

ICHTIOZA

cu considerațiuni speciale asupra
tratamentului



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE 15 FEBRUARIE 1940

DE
ELENA RUSSU
Externă la Casa de Asigurări Sociale din Cluj

ICHTIOZA

cu considerațiuni speciale asupra
tratamentului



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE 15 FEBRUARIE 1940

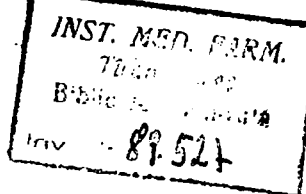
DE

ELENA RUSSU

Externă la Casa de Asigurări Sociale din Cluj

9821

24 MAY 2005



UNIVERSITATEA »REGELE FERDINAND I« DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINA

Decan: Prof. Dr. DRĂGOIU I.

Profesori :

Clinica stomatologică	Prof. Dr. ALEMAN I.
Microbiologia	„ „ BARONI V.
Farmacologia și farmacognozia (supl.)	„ „ BARONI V.
Fiziologia umană	„ „ BENETATO GR.
Istoria medicinei	„ „ BOLOGA V.
Patologia generală și experimentală	„ „ BOTEZ A. M.
Clinica oto-rino-laringologică	„ „ BUZOIANU G.
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	„ „ MICHAÏL 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.
Anatomia patologică	„ „ VASILIU T.
Igiena generală	Agr. ZOLOG M.
Fizica medicală	Conf. BĂRBULESCU N.

JURIUL DE SUSȚINERE :

PREȘEDINTE: D-l. Prof. Dr. V. BOLOGA

MEMBRII: „ „ „ GR. BENETATO
 „ „ „ M. KERNBACH
 „ „ „ M. STURZA
 „ „ „ T. VASILIU

SUPLEANT „ Conf. „ A. IANCU

Mamei și lui Roro dragoste.



Memoriei Tatălui Meu.

*Onoratului Juriu de Promoție
omagii respectuoase.*



*Domnului Docent Dr. Axente Iancu ii aduc viile mele
mulțumiri pentru sfaturile prețioase cari m'au călăuzit
în decursul anilor.*

INTRODUCERE

In anul 1937; lucrând la ambulanța Casei de Asigurări Sociale din Cluj, am observat pentru prima oară, la un copil de muncitor un caz de ichtioză vulgară.

Sub impulsul maestrului meu Dl. Docent Dr. Axente Iancu, am aprofundat acest caz, i-am întocmit noul tratament opoterapic, comunicând rezultatele lui, într'o sedință a Societății de Dermatologie din Cluj.

Ichtiозa este o boală rară, din tabloul statisticilor din ultimele pagini se observă că la Clinica Dermatologică din Cluj, s'a prezentat în timp de 10 ani doar 17 cazuri.

Etiologia ei este obscură și plină de ipoteze, iar tratamentul ei deseori fără rezultat. S'ar părea deci că este un studiu puțin important, pentru a merita osteneala, chiar și acestei modeste lucrări, când ne gândim că sunt multe alte domenii unde am putea să ne dăm mai cu folos munca și avântul nostru tineresc. Totuși ichtioza este o boală impresionantă.

Factorii morbizi cari lucrează în etiologia ei transformă în epoca embrionară elementele ectodermice ale tegumentului omenesc, pentruca la un moment dat, favorabil lor să ne prezinte un tablou ontogenetic de ichtioză. Insuși faptul că în etiologia ichtiozei se pune atâta bază pe tara ereditară, ne face să credem că ichtioza este datorită unei disfuncțiuni în așezarea elementelor germinale primordiale. Glandele cu secrețiune internă au rolul lor în desvoltarea constituțională al individului; ori turburările glandelor endocrine în producerea ichtiozei au fost sezizate de mult în străinătate și la noi de Dl. Prof. Parhon și colaboratorii săi. Deasemeni și tratamentul se adresează în primul rând acestor disfuncțiuni. In sfârșit ichtioza este o boală

care atinge îndeosebi populația umilă, prost nutrită de muncitori nevoiași, cari trăesc într'o seamă de condițiuni ce fac întotdeauna să retrogradeze individul în scara filogenetică.

O sumă de fapte, care ne arată o afecțiune eșită din cadrul obișnuit al bolilor tegumentare, părând mai mult un capriciu al naturii scos la iveală de o seamă de factori favorizanți.

Ipoteza aceasta interesantă de malformațiune congenitală, etiologia ei neclară precum și noul tratament ce se impune mereu, m'au făcut să văd în ichtioză o boală ca multe necunoscute, pe cări încerc în lucrarea de față să le analizez.



Definiție și Istoric.

