

EXPLORAREA PROBELOR FUNCȚIONALE ÎN DERMATOLOGIE



TEZĂ

pentru

DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE 1940

DE

HERMAN GHEORGHE

EXPLORAREA PROBELOR FUNCȚIONALE ÎN DERMATOLOGIE



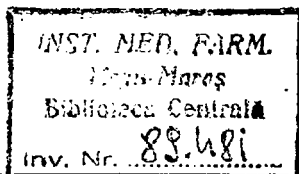
pentru

DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE 1940

DE

HERMAN GHEORGHE



9775

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	— — — — —	,, ,, Bologa V.
Patologia generală și experimentală	— — — — —	,, ,, Bolez 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	— — — — —	,, ,, Măchail 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	— — — — —	,, ,, Tătaru 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. Bologa V.

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

Introducere.

Astăzi nu se mai poate concepe o medicină fără concursul rațional și efectiv al laboratorului. Un diagnostic complet în orice ramură a practicii medicale, dar mai ales în domeniul dermatologiei se poate face în special cu ajutorul probelor de laborator.

Explorarea probelor funcționale în dermatologie aduce, după cum se va vedea din cuprinsul acestei lucrări, date destul de prețioase pentru diagnostic, diagnostic diferențial, prognostic, indicând în felul acesta și terapia în consecință.

Trebe însă dela început stabilit că unele din probele funcționale indicate pentru explorarea diverselor calități, ale sistemului cutanat sunt în perioada de început, rezultatele obținute până azi nefiind încă destul de concludente. Oricare ar fi lipsurile inerente cercetărilor inițiale, totuși și în aceste cazuri rezultatele pot fi utile medicului dermatolog, ușurându-i sarcina diagnosticului și a tratamentului.

Lucrări clasice pentru ușurarea cercetărilor nu mi-au stat la dispoziție, lucrări mai noi deasemenea. Am fost obligat să mă mărginesc a lucra numai după schema articolelor domnului prof. dr. S. Nicolau, publicate în 2 numere din revista Mișcarea Medicală Românească.

În teza mea m'am condus în cea mai mare parte după lucrarea de mai sus, folosind însă și materialul din alte opere, ce vor fi menționate în Bibliografie.

Inainte de a termina acest capitol introductiv am datoria de a mulțumi domnilor Prof. dr. V. Bologa și domnului Șef de lucrări Dr. Leonida Pop — conducătorii Clinicii dermato venerice și sifiligrafice din Cluj — pentru încrederea avută prin acordarea acestui subiect de teză.



Metodele de explorare funcțională.

În explorarea pielii și a anexelor sale, cercetările merg în trei direcțiuni:

I. Explorarea sistemului vascular și al celui pilomotor al pielii.

II. Cercetări de chimie biologică.

III. Cercetarea și interpretarea diverselor stări de sensibilizare cutanată.

I. Sistemul vascular și pilomotor.

În primul rând turburările vazomotorii cutanate se manifestă prin dermatografism, adică reacția eritematoasă ce apare după o anumită excitație mecanică. Această excitație poate fi produsă prin ajutorul unor aparate speciale (Schwartz, Geanotti) sau cu un obiect oarecare, neascuțit, la nevoie cu unghia chiar.

Dermatografismul apărut poate fi caracterizat numai prin eritemul sau paloarea lui specială, vorbindu-se de un dermatografism plan, spre deosebire de altă formă proeminentă la suprafața pielii, dermatografism reliefat, urticariform.

Nu totdeauna turburarea vasculară se manifestă prin eritem — formă congestivă — ci mai există o formă anemică și de multeori una mixtă. Dermatografismul e un simptom evident în multe afecțiuni de ordin general, nervos sau cutanat. Se întâlnește în scarlatină, rușeolă, stări febrile, boala lui Basedow, meningite, afecțiuni medulare, neurastenii, histerie. Varietățile de dermatografism pomenite mai sus pot fi întâlnite în eczeme, urticarii, edemul lui Quincke, toxidermii.

Autorii străini au stabilit de mai multă vreme că există o diferență în mod normal între forma dermatografismului din jumătatea superioară a corpului și cel din jumătatea inferioară. În prima parte dermatografismul e de tip congestiv, în cealaltă de tip anemic.

