

DERMATITELE ALIMENTARE



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE 22, II 1940

DE

ROSENBERG COLOMAN

DERMATITELE ALIMENTARE



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

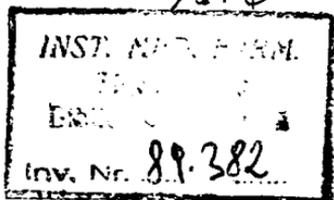
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE 1940

DE

ROSENBERG COLOMAN

9676

24 MAY 2005



UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I.” DIN CLUJ

FACULTATEA DE MEDICINĂ

Decan : Domnul Profesor Dr. DRĂGOIU I.

PROFESORI :

Clinica stomatologică	— — — — —	Prof. Dr. Aleman I.
Farmacologia și farmacognozia	} — — — — —	,, ,, Baroni V.
Microbiologie		
Fiziologia umană	— — — — —	,, ,, Benetato Gr.
Istoria medicinei	— — — — —	,, ,, Bologna V.
Patologia generală și experimentală	— — — — —	,, ,, Botez A. M.
Clinica oto-rino-laringologică	— — — — —	,, ,, Buzoianu Gh.
Istologia și embriologia umană	— — — — —	,, ,, Drăgoiu I.
Semiologia medicală	— — — — —	,, ,, Goia I.
Clinica ginecologică și obstetricală	— — — — —	,, ,, Grigoriu C.
Clinica medicală	— — — — —	,, ,, Hațieganu I.
Medicina legală	— — — — —	,, ,, Kernbach M.
Chimia biologică	— — — — —	,, ,, Manta I.
Clinica oftalmologică	— — — — —	,, ,, Michail D.
Clinica neurologică	— — — — —	,, ,, Minea I.
Igiena și igiena socială	— — — — —	,, ,, Moldovan I.
Radiologia medicală	— — — — —	,, ,, Negru D.
Anatomia descriptivă și topografică	— — — — —	,, ,, Papilian V.
Clinica chirurgicală	} — — — — —	,, ,, Pop A.
Medicina operatorie		
Clinica infantilă	— — — — —	,, ,, Popoviciu Gh.
Chimia medicală	— — — — —	,, ,, Secăreanu Șt.
Balneologia	— — — — —	,, ,, Sturza M.
Clinica dermato-venerică	— — — — —	,, ,, Tălaru C.
Clinica urologică	— — — — —	,, ,, Țeposu E.
Clinica psihiatrică	— — — — —	,, ,, Urechia C.
Biologia generală	— — — — —	,, ,, Racoviță E.
Anatomia patologică	— — — — —	,, ,, Vasiliu T.
Igiena generală	— — — — —	Agr. Zolog M.
Fizica medicală	— — — — —	Conf. Bărbulescu N.
Clinica bolilor infecțioase	— — — — —	,, Gavrilă I.

JURIUL DE PROMOȚIE :

Președinte : Dl Prof. Dr. V. Bologna

MEMBRII :	{	,, ,, ,, Gr. Benetato
		,, ,, ,, V. Papilian
		,, ,, ,, Gh. Popoviciu
		,, ,, ,, M. Sturza
SUPLEANT		,, Conf. Dr. I. Gavrilă

Introducere

Clasificarea afecțiunilor pielii în general e o operație cât se poate de grea. Cauza acestei dificultăți este că etiologia a unui număr de afecțiuni cutanate e necunoscută, sau foarte complexă. O clasificare etiologică s'a putut face în cazul afecțiunilor tuberculoase, sifilitice, micozice, strepto-, stafilococice și a unor afecțiuni prin traume fizice. Restul afecțiunilor cu o etiologie neclară sau prea complexă s'a clasificat după aspectele lor clinice. Dar aspectele clinice ale acestor dermatite au foarte multe puncte comune, delimitarea lor precisă e foarte problematică, așa încât această clasificare a lor e mai mult dictată de necesitate decât de fondul real al leziunilor.

Prin prezenta lucrare am încercat clasificarea a unui număr destul de mare de dermatite, grupându-le nu pe baza aspectului lor clinic — ceea ce e cât se poate de polimorf și slab delimitat — ci după punctul comun al lor, de a fi declanșate toate de un acelaș factor, anume de alimente.

Dar înainte de a intra în tratarea subiectului, țin să-i mulțumesc cât se poate de călduros Domnului Prof. Dr. V. Bologa și Domnului Șef de Lucrări Dr. Leonida Pop, Conducătorii Clinicii Dermatologice și Sifiligrafice din Cluj, pentru onoarea ce mi-au făcut prin acordarea acestui subiect, cât și pentru bunăvoința lor de a-mi pune la dispoziție Biblioteca Clinicii.

Definiția.

Dermatitele alimentare sunt o serie de afecțiuni, cari apar sub aspectele cele mai variate ale eflorescențelor cutanate, fiind declanșate de alimente consumabile, proaspete, nevătămătoare, pe lângă un regim alimentar rațional.

Dermatitele alimentare aparțin grupului afecțiunilor alergice. *Alergia*. Este o stare modificată a organismului pe care acesta l'a câștigat în urma contactului său cu un antigen. Organismul în contact cu un antigen își formează anticorpi specifici, cari fac să reacționeze în mod modificat — de obicei mai rapid și mai puternic — la introducerea unei noi cantități din acelaș antigen.

Alimentele alergizante.

Numim *alergene* — antigene — orice substanță chimică, influență fizică, viețuitoare, etc. care e în stare să provoace formarea de anticorpi în organism, adică să alergizeze organismul.