Ichtioza vulgară este o afecțiune cutanată caracterizată printr'o alterație permanentă a stratului cornos epidermic, care imprimă pielii în aspect de solzi de pește de unde și numele de «Ichtioză» (care derivă dela grecul ἰχθυόδ) cu care cei vechi botezaseră această afecțiune. Încă din vremurile acelea aspectul curios al pielii atrăsese atențiunea dermatologilor și astfel o găsim descrisă pentru prima oară de Avicenne sub numele de »Albaras nigra«.

Willan a descris-o mai precis, iar Alibert ajunge chiar să deosebească forma sidefoasă de cea serpentină.

Hebra, Behring și Kaposi arată că ichtioza vulgară nu debutează niciodată înainte de vârsta de 2 ani și o deosebesc de ichtioza congenitală fetală sau intrauterină. Unna o consideră ca un proces inflamator al epidermei, iar Thibierge ostudiază în amănunt și pune la punct ichtioza fetală. Brocq separă ichtioza vulgară de eritrodermia congenitală.

Gougerot și Paul Blum insistă asupra formelor de trecere între varietățile de ichtioză, iar Darier împreună cu școală franceză spre deosebire de autorii germani separă ichtioza propriu zisă de formele hiperkeratozice ichtioziforme.

Etiologie și Patogenie.

Etologia ichtiozei vulgare este obscură. Sunt mai multe ipoteze care privesc tratamentul prin transparența eredității fără a fi însă identificate.

Factorul familiar și ereditar primează după cum dovedesc observațiile de până acum, în proporție de 50% pentru factorul familiar și 23% pentru cel ereditar. Această distrofie cutanată o moștenesc sau toți copiii unui părinte bolnav sau numai câțiva dintre ei. Sunt citate cazuri când

boala a atins numai copii de gen masculin. Kaposi citează cazul unei femei cu ichtioză care avea 5 băieți cari aveau deasemenea ichtioză iar cele 3 fete ale ei nu prezentau nimic. Astfel că s'ar părea după acest exemplu că această boală se transmite după legile mendeliene.

Rayer citează o familie unde ichtioza s'a transmis timp de 6 generații — iar prin secolul al XVIII-lea erau cunoscuți în Franța așa numiții «Les hommes proc épïc» cari de 4 generații prezentau o formă accentuată al acestei distrofii cutanate (familia Lambert.)

Doyon observă însă, neregularități în transmiterea bolii citând cazul a doi gemeni dintre cari unul prezenta ichtioză iar celălalt nu.

În cazul pe care l-am observat e vorba de un copil în vârstă de 6 ani de sex masculin. Leziunile ichtiozice au apărut la vârsta de 2 ani, interesând fața extensorie a membrilor cât și spatele și abdomenul lăsând intacte pliurile articulare planta și palma.

Boala a evoluat cu puseuri de exacerbațiuni hiber-nale și ameliorări estivale. Copilul mai avea 2 surori să-nătoase.

Din anamneză rezultă că în familia mamei au mai fost cazuri de ichtioză — chiar un frate de al ei a suferit de această boală și a sucombat în vârstă de 20 de ani de tuberculosă. Deasemenea un unchiu de al mamei a avut tot ichtioză și a murit la 36 de ani tot de tuberculosă pulmonară.

E interesant de remarcat că în cazul de față ichtioza a apărut succesiv la 3 generații afectând tot mereu numai primul copil din familie și de sex masculin.

La început se credea ca ichtioza ar fi o distrofie a pielii, dar mai târziu Unna și Tommasoli combat aceasta, bazați pe studii histologice și afirmă că ar fi o malformațiune infecțioasă a epidermei datorită unui viciu în metabolismul cutanat. Malformațiunile din timpul copilăriei precum și vaccinul la aceeași vârstă formează după Tommasoli factorii primordiali.

Totuși Darrier în toate secțiunile histologice nu constată caracterul inflamator al ichtiozei și incriminează în etiologia ei mai ales cauze ocazionale ca: infecții, intoxicații, vaccin, condiții neprielnice de traiu etc. Precum și cauza predispozante ca boli infecțioase, alcoolism, tuberculoză, sifilis ereditar (care e destul de frecvent).

Berman și Persnere au observat cazuri de ichtioză apărute la soldați după tifos exantematic.

Clément, Simon și Gougerot amintesc rolul sifilisului ereditar deoarece au observat ameliorări după tratamentul antiluetic.

După Gougerot chiar și sarcina cu emoțiile ei, deci un factor emotiv, ar avea rol în apariția ichtiozei.

Kuihara citează cazul a doi studenți frați gemeni a căror părinți nu erau consanguini și dintre cari numai unul era atins de această boală.

Cunoștințele recente asupra glandelor cu secrețiune internă, ne fac să alăturăm în etiologia ichtiozei și o insuficiență tiroideană și paratiroideană, deoarece s'a observat și o turburare în metabolismul calciului, paralelă cu apariția boalei.

Lévy, Franckel și Goley vorbeau în 1922 și de o disfuncție endocrino-simpatică în această privință.