Nardelli (citat de prof. S. Nicolau) a presupus că această diferență s'ar datora poziției fiziologice ortostatice a individului.

Turburări vasculare cutanate au mai fost produse experimental la indivizi sănătoși cu ajutorul anumitor substanțe ca adrenalină, pilocarpină, etc.

În ceea ce privește mecanismul producerii dermografismului urticariform au existat discuții.

După Lewis urma edematoasă, urticariformă, ce s'ar datoră insulței mecanice asupra pielei, ar fi condiționată de o vasodilatație plus apariția unui exudat. Fenomenul, după acest autor, e determinat de substanțe din grupul histaminei.

În felul acesta se explică și turburările vasomotorii ivite în insuficiența hepatică.

Tot Nardelli a dovedit experimental că serozitatea extrasă din leziunea urticariformă, poate produce, prin injecție intracutană la un individ sănătos, apariția unor leziuni similare, însă mai dureroase.

Tot în cadrul acestor turburări vasomotorii ce interesează pielea trebuie citat și reflexul pilomotor, ce apare odată cu dermografismul plan, având aceeași valoare.

Pentru explorarea sistemului vascular al pielei în dermatologie se mai cunoaște încă o metodă afară de dermografism, capilaroscopia.

Structura vasculară a pielei nu era cunoscută decât prin secțiuni istologice făcute pe lambouri luate de la cadavru sau piese bioplice. Se înțelege că acest fel de examinare nu putea reda aspectul în totalitate al vaselor pielei.

Capilaroscopia înlătură aceste inconveniente, permițând o examinare completă și directă cu ajutorul microscopului.

Aparatele mai vechi ale autorilor Müller, Urma, Saphier, prezentând și ele o serie de inconveniente au fost înlocuite în ultimul timp cu dispozitivul lui Guillaume cu luminare laterală.

Examenul sistemului vascular cutanat se poate face în orice parte a corpului, de preferință însă în regiunea unghială, la pat sau la limb.

Cercetările în ramura capilaroscopiei se găsesc la început și prin aceasta nu sunt tocmai concludente: s'a încercat de pildă să se caute a preciza un tip morfolologic obișnuit al anastomozelor vasculare din piele,

pentru a putea ulterior constata modificările patologice. S'au descris nenumărate varietăți așa zise normale, fără însă a putea trage concluzii definitive. În acest domeniu s'au impus mai ales cercetările lui Guillaume care a indicat o serie de mijloace necesare clinicianului pentru diagnosticarea unor turburări vasculare evidente la piele, cum ar fi: boala lui Reynaud, acrocianoza, etc.

„Credem că această metodă va fi chemată în viitor să aducă prețioase completări la studiul „capilaritelor”, al căror rol în patogenia ulcerărilor cronice ale gambei și a manifestațiilor lor purpurice se afirmă din ce în ce mai mult“. (Prof. dr. S. Nicolau: Probele funcționale în dermatologie. Mișcarea medicală românească.)



Cercetări de chimie biologică cutanată.

Explorarea funcțiilor pielii în această direcție este prin excelență dificilă și fără multe rezultate practice. Și în acest caz e vorba de a lucra pe viu, de a studia chimia unor țesuturi care se găsesc încă în angrenajul organismului, care se supun transformărilor chimice pe care le determină sângele circulant. Deaceia, în cea mai mare parte, rezultatele obținute trebuie interpretate ca date al eintregului organism și nu ca rezultate proprii pielii și anexelor sale.

Prima cercetare de chimie biologică cutanată se adresează reacției pielii, știindu-se de mult timp că există o legătură între PH sanguin și apariția anumitor dermatoze.

Abia acum 10 ani Schade și Marchionni (citați de prof. S. Nicolau) au reușit să imagineze un dispozitiv cu care s'a putut studia pe cale electrometrică PH-ul pielii, al suprafeții și al diverselor straturi constitutive.

Rezultatele obținute de acești autori sunt foarte interesante:

Primul lucru pe care l-au stabilit a fost existența unei acidități pe întreaga suprafață a corpului. Gradul acestei acidități variază cu numărul și natura glandelor sudoripare din regiunea respectivă. Această involoare acidă apără pielea de acțiunea diverselor microorganisme, care nu se pot desvolta la un PH scăzut. După autorii mai sus citați, pătrunderea acestor agenți patogeni prin locurile fisurate ale pielii s'ar datora schimbării reacției cutanate prin PH-ul cu caracter alcalin al umorilor din interior, condiție favorizantă pentru viața și dezvoltarea microbilor.