Alergenul incriminat cu deslănțuirea unei reacțiuni alergice e supus următoarelor criterii :

1. Să fie evidențiabilă relația lui cu bolnavul.
2. Reacțiile de probă făcute cu un alergen la indivizii nealergizați să fie negative.
3. Vindecarea bolnavului prin îndepărtarea alergenului.
4. Reparitia fenomenelor printr'un contact nou cu alergenul.
5. Evidențierea anticorpilor specifici prin transmiterea lor pasivă.

Dintre albuminele numai cele cu greutate moleculară mare pot figura ca alergene, așa : albuminele, globulinele și euglobulinele (dintre cari euglobulinele sunt alergenele cele mai puternice).

Proteinele cu greutatea moleculară scăzută sunt fără efect alergizant. (Protaminele, histonele, nucleo-proteidele și acizii aminați).

Alergenele alimentare sunt următoarele :

1. *Alergene de origine animală :*

Peștii de mare, peștii de apă dulce, peștele afumat, sardelele, stridiile, homarii, crabii, racii, etc.

Cărnurile : de porc, vită, vițel, ied, găină, rață, găscă, cal, vânat, etc.

Mezelurile ; șunca ; — Ouăle (albușul sau gălbenușul chiar separat) mai ales în stare crudă. Laptele (de mamă pentru copii), cașul, untul, zărul, zarea, brânza.

La sugaci putem observa reacțiuni alergice față de ouă, dacă mama le consumă. În alimentele de origine animală, rolul de alergen îl au aproape exclusiv, substanțele proteice din ele.

2. Alergene de origine vegetală :

Aici au rol nu numai proteinele, ci și hidrații de carbon, lipidele sărurile și condimentele.

a) Alimente cu alergene proteice : pâinea sau făina (de grâu, orz), orezul, făina de in, cartofii, mazărea, fasolea, lintea, soia, ciupercii, morcovii, guliile, spanacul, sparanghelul, tomatele, castraveții, rhubarbara, ridichii, hreanul, ceapa, usturoiul, etc.

Fruite : fragii, merele, perele, lămâia, mandarinele, portocalele, bananele, pepenii, strugurii, prunele, nucii, migdalele, zmeura, etc.

Beuturi alcoolice : mai ales vinul și berea.

Ciocolata, cacao, mierea.

Cafeaua și ceaiul (nu e sigur că acționează prin conținutul lor de proteină).

b) Alimente cu alergene lipidice : uleiul de olive, de nuci, de migdale, untul de cacao, margarina.

c) Alimente cu alergene hidrocarbonate : toate alimentele vegetale, cari conțin hidrați de carbon, sub orice formă (mono-, di-, -sau polizaharide).

d) Săruri : sarea de bucătărie, sărurile organice.

e) Acizi : alimentele acre cum sunt : merele acre, limonada, vinul, lămâia, portocala, castraveții, oțetul, etc.

f) Condimente : paprica, piperul, muștarul, șafranul, vanilia, anișul, foile de laur, chimionul etc.

De obicei un individ este sensibil nu față de un singur aliment, ci față de un grup de alimente. Specificitatea alergenelor poate fi așa de expresivă, că unii indivizi se arată sensibili de ex. față de fragii dintr'o anumită regiune, sau față de mierea din flori de tei, etc.

Unele alimente sunt alergene numai în stare crudă, altele numai fierte. Uneori observăm chiar fenomene bizare de ex. : ouăle

sunt bine tolerate atât în stare crudă cât și în stare fiartă, dar nu sunt tolerate în bucate, sau: untul ouăle și făina sunt bine tolerate, dar prăjitura făcută din ele nu mai e tolerată. Unii indivizi se arată sensibili față de laptele de vacă, numai dacă vaca a păscut pe un anumit teren sau a ingerat anumite alimente.

Depistarea alimentelor alergizante.

I. ANAMNEZA:

Are o importanță foarte mare. Câte odată bolnavii știu să ne indice precis alimentul — sau cel puțin grupul alimentar — care i-a declanșat apariția dermatitelor. În cele mai multe cazuri însă bolnavii nu-și dau seamă de relațiile dintre afecțiunile lor și alimentele consumate de ei. Dar printr'o anamneză minuțioasă, printr'o înșirare sistematică a tuturor substanțelor alimentare prime, putem să-i îndrumăm în această privință. Pentru a nu omite în interogatoriu nici o substanță alimentară, e bine dacă întocmim o listă a lor completă, bolnavul având să ne indice pe ea alimentele în legătură cu cari a observat apariția unor fenomene cutane.

Orice îndrumare mică ne ușurează foarte mult depistarea alimentelor alergizante.

II. PROBE ALERGICE.

1. **Epidermo-reacția.** Alergenul e aplicat sub formă de pulbere, soluție sau pastă, pe un tifon de dimensiune mică, care la rândul său e aplicat pe piele. Pentru a împiedica acțiunea agenților externi, evaporarea sau alterarea substanței antigene, se acoperă tifonul cu un material impermeabil. Pentru aprecierea reacțiunii se alege și un martor. De obicei martorul e celălalt antebraț pe care se aplică un tifon simplu fără alergen. După 12—24 de ore se scot ambele tifoane și se citește rezultatul. Reacția pozitivă se traduce printr'o erupțiune eritemato-scuamoasă, sau eritemato-vesiculoasă, ce imite perfect forma lamboului de tifon aplicat. În caz de reacție negativă pielea își păstrează aspectul său normal.

2. **Cutireacția:**

a) *prin fricționare.* Alergenul este incorporat de obicei într'o substanță grasă. Cu această substanță fricționăm pielea. Deci se face după metoda lui Moro.

b) *prin scarificare.* Scarificarea se face cu o lancetă sau cu un stilet Pirquet, — în modul cunoscut — după care se aplică

pe locul traumatizat alergenul de cercetat. După 30 minute se spală alergenul. Ținerea lui peste acest termen este pe de o parte de prisos, pe de altă parte poate deveni periculoasă, căci poate provoca fenomene generale grave, șoc, etc.

