără să putem influența, să prevenim noile puseuri de erupție cutanată.

Tratamentul local - asupra căruia nu insistăm este clasic: decapante timp de câteva zile, urmate de băi cari se aplică în doze crescânde medicamente din grupa reductoarelor, dintre cari cele mai uzitate sunt: oleul de cad, crisarobina și pirogalolul.

Tratamentul reumatismelor cronice — căci aici intră și reumatismul psoriazei este unul din capitolele expuse pe larg în tratatul de patologie medicală a Dlui Prof. Dr. Iuliu Hațieganu. Ne vom conduce în expunerea programului terapeutic după principiile menționate de dsa, insistând de sigur asupra acelor tratamente cari vor influența și psoriaza, din punct de vedere topic, cu alte cuvinte vom încerca un tratament raportat la etiologiile pe cari le-am enumerat. În fața

unui bolnav care este atins de această afecțiune cutanată se impune totdeauna un examen complet — și corectarea tuturor turburărilor constatate. Caracteristic pentru reumatismul psoriazic este că nu cedează la salicilatul de sodiu și piramidon — sau la preparate din grupa acestora.

Regimul alimentar și prescripțiunile igienice cu toate că nu li s'a putut dovedi importanța în această afecțiune totuși recomandăm: o igienă sănătoasă, exerciții în aer curat, o alimentație cu puțină carne, mai mult lacto-vegetariană — lipsită de excitante — (cafea, ceai, etc.).

Vor fi influențate în special psoriazele rebele sau cele generalizate, formele pruriginoase și cele complicate cu suferință articulară. Combaterea turburărilor gastro-intestinale prin entero-vaccinuri și a constipației conform noilor principii de tratament. În cazul de turburări de transit intestinal: dăm lubrefiante intestinale (normacolul, preparat german, sau coreina preparat francez, agarolul, lubroilul, sau oleu de parafină chimic, pur-simplu, — pe lângă regimul adecuat și cari constituie baza tratamentului constipației. *Medicamente interne:* 1. *Sulful*, uneori dă rezultate însă acțiunea este neconstată. Il putem administra pe toate căile. *Unctiuni cutanate*; pe cale bucală: ape minerale, sulf coloidal sau sulf precipitat după formula *Rp. Sulf precipitat:*

0,50 gr.

Extract de Ratanhia

0,20 gr.

Pentru o pilulă.

D. S. 2—10 pilule la zi după toleranța intestinală.

În privința sulfului rezultate mai bune obținem cu injecțiile intramusculare fesiere de oleu sulfurat.

Formula de prescripțiune pentru injecții este următoarea, propusă de Bory și modificată de Duret:

Rp.: Sulf precipitat

0.50 gr.

Guaiacol cristalizat

10 gr.

Camfor rafinat

10 gr.

Eucaliptol
20 gr.
Cocaină
1 gr.

Uleu de vegetale (de sesam) purificat și sterilizat,
2 . 5 pt. 100 cm.³

D. S. Se injectează uleul sulfurat 2 cm.³ apoi 3, 4, 5 și chiar 10 cm.³ tot la 3—5 zile; dacă există o reacțiune febrilă ușoară tot la 7 zile, dacă reacțiunea este intensă se fac în total 8 până în 15 injecții.

2. *Arsenicul*. Nu se administrează în puseurile acute, în psoriazele foarte întinse și roșii, în psoriazele cu tendință pigmentară sau papilomatoză. Este indicat în toate psoriazele cronice complicate cu artropatie în doze progresive și masive, Recomandăm bolnavilor să ingereze timp de 20 de zile în fiecare lună în timpul alimentației 8 picături până la 60 picături din licoarea lui Dioscoride sau 5 cgr. până la 20 cgr. de arhenal. Dacă se observă o intoleranță gastro-intestinală se poate administra 0,10 gr.—1 gr. de cacodilat de sodiu subcutanat sau intravenos timp de 20 zile observând tot timpul toleranța bolnavului. Sulfarsenolul asociind sulful și arsenicul dă uneori rezultate bune. Unii autori citează rezultate bune după amestecul de bismut și arsenic (Jansion).