E important de subliniat că sunt unii microbi, dealtfel destul de patogeni, cum ar fi streptococii, stafilococii, care se pot desvolta în limite destul de mari

ale PH-ului interesând atât valoarea acidă, cât și cea alcalină, ceea ce diminuează, în asemenea cazuri, rolul apărător al acidității cutanate.

Alți autori au indicat metode mai simple pentru determinarea PH-ului cutanat. Așa de pildă s'a introdus în diversele regiuni ale corpului și în diversele straturi ale pielii, o cantitate oarecare de roșu de turnesol. S'au constatat variații după fiecare regiune și strat în ceea ce privește timpul necesar pentru neutralizarea soluției de turnesol roșu.

Din cercetarea PH-ului pielii s'au putut lămuri o serie de chestiuni cum ar fi de pildă legătura între unele dermatoze și starea de alcaloză sau — fenomenul ininteresant — că la persoanele care se spală mult cu săpun sau cu alte substanțe alcaline frecvența dermatozelor e destul de mare.

Deasemeni tot pe această cale s'ar explica mecanismul acțiunii terapeutice a anumitor substanțe acide întrebuințate de multă vreme în tratamentul afecțiunilor cutanate.

Interesează apoi la studiul chimiei biologice a pielii cantitatea de apă și de clorură de sodiu a acestui organ.

În tabloul din lucrarea „La chimie du cancer“ a autorilor A. H. Roffo din Buenos Aires și J. Thomas din Paris e stabilit că pielea conține 62% apă (Landois), iar după Volkmann (citată de prof. S. Nicolau) cantitatea apei cutanate reprezintă 7—11% din cantitatea apei corporale.

Cercetări mai noi au dovedit variații în conținutul hidric al pielii în diferite afecțiuni cutanate ca: pemfigus, psoriază, eczeme, ichtioză, eritro- și sclerodermii. În toate aceste cazuri cantitatea de apă e mărită în diversele straturi ale pielii.

Autorii italieni au arătat că în dermatozele sus pomenite, pe lângă deranjarea conținutului hidric, se mai poate vorbi și de un deranj în răspândirea clorurii de sodiu. Însă rezultatele acestor cercetări nu sunt încă destul de concludente.

Un rol important în producerea multor leziuni cutanate îl are conținutul în hidrați de carbon al sângelui și al pielii.

E suficient să pomenim cercetările. lui Urbach care a arătat că în multe cazuri glucoza cutanată poate să fie mărită cu mult peste normal și cu mult peste conținutul în glucoză al sângelui, explicând în felul acesta anumite eczeme și furunculoze cu caracter de gravitate.

Deasemeni experiențele din 1926 ale lui Rondoni au stabilit că mitozele atipice ale celulelor din tumorile cutanate produse prin gudron sunt favorizate prin o cantitate mărită de glucoză în piele.

Cercetări biochimice se fac încă asupra K. Na. Mg. S. fără ca rezultatele să poată avea deocamdată valoare practică pentru dermatologie.

În același stadiu se găsesc și cercetările cu preparatul Dopa asupra funcțiunii pigmentogene a pielii.



Cercetarea și interpretarea diverselor stări de sensibilizare cutanată.

Pentru explorarea sensibilității, cu diferitele ei modalități, neurologul se adresează pielei. Acest lucru e valabil mai ales pentru explorarea sensibilității superficiale: tactilă, dureroasă și termică.

Dar rezultatele acestor cercetări interesează pe dermatolog într'un grad mai redus, alterațiile sensibilității cutanate având importanță mai ales pentru neurolog care dintr'o iperalgie sau iperestezie poate trage concluzii asupra funcțiunii întregului sistem nervos.

E de datoria medicului dermatolog să facă și el aceste probe — simple de altfel — și mai ales să știe interpretarea fiziopatologică a rezultatelor lor. Amintim numai pentru complectare, existența așa numitelor „disociații” ale sensibilității, cum ar fi de pildă în tabes și în siringomiile.