Reacțiunea pozitivă apare la 5—15 minute și se traduce printr'o papulă, care ajunge la dezvoltarea maximă după 30 minute. Diametrul minim e de 5 mm.

Cutireacția e mai sensibilă, dar mai puțin specifică decât epidermo-reacția. Pentru prevenirea eventualelor reacțiuni alergice, aplicăm la început alergenul în diluții mari: 1⁰/₁₀₀—1⁰/₁₀. In caz de reacție negativă facem alte probe, însă în concentrații mai mari.

3. Intradermo-reacția, se face înjecând intradermic 0,02 cmc. dintr'o soluție de alergen. Injecția se face cu o seringă specială automată, (fiindcă e vorba de o cantitate minimă). Reacția poate fi: a) precoce, dacă în decurs de 20 minute apare o papulă înconjurată de un halou eritematos și b) tardivă, dacă papula apare în decurs de 24—48 ore. In alergizările alimentare de obicei reacția e precoce. Intradermo-reacția e mai sensibilă dar mai puțin specifică decât cutireacția.

4. Proba epimucoasă — intestinală.

a) *Regim prin complectare*. Intrebuințăm un regim care nu conține alergene alimentare, deci simptomele subiective și obiective trebuie să dispară rapid, dacă au fost provocate de alimente. Un astfel de regim este regimul de zahăr, căci hidrații de carbon numai în cazuri foarte rare sunt alergizante. Proba se face în modul următor: Bolnavul trebuie să stea acasă 2 zile — dacă e posibil în pat — în care timp el îngerează zilnic 300—400 gr. de zahăr în ceaiu slab. Dacă fenomene dispar în acest timp, adăogăm zilnic câte o substanță alimentară nouă, sub cea mai simplă formă comestibilă, așa încât să ajungem cât se poate de repede la un regim îndestulător și rațional. La început adăogăm alimente cari produc rareori fenomene alergice. Dacă suspectăm un aliment, că ar avea acțiunea deslănțuitoare, îl vom administra numai la sfârșitul probei, când regimul este deja suficient, așa că eliminarea eventuală a acestui aliment nu va scădea sensibil regimul.

Dacă după consumarea uneia dintre alimentele adăogate în plus bolnavul prezintă reacțiuni (prurit, urticarie, eczemă, etc.) acest aliment îl vom îndepărta din regim. După trecerea simptomelor alergice, îi administrăm din nou alimentul, spre a vedea dacă apar din nou fenomenele alergice. In caz pozitiv am depistat un alergen

alimentar. Dar nu ne oprim aici, ci continuăm metoda de mai sus, căci de obicei fenomenele alergice sunt deslănțuite de mai multe substanțe alimentare.

Dacă fenomenele alergice nu sunt deslănțuite de proteinele din alimente cercetăm acțiunea altor principii alimentare, prin introducerea timp de 2—3 zile a unui regim lipsit de hidrați de carbon, respectiv de grăsimi, săruri, condimente.

În această metodă prin completare, trebuie să ținem cont de următoarele condiții:

1. Vârsta. Trebuie să ținem seamă la completarea regimului de diferitele alimente utilizate în special de copii, respectiv de bătrâni' (pireuri, pape, ciocolată, lapte, etc).

2. Starea socială. Să nu uităm că indivizii din păturile sărace ale orașelor se nutresc și cu carne de cal, de oaie, iar cei din clasele bine situate utilizează vânatul, diferiți pești, stridii, moluște, etc.

3. Cantitatea. Uneori fenomenele sunt deslănțuite numai prin ingerarea unei anumite cantități din alimentul respectiv, pe când o doză mai mică e bine tolerată, deci completarea de regim se va face cu cantitățile consumate în mod obișnuit de bolnav.

4. Starea fiartă ori crudă a alimentului. Unele alimente dau reacțiuni numai în stare crudă, pe când fierte nu provoacă nici o reacție.

Proba prin completare de regim poate fi aplicată chiar bolnavului ambulant, fără greutate în executarea ei. Este de mare ajutor pentru medic, dacă bolnavul conduce un jurnal, despre alimentele consumate, cât și despre fenomenele generale și locale observate de dânsul.

Metoda este refuzată de indivizii cu ocupațiuni fizice grele, la fel mamele refuză aplicarea ei copiilor lor slabi, fiindcă regimul produce o subnutriție.

b) *Regim prin eliminare.* Tinde la eliminarea subnutriției. Constă din alimente cari numai rareori produc reacțiuni alergice. El conține o cantitate suficientă din fiecare principiu alimentar, săruri, și vitamine, așa că nu produce slăbirea bolnavului nici chiar după săptămâni. Avem mai multe regimuri, fiecare se va ține 7—10 zile. Se începe cu un regim de lapte. Dacă nu aduce o îmbunătățire a stării bolnavului, se trece la un alt regim, până când ne stabilim la un ■■■ regim, care reduce fenomenele. Acestui regim îi adăogăm apoi tot la 4—5 zile câte un aliment nou.

Desavantajele metodei :

1. E lungă, căci fiecare regim ține 7—10 zile.

2. E aproape imposibilă în practică pregătirea acestor regimuri, din motive financiare.

3. Chiar dacă am găsit un regim favorabil, nu cunoaștem încă principiul alimentar din acest regim, care acționează ca alergen.

c) *Regimul specific cu propeptane*. Pentru alcătuirea unui regim pot fi întrebuițate toate alimentele pentru cari există propeptane. Propeptanele sunt proteine de origină animală sau vegetală, incomplet descompuse sub acțiunea acidului clorhidric și a pepsinei, așa că suferă o dispariție a acțiunii lor alergenetice, însă fără pierderea specificității proteinelor respective. Ele au o greutate moleculară mai mică (albumoze, peptone, polipeptide). Sub un regim complet cu propeptane înțelegem un regim în care pe lângă fiecare aliment consumat bolnavul îngerează și propeptanul corespunzător specific. Propeptanele din comerț sunt :

Cărnuri : pește de apă dulce, de mare, carnea de pasăre, de vițel, de vacă, porc, cal. Legume : fasole, linte, morcovi, cartofi, mazăre, orez, varză acră, sparanghel, spanac, tomate. Lapte (unt). Făină : de grâu, de orz. Fructe : mere, banane, portocale, fragi. Ouă, cacao, raci. Bolnavul își întocmește un regim din diferitele alimente pentru cari există propeptane.