3. Clorhidratul de emetină și antimoniu: 12 injecții intra-musculare de 1 cm³ tot la 2 zile (0,040 clorhidrat de emetină și 0,02 antimoniu) Daries citează rezultate frumoase pe cari le-a obținut administrând injecții intra-fesiere — de calomel sau oxid galben de mercur — mai ales în psoriazele atropatice și în psoriazele fără semne de sifiliș hereditar sau congenital.

4. Opoterapia pluriglandulară — s'a dovedit a fi utilă într'un număr mare de cazuri. Medicamentele opoterapice acționa fie prin o modificare a echilibrului coloidal al umorilor fie că ar activa direct prin proprietățile lor excitante asupra hormonilor.

5. Fosfații și clorurile le preșcriem pentru a combate demineralizarea și declorurarea organismului care poate predispuce la o tuberculoză. Se va preșcrie bolnavilor câte ½ gr. glicero-fosfat de calciu, la fiecare masă sau din siropul iodotanic arseniat — timp de 15 zile în fiecare lună. Rezulta-

tele cele mai bune s'au obținut în artropatiile psoriazice cu lipiodol. Se administrează 12 injecții intramusculare, de două ori pe săptămână 5 cm³. S'au recomandat diferite procedee de desensibilizare a organismului ca: hemoterapia, seroterapia și proteino-terapia. Unii au recomandat helio-terapie și iradiatiunile ultra violete până la o adevărată eritrodermie.

Unii autori semnalează rezultate bune după radioterapia g'andelor endocrine (Walter-Brocq, Levy Frankel și Juster) acești autori au făcut iradiatiuni pe timus, supra-renală și tiroidă.

TRATAMENTUL SIMPTOMATIC AL ARTROPTIILOR

Tinde la suprimarea durerii. Se obișnuiește aplicarea pe articulațiunile afectate de pomade analgetice cu bază de salicilat de metil, cu mentol sau camfor. La interior administrăm combinația :

Rp. Piramidon
0,20 gr.
antipirină
0,15 gr.
codeină fosforică
0,01 gr.

D. S. Pentru un praf 2—3 la zi.

Este bine să încercăm și un tratament cu vitamine, mai ales în caz de turburări gastro-intestinale, unde există o hipovitaminoză sau avitaminoză, se crede că vitamina C. ar avea un rol important.

Fizioterapia, trebuie aplicată în toate cazurile de reumatism psoriazic — sub formă de diatermie, căldură uscată, căldură umedă, raze ultracurte.

Balneoterapia, constituie astăzi un stâlp principal în terapia reumatismelor cronice. Apele minerale sulfuroase clorurate și radio active sunt apele indicate pentru reumatismele cronice.

Aceste ape acționează prin proprietatea lor fizică (ape termale) care favorizează o dezintoxicare prin piele, — acționează prin absorbția ionilor de sulf și prin proprietățile lor radioactive.

TRATAMENTUL CHIRURGICAL

În general nu este o tendință prea mare a se lăsa tratamentul reumatismelor cronice disciplinei chirurgicale. În cartea Dlui Prof. Dr. I. Hațieganu sunt trecute aceste intervenții în 2 grupe:

a) Intervenții chirurgicale mici, ca puncție evacuatoare sau anestezia articulației cu soluții de 0,50% fenol, camfor în doză de 0,2—05 cm³.

b) Grupa intervențiilor chirurgicale mari cuprinde: plastii articulare, osteotomii, sinovectomii, rezecție modelatoare, rezecția osteofitelor. Amintim aici și procedeele ortopedice prin mijloace de extensie continuă. Tratamentul chirurgical se aplică în general în cazul când tratamentul medicamentos, fizioterapia, balneoterapia și mecanoterapia n'au dat rezultate satisfăcătoare. În concluzie cu toate că nu avem motive să fim prea optimiști în rezultatele tratamentului unei artropatii psoriazice ca de altfel în unele reumatisme cronice, aceasta nu însemnează că noi adoptăm o atitudine nihilistă, ci din contră într'un mod rațional, să mergem până la epuizarea tuturor posibilităților terapeutice.

