

TRICHOFIȚIILE SUPERFICIALE ȘI PROFUNDE A PIELEI PĂROASE

DIN SERVICIUL CLINICEI DERMATO-VENERICE DIN CLUJ (ÎN ANII 1926—1935)
STUDIU CLINIC



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE 22.11.1936.

DE

NAGY ȘTEFAN

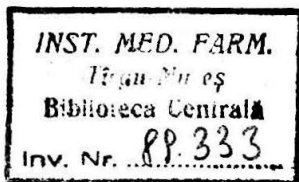
TRICHOFIȚILE SUPERFICIALE ȘI PROFUNDE A PIELEI PĂROASE

DIN SERVICIUL CLINICEI DERMATO-VENERICE DIN CLUJ (ÎN ANII 1926—1935)
STUDIU CLINIC



DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE 2. Iulie. 1936.

DE
NAGY ȘTEFAN 23 MAY 2005



UNIVERSITATEA »REGELE FERDINAND I.« DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ.

Decan : Prof. Dr. MICHAÏL D.

P R O F E S O R I :

Clinica stomatologică.....	Prof. Dr	Aleman I.
Bacteriologie	»	Baroni V.
Istoria medicinei.....	»	Bologa V.
Patologia generală și experimentală.....	»	Botez A. M.
Clinica oto-rino-laringologică	»	Buzoianu I.
Istologia și embriologia umană	»	Drăgoiu I.
Semiologie medicală	»	Goia I.
Clinica ginecologică și obstetricală ..	»	Grigoriu C.
Clinica medicală	»	Hațieganu I.
Medicina legală	»	Kernbach M.
Farmacologia și farmacognozia (supl.).....	»	Popovici Gh.
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 Al
Medicina operatoare }	»	Drăgoiu I.
Fiziologia umană (supl)	»	Popovici Gh.
Clinica infantilă	»	Sturza M.
Balneologie	»	C. Tătaru
Clinica dermato-venerică	»	Țeposu E.
Clinica urologică	»	Thomas P.
Chimia biologică.....	»	Urechia C.
Clinica psihiatrică	»	Vasilin Titu
Anatomia patologică	»	

JURIUL DE PROMOTIUNE

Președinte : D-nul Prof. Dr. C. Tătaru

Membrii :	}	»	»	»	V. Bologa
		»	»	»	I. Drăgoiu
		»	»	»	D. Negru
		»	»	»	Gh. Popovici

Supleant : Dl. Doc. Dr. V. Cimoca

INTRODUCERE

Pe lângă bolile sociale cunoscute în general (tuberculoza, sifilis, trahom, alcoolism, cancer) micozele cutanate încep să desemneze din ce în ce mai exprimat conturile unei noi maladii sociale a: dermatomicozelor.

Combaterea acestor dermatomicoze este aproape imposibilă, fiindcă pe o parte întâmpinăm dificultăți terapeutice, pe de altă parte difuziunea acestor boli este așa de rapidă, încât sterilizarea celor afectați este aproape cu imposibilitate, fiindcă majoritatea cazurilor se recrutează din școli, orfelinate etc. De geaba sunt aceste afecțiuni cu etiologie parazitară descoperite la timp și sunt tratate după progresele terapeutice cele mai moderne în combaterea acestor dermatomicoze, pentru că majoritatea bolnavilor nu urmează tratamentul care este foarte îndelungat, până la vindecare completă, ci se multumește cu dispariția fenomenelor subiective, părăsind serviciul clinicilor ameliorat și nevindecat. Aceste cazuri nevindecate sunt foarte periculoase, fiindcă posibilitatea de a răspândi aceste dermatomicoze este foarte mare. S'a mai observat că aceste cazuri nevindecate sau ameliorate, revin din nou prezentând recidive și aducând cu sine și alte cazuri unde se poate stabili în mod indubitabil că izvor de infecțiune a fost dermatomicoza nevindecată.

Tratamentul acestor cazuri de dermatomicoze, în general este simplu și eficace, dacă se face până la vindecare completă. Inșă în observațiunile noastre clinice cazurile „vindecate“ sunt foarte rare, — fiindcă se înțelege foarte ușor că întreținerea în clinică timp de 45 zile până la luni de zile consumă o sumă considerabilă și pe de altă parte bolnavii nu au răbdare să aștepte vindecarea care din nefericire se face destul de târziu — din care cauză pleacă cu afecțiunea nevindecată, și contagioasă.