Ingerarea propeptanelor (1—2, în cazuri grave chiar 5-10-15 tablete), se face cu 3/4 de oră înaintea meselor. Propeptanele au acțiune numai pe stomacul gol, deci bolnavul se va nutri zilnic strict de 4 ori, (copii de 5 ori) Dacă timp de 3 zile după un regim urmat strict, simptomele subiective și obiective se ameliorează, avem cu siguranță o alergizare alimentară. Dela acest timp în fiecare zi vom înlătura câte-un propeptan, administrând însă alimentul corespunzător. Dacă apar din nou fenomenele de mai înainte, adăogăm a doua zi alimentul respectiv, plus propeptanul său. Dacă fenomenele dispar din nou, am depistat un aliment alergen. Prin acest mod putem controla în 14—20 de zile toate alergenele alimentare din regimul urmat. Regimul cu propeptane are marele desavantaj de a fi prea scump. Din acest motiv se întrebuițează :

d) *Regimul limitat cu propeptane*. În acest regim întrebuițăm numai 6 propeptane, anume pentru : grâu, lapte, ouă, carne de vită, spanac și cartofi. Mai întâi cercetăm acțiunea acestor 6 propeptane, apoi adăogăm zilnic câte un aliment nou fără propeptanul său. Astfel putem să ne convingem ușor de toleranța individului

și față de ceilalți principii alimentari. Dacă starea bolnavului nu se îmbunătățește prin administrarea regimului cu propeptane, procedăm la administrarea unui regim fără hidrocarbonate, respectiv, grăsimi, săruri, acizi. Astfel vom depista cu siguranță alergenul.

5. Transmiterea pasivă.

a) *Reacția Prausnitz-Küstner*. Este o alergizare pasivă locală.

Technica : Recoltăm ser sanghin dela un bolnav alergizat. Injec-tăm 0,1 cmc. din acest ser intracutan unei persoane, căreia o probă anterioară cu alergenul suspectat, că ar fi deslănțuit boala la bolnavul nostru s'a arătat negativă. După 24 de ore se injectează sau se aplică cutan în acelaș loc alergenul de cercetat. După 30 minute apare o papulă cu un halou roșu, care persistă o oră ; în acest caz reacția e pozitivă.

Alergenul nu trebuie aplicat numai decât pe locul unde s'a făcut injecția cu ser, căci ea poate să-și manifeste acțiunea chiar dela distanță, așa că poate fi injectată într'o altă parte a corpului sau poate fi introdusă chiar pe cale bucală.

Trebuie să facem și 3 probe de control și anume : 1) se face o primă injecție cu 0,1 cmc. de ser alergizat a doua injecție după 24 ore, cu se. fiziologic. 2) La fel : o primă injecție cu 0,1 cmc. de ser normal, a doua cu alergenul de cercetat, — și în fine 3) prima injecție cu 0,1 cmc. de ser normal, a doua cu ser fiziologic.

b) *Reacția Prausnitz-Küstner inversată*. Tratăm mai întâi individul de control cu alergenul ce-l cercetăm la bolnav. După 4 ore îi injectăm intracutan serul bolnavului. Reacția apare după 24 de ore, deci e o reacție tardivă. Proba de control se face ca mai sus.

Reacțiunile Prausnitz-Küstner depind numai de cantitatea anticorpilor din sânge din timpul experienței. Ele pot deveni periculoase pentru persoana de probă.

c) *Reacția Königstein-Urbach*. Se bazează pe faptul că, anticorpii se găsesc în concentrație mai mare în leziunile veziculoase ale pielii. Se ia din conținutul veziculelor 0,05 cmc. și se injectează intracutan la un individ de probă, care s'a arătat refractar față de alergenul pe care-l căutăm la bolnav. In caz că nu avem leziuni veziculoase la bolnav, provocăm formarea lor prin aplicarea unui emplastru de cantaridă. Conținutul bulelor apărute îl întrebuițăm în modul de mai sus.

După 24—48 ore injectăm alergenul la locul respectiv intracutan, percutan, sau deslănțuim reacția dela distanță, introducând

alergenul per os. În caz dacă reacția e pozitivă, apare în 12—24 ore o papulă roșie-brună, care după alte 24 de ore dispare. Controlul se face ca în reacția Prausnitz-Küstner, cu singura deosebire că în loc de serul normal luăm conținutul unor vezicule, obținute prin cantaridă la un individ normal. Probele prin transmiterea pasivă a alergiei se întrebuintează în cazurile când probele cutane și cu propeptane s'ar arăta periculoase pentru bolnavi; sau în cazurile când părinții refuză aplicarea probelor copiilor lor; sau în fine în cazuri foarte rare, când nu găsim părți normale ale pielei, pentru a putea aplica reacțiunile cutane.