În cazul disociației tabetice sensibilitatea tactilă e dispărută, iar sensibilitățile dureroasă și termică sunt păstrate.

În siringomiile reacția e tocmai inversă: sensibilitățile termică și dureroasă sunt dispărute și cea tactilă e păstrată.

Dar adevărată cercetare a integrității funcțiilor cutanate, se adresează rolului imuno-biologic al pielei și în special turburărilor biologice de natură alergică.

Cercetări începute încă acum 30 ani au arătat rolul pielei ca factor important imuno-biologic, explicându-se chiar acțiunea terapeutică a anumitor ape minerale cu aplicație externă, prin aceea că ele determină și favorizează mobilizarea anticorpilor din piele. Deosemeni cercetările lui Bezredka asupra fenomenului de imunitate locale au arătat rolul imunologic al pielei și numai al pielei în infecția carbunoasă.

Însă la piele mai e cunoscut un fenomen aparte numit sensibilizare, înțelegându-se sub acest termen o stare a pielei și a organismului de a reacționa în mod special la acțiunea unui agent de natură foarte variată, cu care însă a mai venit în contact.

Primele cercetări asupra stării de sensibilizare au fost făcute de von Pirquet la indivizi suspecți de infecție tuberculoasă.

Proba acestui autor e cunoscută sub numele de *cutireacție* și se execută cu ajutorul unui mic scal, el care scarifică puțin pielea antebrațului. Antigenul care servește acestei probe e tuberculina preparată într'un mod special. La persoanele cu infecție bacilară evidentă sau latentă se produce un eritem intens în jurul scarificației pe care s'a aplicat soluția de tuberculină.

Proba nu e pozitivă decât la persoanele susceptibile de a face o infecție bacilară cu caracter mai evident.

Rezultatele *cutireacțiunii* lui von Pirquet au inspirat diverși autori de a încerca și alte căi pentru explorarea sensibilității la tuberculină. Metodele acestor autori vor fi menționate în capitolele ce urmează. Mai mult chiar, s'a căutat extinderea probelor de depistare a sensibilizării la alte infecțiuni și infestațiuni cum ar fi: difteria, scarlatina, trichofitia, boala lui Nicolas Favre, șancrul moale, chistul hidatic, etc.

Observațiile însă au arătat că stările de sensibilizare nu se produc numai la acțiunea microorganismelor patogene sau nepatogene, ci pot avea cauze variate, banale. Se cunoaște reacția anafilactică a anumitor persoane față de ouă, smântână, fragi, carne de pește, etc. Deasemeni e cunoscut rolul pe care îl au în producerea astmului sau a altor manifestări anafilactice, samele de lână, firele de păr, foi de tutun, prafuri menajere.

Personal am cunoscut cazul unui tânăr care făcea o criză de astm oridecâteori pleca într'o localitatea din Basarabia, unde avea un depozit de grâne. Dintr'un început am bănuit existența unui factor sensibilizator în mediul depozitului cu grâne. Socoteam că pleava cerealelor putea fi incriminată în producerea acceselor de astm anafilactic ale aceluși tânăr. O simplă experiență mi-a confirmat supoziția: am răspândit într'o cameră a locuinței acelei persoane o cantitate oarecare de pleavă, adus din depozitul de cereale și criza de astm s'a produs cu aceeași repeziciune și intensitate.

Cum se vede deci, medicul dermatolog trebuie să se aștepte la găsirea a tot felul de factori sensibilizați, unii mai banali decât alții. Deaceia în cazurile de sen-

sibilizări repetate, rezistente la tratament, se impune o anchetă cât mai amănunțită a ocupațiunii bolnavului; a celor din jurul său, cât și asupra locuinței sale.

Tot în producerea stărilor de sensibilizare s'au încriminat și o serie de medicamente mai mult sau mai puțin utilizate.

Oricare ar fi natura factorilor sensibilizanti; micro-organisme, alimente, prafuri, scame, medicamente, ei se cunosc în patologice sub numele de: antigeni, alergeni, reactogeni.

Probele făcute asupra pielii cu acești antigeni se numesc testuri cutanate și sunt variate după stratul constitutiv al pielii asupra căruia se lucrează și după autoul care a indicat metoda.