Însă prin aplicarea minuțioasă a tratamentului prescris, prin badijonări energice cu alcool iodat și aplicarea oleului de cad 5% în alifie, în timpul nopții se poate obține o sterilizare oarecare, când posibilitatea infecțiozității — dacă acest tratament se asociază cu purtarea unei șepci — este redusă la minimum.

Numărul destul de mare a trichofitiilor arată că această afecțiune ia proporția unei boli sociale. După statistica D lui Docent Dr. Cimoca, în fiecare an avem cca. 200 cazuri de micoze, adică 25—30% din numărul total al bolnavilor examinați și internați în clinică. În aceste 200 de cazuri de micoze, favusul reprezintă 50%, trichofitia 40%, iar microsporia 5%. Trichofitia pielii păroase a capului este reprezentată prin 410 cazuri timp de 10 ani din care 96—97% sunt forme pure (tr. superficială, profundă, sicoza parazitara) sau combinația acestor forme clinice și numai 3—4% este reprezentat prin asociația ei cu alte maladii criptogamice, sau dermatologice.



ISTORICUL

Leziunile pielii și a părului produse de trichofiton, care are vre o 50 de specii au fost înglobate de către școala vieneză sub termenul de „herpes tnsurans“. Acest termen nepotrivit mai târziu a fost lăsat și astăzi vorbim de epidermomicoze trichofitice.

Micologia cutanată se începe cu observările lui Remak din 1837, care a emis, că favusul este constituit din grămezi de filamente de mucegaiu, care mai târziu a fost demonstrat și stabilit în mod definitiv de către Schönlein (1839). Henle și alții autori nu credeau în etiologia criptogamică a acestor leziuni dermatologice și în formațiunile miceliene descrise de Remak, Schönlein vedeau o impuritate.

În 1841 Gruby descoperă origina micozică a multor boli ale pielii păroase a capului, a căror natură mult timp a fost ignorată. În acest an publică memoriul său la Academia de Știință din Paris „Sur une végétation, qui constitue la vraie teigne“ și așa el devine întemeietorul micologiei moderne, introducând studiul sistematic și științific a bolilor criptogamice. El este primul care susține, că caracterele clinice pentru identificarea unei micoze sunt insuficiente și pentru a stabili etiologia unei micoze nu se poate omite examenul microscopic.

Gruby în 1842, 1843 și 1844 descoperă noi date referitor la trichoriție și descrie trei paraziți:

1. Primul în sicoza (mentagra) caracterizat prin elemente sporulate situate între rădăcina părului și foliului său; trichophyton ectothrix.

2. Al doilea care învăluie părul sub forma unei teci de mici spori și infiltrează toți perii de filamente cari se dedublează și se multiplică. El considera însă în mod greșit că agentul peladei este acest trichofiton, dar caracterele clinice cari le dă sunt însă a unei tondante.

3. Al treilea parazit descris de el era inclus în păr

(Trichophyton endotrix) sub formă unui lanț de spori verticali, așezați unul lângă altul, și cari umple părul.

Cu timpul cercetărilor lui Gruby au fost uitate și lucrările lui Sabouraud despre „Les trichophyties humaines” și „Les Teignes” unde tratează bolile criptogamice confirmă observațiunile lui Gruby, cari sunt valabile și astăzi. Cercetările minuțioase a lui Sabouraud au demonstrat că diferitele specii de trichofitoni cauzează o trichofitiție cu o formă clinică deosebită. Alți autori nu acceptă părerea lui Sabouraud și consideră că poliformismul trichofitonului depinde de cauze externe și în primul rând de mediul în care crește. Observațiunea ne dovedește că mai multe varietăți de trichofitoni pot da leziuni cutante analoage, identice chiar din punct de vedere clinic (*Cimoca*) și în aceste cazuri leziunile dermatologice sunt cauzate de trichofitonii aceluiași grup. Aspectul leziunilor poate să fie polimorf, din același mediu, aceiași familie, deși aceste alterațiuni sunt cauzate de un trichofiton de aceeași specie.

Sabouraud după forma leziunilor produse de trichofitoni și după localizarea parazitului în păr deosebește:

a) Trichofitiții cauzate de *Tr. endothrix*, care dă leziuni uscate de origine umană. Parazitul este localizat în păr.

b) Trichofitițiile cauzate de trichofiton *neo endothrix* formând un grup intermediar.

c) Trichofitițiile cauzate de trichofiton *ectothrix*, sunt leziuni profunde, supurative, de origine animală. Parazitul interesează părul și foliculul pilos.

SIMPTOMATOLOGIA CLINICĂ A TRICHOFIȚIEI.