III. INCONVENIENTELE PROBELOR ALERGICE.

Toate probele alergice pot deveni periculoase. Reacțiunile cele mai grave se observă după intradermoreacție. Pot surveni reacțiuni inflamatorii la locul injecției, reacțiuni de focar și fenomene generale grave, (aparitia unui prurit generalizat cu cefalee, astenie, debilitate cardiacă cu hipotensiune, — care poate duce până la colaps, — angoare, dispnee, greață, vărsături, crampe gastrice, diaree, incontinență urinară, convulsii tonice ale extremităților). Fenomenele pot duce la exit. Din acest motiv la început facem epidermoreacția, apoi cutireacția, și în fine intradermo-reacția. Proba cea mai puțin periculoasă este cea perorală cu propeptane.

Celelalte probe pentru depistarea alergenului anume: experiențele pe animale de laborator, precum și depistarea alergenelor în vitro, prin metoda de fixare a complementului sunt cât se poate de specifice, dar necesită instalațiuni complicate, așa că deocamdată au numai o importanță teoretică.

Forme clinice.

Din punct de vedere clinic dermatitele alimentare nu prezintă nimic particular. Aspectele clinice sub care apar ele, nu diferă întru nimica de aspectele identice ale altor dermatite, deslănțuite de cauze cu totul diferite. Formele clinice sub cari apar aceste dermatite sunt următoarele.

1. **Eczema** : este o afecțiune pruriginoasă, caracterizată prin leziuni polimorfe : eritem, papule, vezicule, pustule, bule, scuame, cruste, eroziuni madidante (pori eczematoși), boala având o evoluție acută, subacută sau cronică cu tendință la recidive.

S'au observat cazuri clinice după consumarea diferitelor alimente, dar mai ales după : pâine (grâu, orz), carne de pasăre, de porc, de cerb, cartofi, lapte, ouă, banane, portocale, fragi.

La copii (*eczema infantum*) alimentele figurează cu mult-mai des în deslănțuirea eczemelor decât la adulți. La ei un rol principal îl au laptele și ouăle, dar s'au observat cazuri și după consumarea diferitelor sucuri de fructe (zeamă de portocale), după făină, zahăr, grăsimi de origine animală (untură de ficat de morun).

La sugaci alimentul alergizant nu trebuie să fie ingerat chiar de copil, alergenul declanșator poate să treacă prin laptele matern.

2. **Edemul Quinque** (*edemul angioneurotic*).

Este o afecțiune înrudită cu urticaria ; edem alb, elastic, circumscris, apare brusc cu un caracter trecător și recidivant, nefiind însoțit de fenomene generale (prurit). Localizarea predilectă : buze, pleoape, limbă, rare ori faringe, laringe. S'au observat cazuri clinice, după consumarea de pâine, făină, carne de cal, de porc, de sardele, fragi.

3. **Eritemul exudativ multiform**. Apare brusc sub formă de leziuni eritemato-papuloase, uneori veziculo-buloase, cu două zone caracteristice concentrice, cu o localizare tipică, pe fața extensorică a mâinilor și a picioarelor, pe antebrațe și coapse. E însoțit de prurit, dureri reumatoide. Regresiunea în 1-2 săptămâni ; recidive.

S'au observat cazuri rare după consumarea de carne de porc, homari, nuci, mură.

4. Herpesul labial. Grupuri mici de vezicule izolate sau confluențe cu un halou hiperemic și un conținut clar, precedate de prurit, arsuri, înțepături. Conținutul veziculelor după 1-2 zile se turbură și se usucă, sau ele plesnesc și lasă în urmă o suprafață erozivă și roșie.

Cazuri foarte rare s'au observat după consumarea de carne de porc și de fragi.

5. Neurodermita. Este o afecțiune apropiată de eczemă. Se caracterizează prin papule confluențe, cari formează zone infiltrate plane mai mult sau mai puțin bine delimitate,acompaniate deunprurit foarte puternic. Prin grataj leziunile se excoriază și se acoperă cu chiaguri mici sanguine.

S'au observat caruri clinice după pâine, ouă, carne, cacao, ciocolată, fragi.

6. Prurigo Hebrae. Apare la etatea de 2 ani cu prurit intens ; erupție papuloasă, de dimensiuni mici, palpabilă, ca niște alice inclavate în piele, cari apar în puseuri subintrante. Prin evoluția leziunilor și apariția de noi erupțiuni, rezultă un tablou clinic polimorf : papule, papulo-pustule, cruste, excoriațiuni, pigmentații, atrofii, cicatrici, pielea infiltrată, lichenificată. Localizarea predilectă : pe fețele extensorice ale extremităților și pe fese. Evoluție lungă cu exacerbațiuni și remisiuni, vindecare, recidive.

Poate fi declansată de orice principiu alimentar : proteină, zahăr, grăsime, săruri, acizi, condimente. Un rol principal în declanșarea lui îl au laptele și ouăle.

7. Strofulus. Erupție urticariană ce apare în primele luni ale vieții, cu caracter recidivant, pruriginoasă. Papule urticate cât o boabă de mei, de linte, roșii deschise. Se transformă în papulovesicule, noduli ; în urma gratajului excoriațiuni, leziuni eczematose. Survine la copii mici. La etatea de 2 ani trece în prurigo. În declanșarea afecțiunii rolul principal îl au laptele și ouăle, dar pot interveni și celelalte alimente înșirate la eczema infantum.

8. Urticaria. Forma clinică cea mai frecventă a dermatitelor alimentare. Se caracterizează prin elevațiuni de consistență moale, elastică, de culoare roză sau albicioasă, însoțită de prurit intens apariția bruscă având un caracter trecător și recidivant. Leziunile urticate au o formă și mărime variabilă, anulare, figurate, rare ori forme buloase. Localizare : în toate regiunile posibile. Distingem forme acute și cronice. Urticaria poate fi declanșată de orice aliment.

Tratamentul dermatitelor alimentare.