După Grossmann și Siemens deasemeni ereditatea are primul rol, precizând chiar că ea apare în limitele aceleași grupe sanghine, într'un mod regulat.

Turburările vasculare și nervoase produc turburări de nutriție cari la rândul lor sunt capabile să dea o degenerescență celulară. Insuși epiderma se pare că produce substanțe chimice cari contribuiesc la transformările stratului cornos. Astfel granuloasa ichtiozicilor este bogată în eleidină.

Numărul acestor mare de teorii, precum și variabilitatea lor, arată că nu putem preciza o etiologie bazată pe un singur factor determinant, sau că avem de a face cu un întreg complex de cauze distrofice, infecțioase și endocrine, toate pe bază ereditară.

Anatomia patologică.

Autori clasici au descris ichtioza din punct de vedere anatomo-patologic ca o Keratoză generalizată și difuză lipsită de nucleii omogeni.

După Unna și Tommasoli epiderma prezintă următoarele caractere :

- a) Granuloasa e mult diminuată.
- b) Stratul mucos al lui Malpighi și în special celulele spinoase suprapapilare sunt subțiate prin presiunea mecanică a stratului cornos.
- c) Cupola papilei dermice se prezintă turtită și mai mică, datorită aceluiași cauze.
- d) În partea superficială a dermului și în corpul pa-

pilar apare un infiltrat puțin abondent de celule rotunde.

e) Vasele sunt dilatate și înconjurate de celule conjunctive Mast-Zellen și de fibre îngroșate.

f) Dopuri de celule cornoase închid orificiile foliculare.

g) Glandele sudoripare sunt întotdeauna profund alterate prezentând atrofierii sau transformări chistice. De asemenea aceste atrofierii pot interesa și glandele sebacee.

h) În sfârșit părul este alterat până și în formele cele mai lejere de ichtioză.

După descrierile cele mai noi Blum și Civatte constată că lipsa granuloasei este mai rară observându-se doar la unu din 10 cazuri, iar corpul mucos se prezintă subțiat. Întregul caracter anatomo-patologic, apare după ei ca o simplă hiperkeratoză.

STUDIUL CLINIC

Studiul clinic cuprinde simptome cari privesc leziunile pielii, o serie foarte variată de turburări fizice și intelectuale precum și localizările de predilecție a ichtiozei, în diferite regiuni ale tegumentului.

I. Leziunile pielii

Privesc transformările epidermei, dermului precum și a anexelor, în special suferă și sistemul pilos, sebaceu, sudoripar și unghiile etc.

A) *Epiderma*, se prezintă uscată și descuamată, formând astfel principalul simptom al ichtiozei.

a) Uscăciunea : poate exista și fără să fie însoțită de stadiul scuamos și chiar atunci când acesta e ameliorat prin tratament. Este mai pronunțată în regiunea extensorică a membrilor, pecând palma și planta rămân neatinsse. În regiunea axilară și în pliurile articulare, se observă o umiditate foarte discretă. La cei mai mici excitanți externi pielea se roșește și e foarte iritabilă des se formează ragade, cari la palpație ne dau o senzație rugoasă.

b) *Scuamele* : În afară de uscăciunea pielii, scuamele formează al doilea simptom principal al ichtiozei.

Este o descuamare cronică, neîntreruptă, deosebită însă de celelalte dermatoze prin faptul că se deslipesc cu greu. Scuamele au o grosime de 3—5 mm. și o mărime

care atinge uneori câțiva cm. Forma lor este variabilă: patrulateră, ovală, rotundă, sau poligonală.

Dacă bolnavul se gratează rămâne în urmă o pată albă pudrată.

Culoarea lor este uneori albă, siefie ca în ichtioza siefie, nitida, altelei însă au o culoare neagră cenușie care nu e întotdeauna însă în legătură cu starea igienică a bolnavului.

Intre scuame se observă fisuri fine ale epidermei, cari arată locul unde scuama și-a pierdut aderența. Este asemănător unui strat subțire de colodiu care începe să se detașeze.

După forma scuamelor se pot descrie 4 varietăți:

1. *Xerodermia* este o formă simplă, pielea se prezintă uscată cu o descuamare fină abia vizibilă. Când se gratează, prezintă un aspect pudrat. Uneori descuamarea este furfuracee întocmai ca la pitiriazis.

2. *Ictioza serpentină* prezintă scuame cu o grosime de $\frac{1}{2}$ —2 mm. cari cresc pe seamă ce ne depărtăm de pliurile articulare. Forma lor este poligonală dând pielei un aspect de piele de șarpe.

3. *Ictioza sauriazis*. Scuamele sunt mai mari și mai îngroșate semănând cu o piele de crocodil.

4. *Ictioza hystrix*, scuamele formează ecrescențe delimitate de șanțuri ce pătrund până în stratele profunde ale epidermei.