Leziunile trichofitice produse de cele trei varietăți de trichofitoni: *tr. ectothrix*, *endothrix* și *neo endothrix* din punct de vedere clinic sunt clasificate în două drupe mari:

A) Trichofitițiile pielii glabre cauzate de trichofiton *endothrix* și sunt caracterizate prin leziuni uscate. Origina trichofitonului *endothrix* este umană și infecțiunile sunt frecvente pe gât, pe torace, pe față, pe membrele superioare. În general umezeală favorizează sporirea ciupercilor. După leziunile elementare și anatomopatologice distingem două tipuri principale: 1. *forma veziculoasă* (*herpes*

tonsurans vesiculosus, trichofitia veziculoasă superficială) 2. *forma scuamoasă*. Afară de aceste 2 forme tipice mai distinge și forme atipice de trichofitie superficială: *foliculitele agminate* care se poate observa la acelaș bolnav pe lângă o trichofitie superficială tipică. Leziunile papulo-pustulo-crustoase perifoliculare sunt așezate pe o suprafață eritematoasă la nivelul antebrățelor, regiunilor articulației radio-carpene și pe gât. A doua forma atipică este *lichenul trichofitic* care se observă mai des la copii, cari sufar de trichofitie profundă. Leziunile micropapuloase așezate perifolicular pe piept, abdomen și extremități, (diseminate sau grupate) sunt consecința unei metastaze generalizate, fiindcă din sângele bolnavilor a fost posibilă cultivarea ciupercilor și din leziunile elementare ale lichenului trichofitic a fost posibilă evidențierea trichophitonului gypseum.

A treia varietate de trichofitie superficială a pielii glabre cu o localizare specială este *epidermofizia inguinală* (ecze.na marginatum s. trichophyticum) caracterizată prin leziuni bine delimitate, cu o zonă eritematoasă, pe care se observa papule, vezicule și scuame. Partea centrală a leziunilor poate să fie vindecată sau madidantă. Localizarea predilectă a acestei forme atipice este pe fața internă a coapselor, reg. inguinală, șanțul genito-crural, pe fese, regiunea axilară. Sunt unele forme de eczeme intertriginose cu localizare interdigitală, unde cu ocazia examenului microscopic punem în evidență ciuperci. Cauza epidermofitiei este epidermophytonul inguinale a lui Sabouraud.

B) **Trichofitiile pielii păroase**, fac parte din bolile pielii păroase a capului și „teignes tondantes“ după autorii francezi sunt cele mai contagioase și epidemice ce se pot observa în aglomerațiunile de copii. Din cauză că debutul acestor boli se manifestă prin prezența unor mici puncte peliculare, diseminate pe pielea păroasă a capului copiilor. (Dl. Doc. Dr. Cimoca) Depistarea lor se face numai după o lungă durată pe care timp a existat toate posibilitățile pentru răspândirea lor, în anturajul lor. Să fie deci o regulă pentru medicii de școală că pitiriza localizată pe pielea păroasă a capului copilului să fie analizat foarte minuțios și până la confirmarea sau infirmarea diagnosticului pozitiv făcut prin examenul microscopic; copilul

să fie tratat ca un trichofitic.

Trichofitiile pielii păroase a capului pot prezenta 2 varietăți :

I. *Tondantul trichofitic* (*Trichophytiazis capilliti tonsurans superficialis*), care este o trichofitie superficială a pielii păroase a capului sub aspectul unei tonsure. Se caracterizează prin leziuni diseminate numeroase sub forma unor plăci mici rotunde sau neregulate. Pe suprafața leziunilor persistă numeroși peri așa că depistarea acestor leziuni este imposibilă fără vre'un examen minuțios. Leziunile sunt eritematoase, policiclice, rotunde ovalare, confluate sau nu, cu cruste, cu scuame. Marginile leziunilor au o bordură proeminentă eritematoasă pe care se pot evidenția leziuni veziculoase. La partea centrală a plăcilor găsim scuame lameloase, ușor detașabile.

Alterațiunile părului de pe aceste teritoare sunt caracteristice. Părul aci este rarefiat, rupt în mare parte la nivelul infundibulului osteo-folicular. Acest teritor dă aspectul unei tonsure greșite cum arată și denumirea acestei afecțiuni : *herpes tonsurans*. Epilația părului nu este posibilă, fiindcă părul este friabil și se rupe. Culoarea părului de la periferia leziunilor este alterat, fiind mai grizat ca și când ar fi pudrat. Luciul părului este dispărut (este mat) și fiind mai subțire și cu elasticitatea scăzută se rupe foarte ușor. Inșă pe teritoriul leziunilor în unele locuri găsim și mici insule cu părul conservat. Friabilitatea părului lipsește la formele profunde (*Kerion Celsi*) cauzat de trichofitonul *ectothrix*.