I. PROFILAXIA.

a) Copii descendenți din părinți cu afecțiuni alergice, sunt și ei predispuși la asemenea boli, deci va fi rolul medicului de a lămuri tinerii căsătoriți despre acest fapt, cu scopul de a-și desensibiliza organismul lor prin timp.

b) Mamele ale căror copii au avut dermatite alergice, să se abțin în timpul nouilor sarcini, de consumarea alimentelor alergizante (mai ales de ouă); deasemenea și în timpul alăptării.

c) Injecțiile cu serurile heterogene au adesea efecte alergizante, deci să nu fie date numai în caz de strictă necesitate.

d) Eliminarea alergenului. Dacă se cunoaște alergenul, îl eliminăm din regim; rare ori eliminarea alergenului pentru câteva săptămâni, aduce pierderea definitivă a sensibilității individului față de el. Dar în majoritatea cazurilor, sensibilitatea organismului față de alergen nu dispăre numai după un timp îndelungat sau poate niciodată. Eliminarea alergenului alimentar nu întâmpină nici o greutate, când e vorba de alimente de lux sau ocazionale (stridii, raci, fragi, etc.) Inșă ea e mai dificilă la alimentele cotidiene. In aceste cazuri trebuie să încercăm înlocuirea acestora printr'un aliment asemănător echivalent (în loc de pâine de orz îi dăm pâine de secară, de porumb; sau în loc de lapte de vacă, lapte de capră, etc.)

II. DESALERGIZAREA.

Prin desalergizare tindem la legarea — neutralizarea — anticorpilor tisulari existenți, prin ajutorul antigenelor, respectiv al metaantigenelor. Prin adaos de un antigen — metaantigen — putem ajunge la epuizarea elaborării anticorpilor specifici. Astfel organismul devine insensibil față de antigenul respectiv un timp durabil sau mai scurt.

Metodele de desalergizare sunt:

a. Desalergizare specifică.

1. *Desalergizare spontană.* In caz când starea alergică este de o scurtă durată, prin înlăturarea alergenului fără nici un alt tratament, putem ajunge la o desalergizare completă.

2. *Desalergizare prin supraincărcare de alergen.* Se bazează pe obținerea unui șoc alergic prin administrarea unei doze submortale de alergen. Ar fi metoda cea mai bună, fiindcă produce o

desalergizare durabilă, dar din motivul că doza de alergen necesară pentru a deslănțui șocul nu e precis dozabilă, aplicarea ei e contraindicată.

3. *Desalergizare cu propeptane.* Ingerarea alimentelor alergizante chiar în doze mici, deslănțuie adeseori simptome grave, chiar mortale. Aceste complicațiuni pot fi evitate, dacă administrăm anticipat doze minime din acelaș alergen, sub formă de propeptane.

Metoda cu proptane este cea mai bună pentru înlăturarea tuturor alergiilor alimentare. La început au acțiune temporară, dar după un tratament sistematic mai lung duc la o desalergizare durabilă.

Technica după Luithen-Urbach.

După depistarea alergenului nutritiv se incepe tratamentul prin administrarea propeptanului respectiv în modul următor: cu 45 de minute înaintea meselor bolnavul îngerează propeptanul specific (1-2 tabl.) apoi trebuie să mănânce din alimentul respectiv. Dacă e sensibil față de mai multe alimente îngerează mai multe feluri de propeptane specifice. Așa se continuă timp de 14 zile, după care începem eliminarea tabletelor una câte una. Dacă i-am administrat mai multe feluri de propeptane, eliminăm propeptanele după grupurile de alimente, adică propeptanele de carne, apoi de fructe etc. Dacă am ajuns la eliminarea totală a propeptanelor fără ca reacțiunile să reapară ~~în timp~~, considerăm individul vindecat. După terminarea curei cu propeptane, individul trebuie să consume din alimentul față de care era sensibil, timp de mai multe săptămâni, cel puțin o dată pe zi, însă fără ingerare de propeptane. În caz dacă fenomenele reapar, începem o nouă cură.

4. *Metoda cu polipropeptane.* Este o metodă mai simplă și mai eficientă. O tabletă de polipropeptan conține următoarele propeptane specifice: carne de vită, vițel, porc, ouă, lapte, grâu, orz, cartofi, orez, spanac, fructe și mere. Bolnavul își întocmește un regim din alimentele corespunzătoare. Cu 45 minute înaintea meselor, îngerează câte 2-3 tabl. de polipropeptan. Cura ține în medie 3 săptămâni. Dacă în acest timp fenomenele dispar, vom scădea numărul tabletelor la 2-1-1/2 la fiecare mâncare, apoi eliminăm tabletele la prânz, cină, în fine dela toate mesele. Acuma bolnavul încearcă consumarea și a altor alimente, încercând zilnic câte un aliment nou. Dacă acum apar reacțiuni alergice față de un aliment, va întrebuiți, propeptanul specific, după metoda de mai sus, (3.) sau va elimina alimentul din regim.

Inconvenientul metodei este că, alergenul alimentar poate fi depistat numai atunci dacă nu face parte din cele 12 alimente corespunzătoare polipropeptanului.

Propeptanele acționează numai dacă sunt ingerate pe stomacul gol, deci bolnavul va respecta strict 4 mese pe zi (copii 5 mese).

Tratamentul cu propeptane dă în general rezultate cât se poate de bune. Eventualele eșecuri se datoresc faptului că alimentele admise în regimul bolnavului conțin și substanțe alimentare interzise, despre cari bolnavul nu-și dă seamă, de ex.: pâinea poate conține extract de hamei, franzelele: lapte, unt, etc.

5. **Anaclasina.** E un preparat asemănător cu polipropeptanul, alcătuit deasemenea dintr'o mulțime de proteine, având însă inconvenientul de a conține săruri de magneziu, cari în administrarea unui număr mai mare de tablete, produc diaree.

b) **Desalergizare metaspecifică.** Se face prin ajutorul metaantigenelor. Metaantigenele sunt antigene nespecifice, cari deslănțuie la o înmulțire a anticorpilor specifici în organism.