B) *Derma*. Este subțiată și atrofică. Atrofia se referă la elementele conjunctive și elastice. Deaceea pișcând pielea între degete, pliul produs se renivelează lent în lipsa elementelor elastice.

C) *Sistemul pilos* este deasemenea atins. Pielea păroasă a capului este uscată și acoperită cu scuame multe. Perii sunt atrofiați, sprâncenele rare și peri lanugoși.

D) *Unghiile* sunt normale, altelei uscate friabile cu o hiperkeratoză în patul unghiei.

E) *Secreția sudoripară*, este foarte diminuată, ea are un important rol în apariția ichtiozei, deoarece este deajuns să avem o secreție sudoripară abondentă pentru ca ichtioza să dispară. Astfel vara transpirația abondentă sub influența căldurii aduce dispariția ichtiozei; pe când iarna în lipsa ei ichtioza reapare și se accentuează.

F) *Secreția sebacee* este deobicei diminuată însă sau văzut cazuri unde este accentuată. Astfel Bročk a ob-

servat uneori o hipersecreție a acestor glande la cap și față.

G) *Senzațiile subiective.* Uscăciunea pielii și pruritul dau bolnavilor senzații penibile, iar aspectul lor îi pun în inferioritate față de anturaj.

II. Turburări fizice și intelectuale

a) *Manifestații endocrine.* Desfășurarea generală a organismului nu este influențată de evoluția însăși a ichtiozei, o întâlnim atât la oameni dezvoltati normal cât și la cei cu oase și musculatură puțin dezvoltată și cu aspect infantil. Astfel Dl. Prof. Parhon împreună cu Dr. Milcu au comunicat un caz pe microsomie cu ichtioză generalizată încriminând ca factor determinant turburări endocrine.

La indivizii cu hipotiroidism se observă hipopilozitate, apatie și metabolism scăzut. Se pare că și glandele genitale au un rol deoarece în pubertate ichtioza este atenuată. Suprarenala reacționează deasemenea în ichtioză, dând o hipertensiune arterială.

Intelectul se prezintă normal, dar câteodată observăm mici deficiențe mintate. Idelberger afirmă că ichtioza ereditară și uneori leziunile cutanate merg paralel cu turburările intelectuale.

B) *Turburări viscerale* urina se prezintă normală ca aspect; acidul uric e mărit, iar în depozit adeseori găsim cristale de oxalat de calciu și uneori gravelă urică.

Bezançon și Piatot citează un caz de ichtioză care prezintă malformațiuni renale, iar Lanzenberg și Sieber au descris cazul unui copil de 6 ani, cu congestia centrilor nervoși acompaniată de acidoză.

La noi Dl. Docent Dr. Axente Iancu împreună cu Dr. Manu au studiat 4 cazuri de ichtioză; obținând la examenele de laborator următoarele rezultate:

	I	II	III	IV
Reacț. Wasserm.	negativă	negativă	negativă	negativă
Colesterina	1,8 gr. ‰	1,6 gr. ‰	2 gr. ‰	
Calciu		11,6 mgr.‰	12,3 mgr.‰	11,8 mgr.
Glicemia	1,22 gr.‰		1,9 gr.‰	2,5 gr.‰
Hormon hypof. gonadotr. anter.	diminuat	normal	normal	absent
Radiografia șelei turcești și a bazei craniului	normal	normal	normal	șeaua turcească mai mică cu procesele clinoid evidente decalcificate.

Din punct de vedere intelectual, a sistemului nervos și inteligența la toate cazurile e intactă. Unul din cazuri prezintă și o mică gușe fără a se observa modificări importante din partea glandei tiroide.

În aceste cazuri înafară de glicemia și absența hormonului hipofizar anterior dela cazul IV. nu găsim modificări mai importante.

III. Distribuția ichtiozei.

Distribuția ichtiozei este caracteristică, ea apare generalizată și simetrică respectând palma, planta, pliurile articulare, axila, plica cotului, regiunea poplitee, regiunea interfesieră și inghinală. Fața adeseor rămâne neatinsă prezentând doar o uscăciune, o xerodermie.

La membre ichtioza e habituală, afectând mai mult suprafața extensorică, cotul, gamba, partea inferioară a antebrațului, dosul mâinei și al piciorului și uneori abdomenul și spatul în special la locurile de iritație. Palma și planta n'au scuame totuși epiderma lor este uscată, netedă, subțiată și lucie fără fisuri, iar pliurile sunt mai accentuate ca în starea normală. Măinile pot prezenta uneori pliuri ca la spălătorese. Genitaterile sunt respectate atât la femei cât și la bărbați cu excepția scrotului, care prezintă adesea Țori scuame.

FORME CLINICE. VARIETĂȚI.

Formele clinice ale ichtiozei sunt multiple și le clasificăm după aspectul scuamelor și după aparția lor.