Dacă pe pielea păroasă a capului sunt mai multe leziuni, din contopirea lor se formează leziuni policiclice cu margini eritematoase proeminente cu leziuni inflamatorii superficiale.

Trichofitia superficială mai are o localizare tranzitorie când tondantul trichofitic se întinde și pe pielea glabră (tondant trichofitic pe pielea păroasă a capului și trichofitie superficială pe pielea glabră).

Etiologie. Sabouraud distinde 2 tondante trichofitice cauzate de 2 trichofitoni bine diferențiați, cari se pot deosebi și pe baza alterațiunilor părului.

Tondanta cauzată de trichofitonul, care se cultivă cu culturi agminate se caracterizează prin fragilitatea părului.

Trichofitonii apar ca mici puncte negre pe o suprafață scuamoasă asemănători cu un comedon. *Trichofitonul* cu culturi crateriforme dă o tondantă cu peri bolnavi mai puțin fragili, cari se rup la 2—3 mm. deasupra orificiului folicular și adesea sunt indoși în scuamă sau recurbați în diferite sensuri. Părul are o culoare gri gălbue. Dacă *trichofitia* părului se vindecă, părul se regenerează ad *integrum*.

Diagnosticul *trichofitiei* pielii păroase pe baza caracterelor clinice nu este greu, dacă leziunile sunt tipice.

Diagnosticul clinic va fi confirmat totdeauna și prin :

Examenul de laborator (bacteriologic) când epilăm câteva peri și după degrașarea lor cu aether și alcool, prin adăugarea unei soluții de soda caustică (K OH) 20—40% încălzim ușor, când elementele (*trichofitonii*) parazitare devin vizibile. În unele cazuri dubioase facem culturi prin inculoarea părului și a scuamelor pe medii de cultură (Sabouraud, Grütz, etc.)

Diagnosticul diferențial se face cu: 1. *Seboarea*. Această afecțiune se caracterizează prin cruste groase, gălțui, grăsoase, fără alterațiunea a părului, la baza leziunilor avem fenomene inflamatorii.

2. *Alopecia areată*. Leziunile sunt rotunde lipsite de păr, pielea are aspectul normal. Părul cade în timp relativ scurt, evoluția boalei se face mai lent și fără fenomene inflamatorii.

3. *Favusul*. Godeurile perifoliculare, părul este subțiat, mat, cu elasticitatea normală, se poate epila bine, nu este friabil. Sunt atâtea ceracterele clinice, că declararea diagnosticului nu întâmpină dificultăți. La nivelul plăcilor favice observăm atrofie, cicatrizarea pielii și ca consecință avem o alopecie permanentă, față de *trichofitie* unde fanerele regenerează complet.

4. *Pitiriza* localizată pe pielea păroasă a capului poate determina bănuiala unei *trichofitii*, dar caracterele clinice și evoluția diferită sunt atât de deosebite încât această confuzie ar fi o raritate.

5. *Psoriaza* și 6. *Eczema* cu localizare pe pielea păroasă a capului sunt leziuni fără alterațiuni ale părului.

Evoluția. Este lentă. Durează săptămâni, luni de zile, dar în fine se termină cu regresiunea totală: *restitutio ad integrum*. Prin sterilizarea mecanică, prin radioepilație

sau thallium epilație și cu un tratament medicamentos antiparazitar bine făcut, vindecarea trichofitiei să face în condițiuni mai bune și mai repede. Recidivele sunt posibile din cauza focarelor latente, cari pot fi cauza autcinfecțiilor.

La copii au fost observate și vindicări spontane, fără nici o urmă în momentul pubertății. Această vindecare după Jesionek se datorește unor substanțe speciale cari iau naștere în momentul pubertății și ajungând în circulația sanguină sunt capabile de a modifica chimismul pielii, când mediul pentru sporirea ciupercilor de trichofiton va deveni nefavorabil.

Tratamentul va fi expus într'un capitol sepearat.