S'a observat că, după șocurile alergice mari, anticorpii tisulari sunt distruși pentru un timp mai lung. Șocul poate fi provocat prin ser, peptonă, etc. Actualmente metoda nu e precis dozabilă, deci trebuie să ne abținem de aplicarea ei.

III. DESENSIBILIZAREA.

Prin desensibilizare tindem la înmulțirea anticorpilor liberi în sânge. Se face prin introducerea în organism a cantităților mici de antigen, respectiv de metaantigen în rânduri repetate, având ca urmare o urcare a cantității anticorpilor liberi din sânge. Această cantitate mărită de anticorpi liberi neutralizează antigenele introduse în organism. Dacă suspendăm administrarea antigenelor desensibilizante, anticorpii liberi se elimină încetul cu încetul din organism, așa că un aport nou de antigen nu mai e neutralizat și poate să intre în reacție cu anticorpii tisulari.

Deci, desensibilizarea nu este o vindecare durabilă, ci una temporară. Succesul clinic depinde de un aport regulat de antigen în organism. Metodele de desensibilizare sunt:

a) **Desensibilizare specifică.** Se întrebunțează mai ales căile de administrare intracutane, subcutane, intramusculare și calea perorală.

1. *Pe calea intracutană* se face prin injectarea de 0,1 cmc dintr'o soluție de alergen, într'o diluție, care nu produce nici o reacție la bolnav, (de obicei 1/100.000).

2. *Desensibilizarea perorală*. Se face prin îngerarea în doze crescânde a alergenului alimentar. Dacă contactul alergenului cu mucoasa bucală sau faringiană ar produce un edem al mucoasei din regiunile respective, vom administra alimentul sub formă de praf în capsulă.

La copii mici se începe desensibilizarea cu 1/20 picătură de lapte, respectiv 0,5 — 1,5 mgr. de ou uscat, (sau cantități corespunzătoare din legumele cari se dau eventual copilului) Aceste doze se dau de 3 ori pe zi și urcăm lent doza, afară de cazul dacă apar fenomene de intoleranță, când ne oprim un timp la ultima doză tolerată.

Metoda de desensibilizare orală e cea mai puțin periculoasă. totuși și aici putem observa fenomene generale grave.

Tot printre metodele de desensibilizare specifică trebuie să enumerăm : autohemoterapia, autoseroterapia și autouroterapia, căci acestea conțin cantități minimale de alergen din organism.

3. *Autohemoterapia*. Se scoate 5 cmc. de sânge dintr'o vână a bolnavului, (de preferabil cea din plica cotului), și se reinjectează imediat intramuscular (în fesă). Injecțiile se repetă de 2, chiar de 3 ori pe săptămână, iar în cazuri când sunt bine suportate, mărim doza la 7-10 cmc. In total se fac 12 injecții.

4. *Autoseroterapia*. S'a constatat că injecțiile repeta'e cu cantități mici de autoser (așa 0,1 cmc. intracutan sau intravenos, sau 1 cmc. subcutan, de 2-3 ori pe săptămână, dând în total 10-12 inj.), dau rezultate cu mult mai bune decât injectarea unor cantități mari de ser. (10—30 cmc.) date mai rar. (Acest fapt este o dovadă a specificității autoterapiilor).

Autoseroterapia se face în modul următor : se injectează serul rămas după coagularea sângelui în cantități crescânde: 0,25—0,50 0,75—1,0 chiar 5,0 cmc. intramuscular. Această metodă ar fi mai eficace decât autohemoterapia.

5. *Autouroterapia* : se face în modul următor : se injectează urina subcutan în doze crescând: dela : 0,5—0,7—1,0—3,0 chiar 5,0 cmc. tot la 2 zile, uneori putem încerca un tratament cu injecții chiar în fiecare zi.

b) **Desensibilizarea metaspecifică**. Se face prin ajutorul metaantigenelor. Căile lor de de administrare pot fi : subcutanate,

intramusculare și intravenoase dar această cale din urmă trebuie părăsită din cauza pericolului.

Desensibilizarea metaspecifică se face cu o peptonă specială (după Urbach) numită: „Witte Pepton Special XXX.“ Mai întâi trebuie să facem o probă intracutană cu 0,05 cmc. dintr'o soluție de 5% din peptona de mai sus, pentru ca s'o putem doza. Foarte rar survine că reacția intracutană e negativă sau slab pozitivă adică papula are un diametru sub 0,5 cm. ceea ce arată că proteina nu va provoca înmulțirea anticorpilor. De obicei însă reacția e intens pozitivă; deci se începe desensibilizarea cu 1% chiar 1‰ și se urcă lent dela 0,05 cmc. la 0,9 cmc., iar dela concentrația 1‰ la 5%. Calea de administrare a proteinei este cea subcutanată sau intramusculară, pentru a nu provoca o alergizare a pielii, prin injecțiunile repetate pe calea intracutană. La început dăm 3, apoi 2, în fine 1 injecțiune pe săptămână, total dăm 15—20 injecțiuni.

Clinica Dermatologică din Cluj, utilizează următoarea metodă în administrarea peptonei: Se injectează din soluția de 7% peptonă intracutan, la început 0,01 cmc. urcând treptat doza la 0,2—0,4—0,9—1,0 chiar 2,0 cmc. Injecțiile se fac tot la 3—4 zile

Tot printre metodele de desensibilizare metaspecifică trebuie să amintim și injecțiunile cu lapte, aolan, caseosan; administrarea preparatelor de sulf (Sulf-olein, etc.); piritoterapia (cu Pirifer, Piro-lactol); acțiunea diferitelor extracte hormonale; iradierii cu raze Roentgen, acțiunea razelor solare, (chiar și acțiunea unor infecțiuni intercurente). Aceste procedee prin dezagregarea proteinelor elaborează metaantigene, cari deslănțuie formarea anticorpilor specifici.