I, După aspectul scuamelor.

a) Xerodermia este cea mai simplă formă de ichtioză. Tegumentele sunt numai uscate iar descuamația este a-roape neobservată uneori nu se poate identifica decât prin sgâriat.

b) Ictioza siefie (ichtioza nitida a lui D'Alibert) prezintă solzi furfuracei, subțiri și strălucitori.

c) Ictioza pitiriazică are scuame foarte fine,

d) Ictioza scutulară, scuamele sunt mari și ridicate,

e) Ictioza alba.

f) Ictioza nigricans, cu scuame gris murdare uneori chiar negricioase.

g) Ictioza serpentină. Chiar numele arată că pielea ia un aspect de piele de șarpe sau șopârlă. Solzii sunt mari, de culoare gris închisă sau verzuie, se găsește pe suprafețele mari, mai ales în părțile superioare ale corpului, uneori poate atinge și pielea păroasă a capului.

h) Ictioza lichenoidă. În această formă pielea este întretăiată de pliuri și șanțuri cari ne amintesc plăcile de lichen.

Jadasohn împreună cu autorii germani încadrează tot la ichtioză și stările ichtioziforme. Aceste stări ichtioziforme se împart în congenitale și câștigate. În grupa celor congenitale intră: eritrodermia ichtioziformă și keratomul malign, iar în cele câștigate intră pseudoichtioza senilă și a cașecticilor.

A, Eritrodermia congenitală ichtioziformă spre deosebire de ichtioză e congenitală sau apare imediat după naștere, prezintă o hiperkeratoză generalizată, pielea e roșie leziunile interesează și pliurile articulare, pielea prezintă o hiperhidroză — iar mersul bolii e progresiv.

Din punct de vedere clinic pot fi forme:

generalizate
circumscrise
progresive și
necongenitale

Uneori se pot observa atenuări cu vârsta iar în alte cazuri din contra pot suferi transformări neoplazice.

Ca etiologie s'au incriminat și aici factori ca sifilisul

consanguinitatea, turburări endocrino-simpatice, cât și factorul familial și ereditar.

B. Ichtioza fetală întrauterină are 2 forme :

a) O formă gravă incompatibilă cu viața sau keratomul malign difuz.

Doctor Auxilia descrie un caz la care părinții erau consaguini iar copilul la naștere prezintă pielea dură înțetăiată de șanțuri și fisuri profunde, părul rar, ochii mici și infunțați, nasul mic iar după 2 zile copilul sucombă.

b) Forma benignă sau eritrodermia congenitală ichtioziformă, este o formă atenuată.

C. Stările ichtioziforme câștigate cuprind :

a) Pseudoichtioza senilă caracterizată printr'o descuație accentuată lameloasă, pielea e uscată lipsită de elasticitate și e datorită deshidrării senile,

b) Pseudoichtioza cașectică e caracterizată printr'o descuație accentuată, țesutul grăos e dispărut, pielea e galbenă-brună, uscată și e însoțit uneori de prurit rebel. Aceasta formă survine în maladii cașectizante ca tuberculoza, diabet, septicemii, stări febrile, tumor maligne. Acestea se ameliorează dacă bolnavul se îngrașe.

Complicații

Prin aceste descuamări continui prin gratajul violent zilnic, dar mai ales prin acele șanțuri adânci cari se formează, pielea devine continu un teren favorabil pentru înșămânțarea diferiților microbi și paraziți, cari pot da naștere la numeroase dermatoze și infecții.

Din numeroasele complicații cari pot surveni în evoluția ichtiozei sunt mai des :

1. *Dermatitele artificiale* datorite diversilor microbi și cauze anodine.

2. *Infecții* ale tegumentelor cauzate fie de diferite bacterii aerobe obișnuite: stafilococi, streptococi, dând naștere la piodermită, impetigo, furunculi.

3. *Eczema* care apare des cu ragade, din cauza gratajului.

4. *Dermatite* pruriginoase, bule seroase etc.

În afară de aceste complicațiuni obișnuite se citează și altele mai rare ca :

Lupus vulgar etc. .

Eritem reticulat a lui Bonnet, dermatita reticulară a lui Herxheimer, care apare pe tegumentele ichtiozice și

căre se crede că sunt datorite aplicării pomezilor sulfuroase,

Dar pentru a evidenția și mai bine importanța acestor complicații, în afară de aceste dermatoze cronice care necesită la rândul lor tratamente de lungă durată, trebuie să ne gândim mereu la o transformare neoplazică a acestor hiperkeratoze.

Evoluția.

Ichtiоза vulgară nu apare imediat la naștere. Intervalul ei de apariție este după observațiile lui Jadassohn între 2 ani și 20 de ani. În evoluția ei poate suferi modificări datorite.