CAZURI CLINICE

Observația: I.

Bolnavul A. I. de 44 ani, muncitor. Intră în clinică în 4. III. 1940. — Boala datează de 18—19 ani. A fost internat în 1923 apoi în 1925 clinica Dermato-venerică. A urmat tratamentul cu Röntgen în 1925 și 1927, apoi helioterapie și băi de nămol timp de 3 (trei) veri (1927—1929). S'a ameliorat puțin. Leziunile sunt în dispariție vara. De o lună de zile leziunile s'au generalizat și bolnavul prezintă prurit la nivelul lor. Ele sunt acoperite de placarde cu scuame albe, caracteristice.

Prezintă o afecțiune cutanată ce interesează corpul aproape în întregime. Astfel avem leziuni pe pielea păroasă a capului pe pielea glabră cu predilecție la nivelul fețelor extensorice ale extremităților superioare și inferioare și pe spate. Leziunile au o formă ovalară sau policiclică; ele diferă între ele numai

ca dimensiuni: dela gămălia unui ac, la moneda de 100 (sută) lei și chiar a unei palme de copil.

La examenul metodic a lui Brocq la orice leziune se disting următoarele faze caracteristice. După detașarea scuamelor albicioase, sedefii, statificate și neaderente cari dau sgomotul de lumânare, evidențiem pelicula subscuamoasă. După gratarea ei se evidențiază o suprafață erosivă, presărată cu numeroase hemoragii punctiforme (fenomenul lui Auspitz).—

Subiectiv bolnavul semnalează dureri intense la nivelul regiunii lombare.

Intre: 5—9. III. Starea generală este nealterată. Bolnavul nu e febril, acuză un prurit rebel tegumentar și dureri articulare. Se fac unctiuni cu vaselină salicilată și injecții intravenoase cu antireumatic Oeriu.

10—12. III. Starea generală ușor alterată. Bolnavul acuză dureri articulare generale de intensitate moderată, iar de 2 zile dureri intense lombare, încât evită mișcările și nu poate umbla.—

13—16. III. Se observă o ameliorare a fenomenelor dure-roase imobilizate de lumbago și alte articulații, în urma injecțiilor de antireumatic Oeriu.

Bolnavul e subfebril cu leziunile în curs de vindecare. A făcut o reacție eritematoasă după crysarobină 3%. I se aplică pe față și membrele superioare în 19. III. pastă zincată. În 17 și 19 se administrează câte un antireumatic Oeriu. Nu acuză dureri lombare.

21—23. III. Bolnavul e afebril. Pe față i se aplică unguent emolient în rest pastă cu crysarobină 1/4%. Nu acuză impotență funcțională a membrelor și nici altralgiu pronunțate.

I se administrează antireumatic Oeriu A.

25. III. Bolnavului i se aplică crysarobină 1/4% și se dă antireumatic B. Oeriu. Nu acuză altralgiu.

26. III. Fiindcă prezintă reacție eritematoasă în urma tratamentului i se aplică unguent emolient.

27. III. Pe tot corpul i se aplică lumbagol. Efectul e evident; reacția retrocedează binișor și nu mai acuză lumbago intens.

Observația : II.

Bolnavul M. C. de 45 ani picher C. F. R. Intră în clinică Dermato-venerică în ziua de 23. I. 1940.