IV. TRATAMENTUL NESPECIFIC.

a) *Adrenalina* (fiind vasoconstrictoare, se opune vasodilatări din stările alergice). Se întrebuințează 0,5—1,0 cmc. din soluția 1‰, administrată subcutan (sau pe orice altă cale, afară de cea bucală).

b) *Efedrina, Efetonalul, Efetonina și Simpatolul* au avantajul față de adrenalina că pot fi administrate și per os.

Doza: 0,025—0,05 gr. pro^odosi, respectiv 1—2 tabl. de 2—3 ori pe zi.

c) *Atropina* (se dă mai ales în șoc, fiind un paralizant al vagului); se dă în acces 1 mgr. subcutanată, în cazuri mai puțin urgente dăm 1/4—1/2 mgr. de 3 ori pe zi.

d) *Calciul* (scade excitabilitatea sistemului nervos organo-vegetativ și totodată scade permeabilitatea capilară). Se administrează pe cale intravenoasă (clorat sau gluconat de calciu) 5—10 cmc. din soluția 10% odată pe zi. Il putem administra și pe cale intramusculară (preparate speciale: Calcimusc etc) în doze și concentrațiuni identice. Per os: Rp.: Clorură de calciu: 20,0 gr., apă dist. ad. 300,0 gr., la început 2 linguri de 5 ori pe zi, mai târziu o lingură de 5 ori pe zi.

e) *Thiosulfatul de Na și de Mg*: Injecțiuni zilnice, 5—10 cmc. din sol. 20% (sau dăm injecțiunile tot la 2 zile).

Se mai dă următoarea combinație:

Rp: Clorură de calciu, thiosulfat de sodiu aa 10,0, Bromură de sodiu 1,5, Apă distilată sterilă ad 100,0 gr. D. S.: 10 cmc. intravenos, zilnic.

f) *Hiposulfitul de Na*: 2—4 gr. zilnic în formă de pilule sau inj. intravenoase din soluția de 20%.

g) *Bromura de Na*: Injecțiuni intravenoase din soluția de 10%.

h) *Calomelul*: 2—4 ctgr per os, zilnic.

i) *Glucoza*: per os: de 4 ori 30 gr. pe zi. Intravenos: 5—20 cmc. din sol 20%. (Se administrează din motivul că în stările de alergii nutritivă găsim adesea hipoglicemie).

Urbach dă de 3 ori pe zi 5—10 Unit. Insulină, plus glucoză în dozele de mai sus, cu rezultate bune.

Concluziuni

1. Dermatitele alimentare sunt un grup de afecțiuni cutanate de natură alergică. Ele pot fi declanșate de orice aliment.

2. Aspectele clinice sub care apar dermatitele alimentare nu au nici un caracter particular, căci forme clinice absolut identice pot fi declanșate de o mulțime de alte cauze nealimentare.

3. Depistarea alergenului specific alimentar se impune în toate cazurile, unde avem cu siguranță — sau bănuim — o dermatită alimentară.

Deasemenea ea se impune și în cazurile când ne găsim în fața unor dermatite, având forme clinice comune cu cele alimentare, în cari agentul declanșator e necunoscut.

4. Probele pentru depistarea alergenelor alimentare — mai ales probele cu propeptanele specifice — sunt cât se poate de sensibile.

5. Tratamentul dermatitelor alimentare prin metodele de desalergizare specifică (prin propeptane), de desensibilizare specifică (prin autohemo-, auto-sero-, și autouroterapie) și metaspecifică (prin peptone), cât și prin metodele nespecifice de tratament, sunt foarte mulțumitoare.

Văzută și bună de imprimat :

Decanul Facultății :

(ss) Prof. Dr. I. DRĂGOIU

Președintele tezei :

(ss) Prof. Dr. V. BOLOGA

MEMORANDUM

TO : [Illegible]

FROM : [Illegible]

SUBJECT : [Illegible]

[Illegible text]

[Illegible text]

[Illegible text]

[Illegible text]

[Illegible text]

[Illegible text]

[Illegible text]

[Illegible text]

[Illegible text]

[Illegible text]

[Illegible text]

Bibliografie

BALKÁNYI M. — Metodele de desensibilizare în tratamentul eczemelor. Teză, Cluj, 1938.

BIEN ZOLTÁN — Allergia és allergiás betegségek. Budapest 1929.

CIMOCA VALERIU — Dermatologie. Note după lecțiunile clinice ale d-lui Prof. Dr. Tătaru, Cluj.

CIMOCA VALERIU — Formular terapeutic. Cluj 1934.

DARIER — Nouvelle Pratique Dermatologique, 1936.

DELIBERATIONES CONGRESSUS DERMATOLOGORUM INTERNATIONALIS IX-i. Vol. I. Budapest. 1935.

- a) BRACK — Die Bedeutung des vegetativen Systems für die Entstehung des Juckens.
- b) GRÖER — Die Reaktionsfähigkeit der Haut.
- c) IADASSON-WERNER — Zum Mechanismus der Allergie.
- d) JAUSSION, GIRARD et CHAMPSAUR — Infection et allergie dans les mycoses tegumentaires.
- e) MORO — Der trophoallergischer Charakter des Ekzema infantum.
- f) URBACH — Tierexperimentelle Grundlagen der Deallergisierungstherapie.

HATHÁZY N. — Alergia în dermatoze. Teză, Cluj 1938.

RITTER von ZUMBUSCH — Die Haut- und Geschlechtskrankheiten. Leipzig 1936.