1. *Sesonului.* Vara din cauza hipersecreției sudoripare și sebacee, ichtiоза se ameliorează, pielea devenind mai netedă și mai suplă, iar iarna mai îngroșată.

2. *Vârstei.* În pubertate scuamele devin mai fine și toate simptomele se atenuiază.

Menstruația și sarcina nu au nici o influență.

3. *Afecțiunilor intercurrente.* În bolile eruptive, ca variola în faza de descuamație, ichtiоза se atenuiază spre a reapare la sfârșitul bolii.

4. *Traumatismelor.* Acestea modifică numai aspectul local, ichtiоза persistând și mai departe. Bolnavul termină adesea prin boli intermitente, renale, congestie pulmonară, tuberculoză, dar fără ca să se observe o legătură cu ichtiоза.

Diagnosticul

Il vom face luând în considerare simptomele mai principale: uscăciunea pielii, scuamale, localizarea specifică cu pliurile neatînse.

Diagnosticul diferențial trebuie făcut în primul rând cu formele ichtiозiforme: eritrodermia, congenitală a lui Brock, cari au preferință de a se localiza în regiunile rămase intacte de ichtiозă, deci pe partea flexorică a membrilor.

O vom diferenția deasemenea de dermatozele descuamative keratodermia (care e localizată la o anumită regiune și e în raport de obicei cu profesiunea) și de pseudoichtiоза cașecticilor și senilă.

La diagnosticul diferențial mai trebuie să amintim și

psoriaza, pityriaza, eczemă seacă generalizată și dermatita exfoliativă.

Keratodermiile profesionale sunt localizate pe o anumită regiune. Keratozele pilare cu o evoluție rapidă localizate pe o porțiune a membrelor.

Pseudoichtioza cașecticilor și senilă, care apare la bătrâni sau în urma bolilor cari produc o emaciere gravă, Pseudoichtioza de origine nervoasă, care dă turburări trofice a tegumentului caracterizată prin scuame, anhidroză, poate surveni în maladia lui Pott, polinevrite când segmentul atins interesează doar zona inervată de nervul respectiv.

Însfârșit o vom diferenția de nervi cari au o dispoziție liniară, evoluția lor e progresivă și nu prezintă perioade de regres ca la ichtioză.

Tratament

Din concepțiile multiple relative la condițiile de declanșare a boalei, s'au adaptat o serie întreagă de directive, relativ la terapeutila ichtiozei. Se pune bază în general pe tratamentul simptomatic, dar mai ales pe cel endocrin. Totuși rezultatele sunt nesigure și efemere, trebuind să insistăm ani de-a rândul pentru a obține un rezultat pozitiv.

A) Tratamentul medicamentos.

I. *Extern.* În primul rând vom da indicațiuni pentru disolvarea solzilor ca să-i îndepărtăm să împiedecăm uscăciunea pielei să oprim reproducerea lor, În formele ușoare vom administra băi prelungite de $\frac{1}{2}$ până la 1 oră la temperaturi înalte. Vom folosi săpunuri alcaline, apă amestecată cu amidon, glicerină, sodă, sau borax. După baie bolnavul va fi uns cu unguente emoliente ca glicerină, unguent simplex.

Au rol important în disolvarea scuamelor, mai ales grăsimile animale și vegetale, pe când cele minerale ca vaselina, parafina nu prezintă mare importanță în tratamentul ichtiozei.

În formele mijlocii, vom face întâi bolnavului o baie prelungită până la 2 ore cu borat de sodiu (75—150 gr.) sau carbonat de sodiu (100—150 gr.) sau alte alcaline. Se observă deci importanța medicațiunii alcaline, în emolieria

tegumentului și disolvarea scuamelor. După baie vom administra o fricțiune cu glicerolat de amidon salicylat (5—10% acid salicylic) sau vom folosi următoarele compoziții:

Rp.

Acid Salicylic 1 gr.
apă de roze 15 gr.
glicerolat de amidon 85 gr.

Rp.

Acid salicylic 1—2 gr.
Sulf pp. 2—5 gr.

lanolin)
glicerină) aa 50 gr.

În formele grave cu scuame mari și groase le înmuierăm întrebuintând vaselină cu un conținut ridicat de acid salicylic 10%. După ramolire le îndepărtăm mecanic cu o cureță fină. Din cauza iritației epidermei prin curetaj, vom face pansamente umede cu soluție de clorură de sodiu ipotonică, sau cu cataplasme de feculă de cartofi. Alții folosesc emplastru de săpun negru pe care îl lăsăm mai multe ore pe pielea alterată.

În cazuri rebele folosim tot ca emolient și disolvant sulful sub formă de pomezi în concentrație de 1/20, împreună cu acid salicylic 1/10, și rezorcină 1/60.