„În practică oridecâteori vom căuta să verificăm natura alergică a unei erupțiuni de care bolnavul nostru este atins, vom da totdeauna preferință metodei care permite explorarea electivă a aceluia dintre straturile pielii, în care predomină leziunile erupțiunii în litigiu: adică la metoda epidermică, când erupția e de tip eczematiform și la cuti sau intradermoreacțiune, când caracterul predominant al erupțiunii e de tip exudativ. Aceste din urmă două căi sunt deasemenea căile de elecție atunci când voim a depista existența unei infecțiuni sensibilizante, în care sensibilizarea pielii a fost realizată pe cale sanguină (tuberculoză, șancru moale, boala lui Nicolas Favre, sifilis etc.)“ (Prof. S Nicolau — Probele funcționale în dermatologie).

De aici rezultă că proba testurilor cutanate constituie numai un mijloc de confirmare a unui diagnostic oarecare presupus prin examinare clinică.

a) *Epidermoreactia*. Cum arată și denumirea această probă e făcută pentru a explora sensibilizarea epidermei față de un reactogen oarecare.

Antigenul respectiv se poate găsi ca pulbere, soluție, pastă, etc. după natura și proprietățile sale fizice.

Aplicarea antigenului pe piele se poate face în mai multe moduri, după preferința medicului. De obicei antigenul e aplicat pe un pătrat de tifon de dimensiuni relativ mici, care la rândul lui e aplicat pe piele.

Pentru a împiedica acțiunea agenților externi, evaporarea sau alterarea substanței antigenice, se acoperă tifonul cu un material impermeabil. Cum au subliniat

și autorii care au indicat metoda, e necesar ca materialul impermeabil să nu aibă dimensiuni mai mari decât tifonul, căci fiind aplicat pe piele, ar putea produce reacțiuni cutanate, ce ar falsifica rezultatul testului.

Deasemeni nu e recomandabilă nici fixarea tifonului de piele cu ajutorul unor emplastre, tot din motivele mai sus amintite.

Pentru a aprecia just eventuala reacțiune a epidermei după aplicarea tifonului imbiat cu antigen, se alege și un martor. De obicei martorul este celă alt antebraț al individului pe care se aplică un tifon simplu, fără antigen.

După 12—14—24 ore se scot ambele tifoane și se cetește rezultatul :

„In caz de reacțiune negativă, pielea își menține aspectul său normal, la fel ca și teritoriul cutanat martor sau prezintă cel mult un aspect ușor macerat în caz de aplicare de antigen lichid. O reacțiune pozitivă se traduce din contra printr'o erupțiune ce desinează perfect forma lamboului de tifon aplicat și care erupțiune poate fi, după cazuri, de tip eritemato-scuamos sau eritemato-veziculos, repauzând uneori, în acest din urmă caz pe o bază edematoasă". (Prof. S. Nicolau).

Sunt cazuri interesante pentru dermatolog cum ar fi de pildă anumite erupțiuni eczematiforme care nu cedează la niciun tratament clasic. In asemenea cazuri se impune a face o anchetă pentru stabilirea unui diagnostic etiologic, pentru a găsi factorul sensibilizant cutanat respectiv.

De aceea medicul e dator să încerce pe rând toți antigenii de care dispune. Rezultatele negative cu mai mulți reactogeni nu înseamnă lipsa unei sensibilizări, ci negăsirea încă a factorului sensibilizant al cazului respectiv.

In comerț se găsesc tot felul de antigeni pentru testuri cutanate și medicul. în lipsa unei etiologii cunoscute trebuie să îi încerce pe toți, ba chiar să improvizeze el anumite preparate reactogene, bazându-se mai ales pe rezultatul anchetei făcută în legătură cu locuința și anturajul bolnavului.

Tot o epidermoreacțiune specifică e proba lui Moro pentru depistarea focarelor de tuberculoză latentă.

Acest autor recomandă fricțiunea unei porțiuni a pielii, de preferință în regiunea mamară, cu tubercu-

lină preparată după metode noi. Tuberculina cu care se fricționează pielea e amestecată cu lanolină.