Nimeni în familie n'a suferit de o afecțiune asemănătoare. În antecedentele personale nimic de remarcă. A avut o blenoragie în 1918 care a durat 3 luni. Neagă alte dermatoze. Debutul afecțiunii actuale datează din vara anului 1926 când a apărut pe pielea păroasă a capului. În 1928 a apărut și pe pielea glabră, la început pe spate de unde s'a întins și pe restul corpului. A fost în tratamentul diferiților medici. Afecțiunea regresează complet pentru a reapare în deosebi primăvara și toamna.

Din 1938 are dureri și în articulații. Puseul actual a început pe la jumătatea lunii Noiembrie 1939. De la începutul lunii Decembrie are dureri în articulații, tumefiindu-se îndeosebi cele dela mâna stângă și ambii genunchi.

Bolnavul e suficient nutrit și dezvoltat, culoarea feței e palidă.

Bolnavul prezintă o afecțiune cutanată ce interesează corpul aproape în întregime. Astfel e interesată pielea păroasă a capului, extremitățile superioare și inferioare în mod simetric, spatele, abdomenul, regiunea fesieră și penisul.

La nivelul pielei păroasă a capului, afecțiunea se prezintă sub forma unui placard intens ce interesează în deosebi regiunea fronto-parietală, caracterizându-se prin numeroase scuame stratificate, albicioase cari prin grataj se îndepărtează cu ușurință sub forma de tărâțe, iar la bază rămâne un tegument inflamă, eritematos edematațiat. Perii nu prezintă alterațiuni la acest nivel.

La nivelul pielii glabre, afecțiunea prezintă leziuni de mărime ce variază dela cea a unei boabe de fasole la cea a unei monete de 20 lei. Afară de acestea prin confluența mai multor leziuni se nasc placarde policiclice ce se observă îndeosebi pe membrele inferioare cari ajung sau chiar întrec mărimea unei palme de adult. La examenul metodic a lui Brocq se observă după detașarea scuamelor sgomotul de lumânare, evidențiem pelicula subscuamoasă, după gratarea ei se evidențiază o suprafață erosivă, presărată cu numeroase hemoragii punctiforme (Fenomenul lui Auspitz).

Interesant că afecțiunea interesează corpul aproape în întregime. Articulația metacarpo-falangiană și cea interfalangiană de la policele stâng sunt mult tumefiate având mișcările fiziologice aproape complet abolite. Deasemenea ambele articu-

lații ale genunchiului sunt tumefiate având mișcările limitate și dureroase.

Bolnavul acuză dureri și în alte articulații, îndeosebi la nivelul articulațiilor sacro-iliace. Prezintă un proces de hiperkeratoză la nivelul unghiilor — aspect de degetar.

Ganglionii inghino-crurali în ambele părți sunt măriți de volum, duri mobili și indolori la palpare. Bolnavul slăbește din 30 I. la 26 III cu 6 (șase) kg.

Tratamentul :

24 I. Se administrează 5 cc. injecții cu Na-salicilic intravenos.

27 I. Injecții cu salitinol 5 cc. intramuscular.

30 I. Se aplică local vaselină salicilată 10% din două în două zile, injecții cu salitinol.

10—13 II. Se aplică pe gambe și mâini crizarobină $\frac{1}{4}$ %. Se administrează 5 cc. Prontosyl intramuscular.

2—9 III. Starea generală ușor alterată. Bolnavul e subfebril iar la articulația ambilor genunchi și articulația radio-carpiană stângă acuză dureri spontane. În schimb leziunile tegumentare dispar și se observă pe torace și extremități pete ovalare, mai închise la culoare ori forme inelare de pete roșietice în urma afecțiunilor psoriazice.

Se administrează crizarobină 3% și pe cap alifia Kapoși. Se dă antireumatic Dr. Oeriu.

În zilele următoare :

Starea generală ușor alterată, subfebril. După antireumatic Oeriu dat intravenos, bolnavul acuză altralgii la fel ca înainte.