Autorii lionezi Nicoles, Gaté și Lacassagne au obținut rezultate mai sigure cu o pomadă care conține 10-15% magnezie calcinată și 2—5% acid salicylic. Când tegumentele devin mai suple și netede putem distanța băile, repetându-le însă la intervale destul de scurte pentru a împiedeca formarea de noi scuame și pentru a menține integritatea tegumentului.

Totdeauna după baie vom avea grijă să ungem pielea cu corpi grași pentru a evita uscarea pielii.

Băile de aburi dau uneori rezultate bune, dar trebuie să avem în vedere constituția bolnavului, și în special să menajăm aparatul cardiovascular, deoarece aceste băi oboresc ușor pe bolnav.

De mult timp sunt cunoscute în străinătate acțiunea apelor termale ca: Bourboule care conține însemnate cantități de arsen și a apelor sulfuroase dela Uriage sau la noi în țară: Toria, Pucioasa etc. Vom ține cont și de aceste indicațiuni în terapia ichtiozei.

Tratamentul Intern. În primul rând vom recomanda ingerarea de corpi grași, acestea constituind un tratament logic, pentru a reda grăsimea necesară tegumentului care de altcum e redusă sau lipsește în inchițioză. Vom administra unt și oleu de pește.

S'au încercat tratamente cu sulf, arsen cu rezultate nesigure. Arsenul se administrează prudent, chiar atunci când bolnavul este și sifilitic deoarece arsenul favorizează hiperkeratoza.

Dintre diaforetice se dă prudent clorhidratul de pilocarpină 2—4 mgr.

Gaté și Lacassagne folosesc magnezia calcinată 0.10 0.15 0.20 gr. de trei ori pe zi la mese timp de 20 de zile.

B) **Tratamentul opoterapic.**

Ichtiоза având o etiologie obscură și punând bază pe factorii ereditari și constituționali, tratamentul opoterapic se impune dela sine.

În primul rând se institue bolnavului un riguros examen al funcțiunii glandelor cu secrețiune internă, mai ales examenul tiroidei controlând și metabolismul bazal. Când bolnavul prezintă o retardare în dezvoltarea fizică și psihică împreună cu o hipopiloziție se indică tratamentul cu extract tiroidian. Doza se va grada după toleranță de la 1—10 comprimate de câte 0.01—0.02 gr. tiroidină per os.

Faptul că ichtiоза se ameliorează în pubertate face pe Darier să indice tratamentul cu extracte ovariene și testiculare: 0.30 gr. de trei ori pe zi la fiecare masă, combinată cu extract de tiroidă ca mai sus.

Gougerot preconizează cure pluriglandulare prelungite până la 1 an, când se observă oarecari ameliorări. Se administrează :

Rp.

Extract de hipofiză 0.10 gr.
suprarenală 0.10 gr.
extr. genital 0.30 gr. (ovar sau testicol).

De trei ori pe zi la fiecare masă, la care se adaugă totdeauna o cură crescândă de tiroidă.

E bine ca pe lângă un tratament opoterapic să asociem și un tratament recalcificant cu bază de glicerofosfat de calciu.

În sfârșit când ichtiоза bolnavului este grefată pe o bază de eredosifilis vom indica și tratamentul antiluetic. Se vor face fricțiuni cu săruri mercuriale, unguent napo-litan, și sulfarsenol inravenos.

Gougerot, Clément, Simon, au observat ameliorări prin acest tratament.

Saidmann și Mayer recomandă un tratament prin agenți fizici, actinoterapeutici.

La Clinica Dermatologică din Cluj, pe lângă emolien-tele cari se aplică deobicei se practică unctiunile cu magnezia calcinata 10% în vaselină, cu un rezultat destul de mulțumitor. Paralel se îngerează și per os înainte de fiecare masă de 3 ori pe zi câte un vârf de cuțit de magnezie.

În ultimul timp s'a încercat tratamentul cu vitamina A) (Vogan. al casei Bayer) s'a administrat zilnic trei — patru tablete timp de o lună cu rezultate satisfăcătoare.

În generat tratamentul ichtiozei asemănător etiologiei și patogeniei este nesigur mai mult simptomatic, e în faza de experiență cu rezultate mai mult sau mai puțin favorabile și nici odată cu vindecări complete.

Clinica Dermato-Veneric din Cluj.

ICHTIOZA

în anii 1930—1940.

Anul	Sexul	Vârsta	Forma	N.
1930	femenin	6 luni	Ichtioză congenitală	2
	masculin	17 ani	Ichtioză vulgară	
1931	femenin	17 ani	Ichtioză vulgară	2
	masculin	16 ani	Ichtioză serpentină	
1932	—	—	—	—
1933	femenin	25 ani	Ichtioză vulgară	2
	femenin	5 ani	Ichtioză serpentină	
1934	masculin	6 luni	Ichtioză congenitală	1
1935	masculin	52 ani	Ichtioză vulgară	3
	femenin	5 ani	Ichtioză vulgară	
	masculin	19 ani	Ichtioză nigra	
1936	masculin	23 ani	Ichtioză serpentină	1
1937	masculin	29 ani	Ichtioză vulgară	3
	masculin	12 ani	Ichtioză serpentină	
	femenin	17 ani	Ichtioză serpentină	
1938	masculin	12 ani	Ichtioză vulgară	2
	femenin	4 ani	Ichtioză vulgară	
1939	masculin	55 ani	Ichtioza vulgară	1
				17

CONCLUZIUNI.