„Reacția lui Moro mult mai simplă și mai puțin temută de copii e aproape tot atât de sensibilă ca și cutireacția, cu deosebire când pielea s'a fricționat bine cu eter, hârtie smirghel (Feer) sau idrat de sodiu 10% (Scarzella-Popoviciu)". (Prof. Dr. Gh. Popoviciu — Elemente de pediatrie și puericultură. Vol. III. Pag. 779.)

Tot pentru diagnosticul tuberculozei, mai ales a celei cutanate se efectuează în ultimul timp proba lui Nathan și Kallos cu doze crescânde de tuberculină Koch, ca martor servind antebrațul opus pe care se aplică un tifon muiat în bulion glicerinat 10%.

b) *Cutireacția* e o probă destul de întrebuințată pentru explorarea stărilor de sensibilizare. De pre tehnica acestei metode am amintit la istoricul imunobiologiei. Aici amintim că Sézary (citat de prof. S. Nicolau) a recomandat ca în cazul antigenilor de natură proteică, să se ușureze absorbția lor prin aplicarea unei picături de clorură de sodiu decinormală. Rezultatele acestei probe pot fi de două feluri:

„Unele precoce (Sofortreaktion a autorilor germani) traducându-se printr'o umflătură urticariană dezvoltată împrejurul scarificației, înconjurată de un mic halo eritematos, a cărei durată variază dela câteva minute până la 1 oră.

Altele sunt tardive (Spätreaktion), nefăcându-și apariția decât după 24 sau chiar 48 ore, caracterizate prin dezvoltarea unei papule inflamatoare, care poate dura mai multe zile.

Ca și epidermoreacțiunea, cutireacțiunea e un mod de explorare cutanată, como și în ofensiv, care nu expune la accidente de ordin general". (S. Nicolau).

c) *Intradermoreacțiunea*. E o probă mai complicată ce se adresează elementelor dermului necesitând o tehnică specială.

Prima condiție e ca injecția antigenului respectiv să se facă strict în grosimea straturilor dermului, pentru ca intervenția altor elemente să nu falsifice rezultatul probei. Deasemeni trebuie observat ca siringa cu care se face injecția intradermică să nu conțină urme de alt antigen.

Reacțiunea și în acest caz poate fi precoce sau tardivă, mai slabă sau mai puternică ca intensitate.

Pozitivitatea probei se manifestă printr'o gamă întregă de leziuni cutanate: papulă edematoasă cu o zonă eritematoasă în jur, papulă inflamatorie de mărimea unei boabe de fasole, massă infiltrată eritemato-veziculoasă sau flictenulară.

Intradermoreacțiunea prezintă un mare dezavantaj: ea poate provoca în anumite boli cu caracter de sensibilizare generală, apariția unor turburări grave.

Deaceea adevărata indicație e „în afecțiuni ce se însoțesc de o sensibilizare a pielii: tuberculoză, șancrul moale, boala lui Nicolas Favre, sifilis, trichofiție, levuride, sporotrichoză, lepră, etc.“ (prof. S. Nicolau).

O metodă interesantă și originală pentru explorarea stărilor de sensibilizare au introdus-o autorii Prausnitz și Küstner.

Reacția Prausnitz—Küstner se face la indivizi sănătoși la care în primul timp se injectează intradermic o cantitate oarecare din serul bolnavului respectiv. Apoi în același loc se injectează intradermic aceeași cantitate din antigenul bănuțit ca factor etiologic al stării de sensibilizare.

Când proba e pozitivă se produce în scurt timp — 15—30 minute — o papulă eritemato-edematoasă. Ca mărtor se injectează numai serul sau numai antigenul.

Importanța probei Prausnitz—Küstner e mai ales de natură experimentală. Această reacție dovedește că fenomenul produs la individul bolnav e într'adevăr o stare anafilactică.

Desavantajul probei stă în aceia că se poate aplica numai în cazurile în care anticorpii respectivi circulă în sânge și nu se găsesc fixați în piele. Deaceea reacția Prausnitz—Küstner nu e pozitivă în dermatozele de sensibilizare, ci numai în boala serului, astm anafilactic, edemul lui Quincke, etc.

La sfârșitul expunerii acestor variate probe de explorare a interesantelor fenomene legate de starea de sensibilizare a organismului sau numai a pielii, se impune o mică discuție asupra rezultatelor lor.