Observația III :

Bolnavul M. A. de 35 ani, intră în serviciul clinicei Dermato-venerică în 4 II 1938 și ese în 14 III 1938.

Nimic important în antecedente, neagă bolile infecto-contagioase. Neagă alte dermatoze.

Boala actuală de 10 ani. A debutat cu leziuni similare, însă mai mici și într'un număr mai redus pe extensorică a membrilor superioare. Leziunile au fost precedate de dureri reumatoide la nivelul coloanei vertebrale lombare cari au dispărut după 2—3 luni, fără nici un tratament. Durerile reuma-

toide au mai apărut din când în când, cu durată variabilă de 2—3 zile. Luând per os prafuri și local aplicând balsam anti-reumatic. De o lună au apărut erupții mai exprimate decât înainte, pe fața extensorică a membrilor superioare și inferioare

Tratament:

10 II. Primește pe leziuni vaselină salicilată.

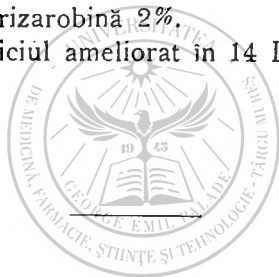
12 II. Ședință de Röntgen.

17 II. Incepe tratamentul local cu crizarobină $1/4\%$ pe corp și unguent Kapoși de cap.

Ca tratament general primește tot la 2 zile câte o injecție intravenoasă de natrium salicilic. Se continuă tratamentul cu crizarobină și alifie Kapoși. La 1 III. se urcă concentrația la 1%. Continuă să primească tot la 2 zile natrium salicilic.

14 III. Leziunile evoluează spre vindecare. Continuă să i se aplice pe piele crizarobină 2%.

Părăsește serviciul ameliorat în 14 III. 1938.



CONCLUZII:

1. Psoriaza complicată cu artropatie este forma cea mai rară a psoriazei.—

2. Formele clinice ale artropatii psoriazei sunt reprezentate prin turburări de ordin funcțional, adică: artralгии, mialгии melalгии, deci un reumatism polialgic, fără semne obiective locale, un reumatism cu alterațiuni clinice și anatomo-patologice evidente și cari prezintă mari analogii cu artropatia cronică deformantă.

3. Coexistența unui reumatism cu altă etiologie este posibil cu psoriaza și din aceste motive se impune în toate cazurile o încercare de a descifra etiologia artropatiei.

4. Artropatia psoriazică poate să apară în cursul unei erupții cutanate sau după un timp relativ lung dela manifestările cutanate.

5. În general evoluția artropatiei psoriazice este cronică.

6. Diagnosticul reumatismului psoriazic este un diagnostic de excludere.

7. În discuția diagnosticului diferențial intră grupa mare a reumatismelor cronice.

8. Prognosticul este rezervat dat fiind că etiologia și patogenia psoriazei sunt necunoscute.

9. Tratamentul constituie o adevărată artă medicală și succese terapeutice va obține acel medic care face un examen complet al bolnavului și combate toate turburările morbide constatate.—

Văzută și bună de imprimat:

Președintele tezei:
ss. **Prof. Dr. Valeriu I. Bologa**

Decanul Facultății:
ss. **Prof. Dr. I. Drăgoiu**



BIBLIOGRAFIA

- Hațieganu I. și Goia I.*: Tratat elementar de semiologie și patologie medicală. Vol. III. ed. „Cartea Românească“. Cluj 1939.
- Darier I.*, Précis de dermatologie — Masson et Cie. Paris 1923.
- Darier, Sabouraud, Cougerot, Milian, Pautrier, Ravaut, Sézary. Simon*: Nouvelle partique dermatologique. Tome VII. Masson et Cie 1936.—
- Juliusberg, Nobl, Picke, Schönfeldt*, Handbuch der Haut — und Geschlechts-Krankheiten. Band VII Erster Teil. Berlin 1928.