1. *Ichtioza este afecțiune cutanată caracterizată clinic printr'o alterație permanentă a stratului cornos epidermic*

2. *Etiologia ichtiozei este neclară; ipotezele asupra ei se referă la următorii factori mai importanți :*

a) *Ereditatea.*

b) *Disfuncții glandulare.*

c) *Disfuncții în metabolismul cutanat.*

d) *Cauze ocazionale : infecții, intoxicații vaccin etc.*

e) *Cauze predispozante : alcoolism, sifilis ereditar.*

3. *Anatomo patologic găsim leziuni atât în epiderm cât și în derm și anexe, mai ales în sistemul pilos sebaceu și sudoripar. Granuloasa și stratul mucos al lui Malpighi e subfiat, în derm găsim un infiltrat de celule rotunde, vasele sunt dilatate iar glandele suferă atrofieri sau transformări chistice.*

4. *Clinic se studiază leziunile cutanate împreună cu cele două simptome principale: uscăciunea și scuamele stratului cornos precum și o serie de turburări fizice și intelectuale*

5. *Varietățile clinice de ichtioză sunt clasificate după aspectul scuamelor și ele se deosebesc de formele ichtioziforme prin localizarea diferită și după data apariției.*

6. *Descuamările și leziunile produse prin grataj produc un mediu prielnic pentru o serie de complicații banale și infecțioase, uneori duc la eczeme cronice.*

7. *Evoluția ichtiozei e cronică, durează ani întregi, suferind variațiuni în raport cu sezonul și pubertatea.*

8. *Tratamentul modern recomandă pe lângă opoterapie și cel simptomatic și asocierea cu vitamina A. Tratamentul e de lungă durată cu rezultate trecătoare și nesigure.*

9. *În Clinica Dermatologică din Cluj în timp de 10 ani (1930—1940) s'au înregistrat 17 cazuri de ichtioză, dintre cari 9 cazuri de ichtioză vulgară, 5 cazuri de ichtioză serpentină, 2 cazuri de ichtioză congenitală și un caz de ichtioza nigra.*

Văzută și bună de imprimat :

Decanul Facultății :

ss. Prof. Dr. I. Drăgoiu

Președintele tezei:

ss. Prof. Dr. V. Bologna



BIBLIOGRAFIE

1. DARIER, Sabouraud, Gougerot, Milian, Pautrier, Ravaut, Sézary, Clément, Simon. *Nouvelle pratique Dermatologique* Vol. VI.
2. JADASOHN: *Handbuch der Haut und Geschlechts-Krankheiten.*
3. H. GOUGEROT: *La Dermatologie en clientèle* (1927).
4. Doc. Dr. AXENTE IANCU și Dr. AUGUSTIN MANU: *Sur un cas d'ichtyose héréditaire. Bulletins et Mémoires. Nov. și Dec. 1938.*
5. WISE FRED: „*Ichtyosis associated with keratoderma palmare et plantare.*“ (*Manhattan Dermatol. Soc. 11. XI. 1935*) *Arch. of Dermatologie* 34—540) 936.
6. GOUGEROT și HAMBURGER: „*Ichtyose progressive localisée réticulée*“ (*Arch. dermato-syphiligraphie. 1936.*)
7. SIMON I. G. și S. A. SYRKIN: *Lupus vulgaris bei einem mit salzloser Diät behandelten Ichtyosis-kranken*) *Dermat. Wochenschrift. II. 1936.*
8. HOEDE: *Erbbiologie der Ichtyosis vulgaris, Dermatologische Wochenschrift* 7 Aug. 1937.
9. KURIHARA Y.: *Ichtyosis und Ichtyosisähnliche Krankheiten über zwei Fälle von Keratozis parvima-culata disseminata. Dermatol. Klin. Kais. Univ. Kyoto.*
10. KÁROLYI: *Ichtyosis vulgaris.*
11. IDECBERGER: *Zur Erbbiologie der Ichtyosis vulgaris. Dermatologische Wochenschrift. 7 Aug. 1937.*
12. P. WORINGER: *Ichtyose faisant suite á l'eczema du nourrisson. Archives de médecine des enfants* 10. Oct. 1939.
13. Dr. F. AUXILIA: *Un caso grave di ittiosi fetale o intrauterina. Policlinico infantile, Iul. 1938.*