Dintr'un început trebuie stabilit că un rezultat negativ, nu exclude diagnosticul pus pe baza datelor clinice. Reacția negativă poate fi condiționată de o serie de factori dintre cari vom enumăra câțiva:

De pildă intercurența unor maladii anergizante, poate înlătura pentru un timp oarecare o reacție pozitivă de sensibilizare până atunci prezentă. Așa e cunoscut faptul că rușeola poate înlătura orice reacție pozitivă la tuberculină.

Deasemeni nu trebuie uitat că unele boli sensibilizante, determină abia la mult timp dela începutul bolii, apariția stărilor de sensibilizare.

Sunt cunoscute și cazurile când maladii prin excelență de natură alergică, nu reacționează sensibilizant la probele cu antigenul respectiv.

Reacția pozitivă indică că diagnosticul clinic a fost bine pus. Numai în anumite cazuri: tuberculină, trichofitină rezultatul pozitiv poate indica și o maladie care a existat cu 30—50 ani în urmă.

„In concluzie, la explorarea funcțională a pielii, metoda testurilor cutanate e cea mai importantă și mai fecundă în rezultate, ea poate pune în evidență fenomenul sensibilizării, care e substratul însuși al „pre-dispozițiunii“ care are rol în patologia nu numai a pielii, ci a întregului organism.

Pe lângă însemnătatea biologică are una practică: aduce servicii pentru diagnosticul unor infecții sau pentru a preciza etiologia în multe erupții alergice, făcând posibilă instituirea unei terapii realmente cauzală prin suprimarea allergenului nociv.“ (S. Nicolau).

I N C H E E R E .

Cercetările de laborator asupra pielei prezintă o serie de avantajii și de desavantajii.

În primul rând trebuie remarcat că răspunsurile pielei la diversele excitațiuni exploratorii, se cetesc direct sub forma unei reacții de natură și aspect variat, medicul ne mai fiind obligat de a recurge la calcule măsurători sau alte mijloace indirecte de aflare a rezultatului.

Un mare desavantajiu, mai ales pentru cercetările biochimice, e dat de imposibilitatea de a lucra cu material suficient recoltat dela individul bolnav sau suspect de o anumită boală. Chiar piesele recoltate prin biopsie sunt prin excelență reduse, insuficiente pentru variatele cercetări la care trebuie supuse.

Deasemeni în cazul testurilor culanate cu antigeni, medicul se poate aștepta la reacții mai violente, locale, regionale sau generale. Acestea însă nu pot fi o piedică pentru cercetarea funcțiunilor pielei, cu cât măsuri raționale de prevedere pot înlătura aceste desavantajii.

Se mai cere o condiție medicului practician: nici-odată să nu se mărginească numai la clinică sau numai la laborator, ci totdeauna să caute a confirma diagnosticul pe ambele căi de explorare, complectându-le reciproc.

Concluziuni

1. Explorarea probelor funcționale în dermatologie prezintă avantajul că rezultatul poate fi cetit direct pe piele.
2. In explorarea sistemului vascular al pielei capilaroscopia e metoda cea mai eficace.
3. Probele biochimice asupra pielei nu se pot face cu multe rezultate din cauza insuficienței materialului.
4. Stările de sensibilizare pot fi explorate cu metode variate și cu rezultate bune, la suprafața pielei.
5. Se cere o colaborare strânsă între clinică și laborator pentru punerea diagnosticului complet.

Văzută și bună de imprimat.

Decanul Facultății :

Prof. Dr. I. DRĂGOIU

Președintele tezi :

Prof. Dr. V. BOLOGA

Bibliografie

ARNOLDI W.: Modificazioni del contenuto in acqua dell'organismo.

GÉRARD P.: Contribution a l'étude du potassium et du sodium chez les animaux. Paris 1912.

HATIEGANU I.—GOIA I.: Tratat elementar de semiologie și patologie medicală.

JAVAL et ADLER: De la teneur des organes en chlorures et en eaux.

S. NICOLAU: Probele funcționale în dermatologie.

GH. POPOVICIU: Elemente de pediatrie și puericultură.

ROFFO A.—THOMAS J.: La chimie du cancer

RONDÒNI: Sul metabolismo dei carboidrati nella cellula neoplastica.

STURZA M.: Cours de balneologie.