II. *Kerion Celsi* (forma profundă a trichofitiei localizate pe pielea păroasă a capului).

Este foarte frecvent la copii, mai rar la adulți. Se manifestă printr'o leziune mare, care la început are mărimea unei piesă de 20—100 Lei, apoi devine o umflătură mare, proeminentă, bine circumscrisă, roșie, granulativă și cu o suprafață, ciuruită din care la presiune iese un puroi gros, consistent. Această leziune poate lua aspectul unui neoplasm sau unei ciupercă cu o consistență foarte dură, dureroasă la presiune cu fenomene inflamatorii intensive, plăcile sunt acoperite cu cruste groase, la periferie găsim pustule perifoliculare numeroase. Dacă îndepărtăm crustele găsim o suprafață profundă erozivă, ciuruită cu mici găurele corespunzătoare foliculilor piloși dilatați din care la presiune iese un puroi gros din care ciupercile pot fi puse în evidență mai ales dinspre periferia leziunilor. Părul nu este alterat se epilează ușor nu este friabil, nu este decolorat fiindcă ciupercile sunt localizate în jurul părului, unde propagă leziuni inflamatorii. Sunt posibile infecțiunile mixte cu endothrix, când părul devine friabil, sau dacă trichofitonul este neo-endothrix. Nu se poate face examenul microscopic pe firul de păr care este epilat din placa supurativă, fiindcă trichofitonul este ectothrix, care prezintă caractere piogene foarte intensive. În general trichofitiile profund localizate și foarte supurative se vindecă relativ mai repede.

Supurația poate fi augmentată prin infecția secundară a plăcilor cu germeni piogeni (stafilococcus, streptococcus) când tumefierea ganglionilor regionali, limfangitele, dureri foarte mari cu temperaturi înalte sunt lucruri comune.

Etiologia. Trichofitonul *gypseum* și *avium* de origine animală produc la copii leziuni profunde pe pielea păroasă a capului, față de adulți unde dă sicoza localizată pe bărbie.

Complicațiunile. Sunt destul de frecvente. Supra infecția leziunilor cu agenți piogeni, limfangitele, adenite regionale sunt foarte dureroase. Uneori observăm și un lichen trichofitic caracterizat printr'un exantem papulopustulos perifolicular. Leziunile sunt produse de ciuperci cari din leziunile primitive sunt diseminate cu ajutorul curentului sanguin. Cultivarea ciupercilor din sânge a fost pozitivă, deci nu se poate considera că trichofitonii au ajuns așa de departe numai prin simpla continuitate.

Evoluția. Regresiunea se face în 6—8 săptămâni cu un tratament bine condus, cicatrizarea leziunilor se face destul de repede.

Tratamentul este expus în mod amănunțit la capitolul „Tratamentul trichofitiei profunde“.

C) **Trichofitia barbei** (*Sycozis parazitaria*, *Herpes tonsurans barbae*). Sicoza trichofitică sau parazitara reprezintă cca. 9—10% din totalul infecțiilor trichofitice.

Trichofitia barbei prezintă leziuni diseminate localizate, neregulate și asimetrice în caz de localizare bilaterală, regiunea subnarină și mușteța aproape totdeauna sunt respectate. Trichofitia barbei poate să fie primitivă sau secundară. Poate rezulta chiar și dintr'o trichofitie uscată la început. Leziunile trichofitice dacă sunt hipodermice sub forma unor noduli, evoluția boalei va dura mult timp, dar cu o localizare superficială sicoza durează mai scurt. În general aspectul clinic de *sycozis* este rezervat leziunilor nodulare profunde întradermice cu fenomene supurative exudative și proliferative.

Parazitul care produce aceste leziuni cu o „dermită profundă, supurativă“ face parte din trichofitonul *ectothrix* și este de origine animală. (cal, câine, porc, pisică, bou) și după observațiunile noastre este frecvent la plugari, păzitori de vite, cari au posibilitate de a se contamina cu acești paraziti. Trichofitonii sunt situați endo și peripilar.

Din punct de vedere clinic trichofitia barbei prezintă 2 tipuri distincte: a) *Tr. barbei* cu leziuni superficiale, ca la trichofitia pielei păroase a capului. Simptomatologia clinică

nu diferă, numai afecțiunea are localizarea deosebită.

b) *Tr. barbei cu leziuni profunde*, cu infiltrațiuni, abcese, tumefiere, granulațiuni, cu leziuni intradermice cu reacțiuni locale; dureri, tumefiere, limfangite, adenite regionale și uneori cu fenomene generale: temperatura etc. Uneori la acelaș individ avem combinația celor 2 forme. În general sub termenul de sicoza parazitară sau sicoza barbei înțelegem leziunile nodulare profunde intradermice supurative.

Evoluția clinică și simptomatologia trichofitiei superficiale a barbei nu diferă de loc de simptomatologia și evoluția trichofitiei pielei păroase a capului și așa diagnosticarea acestei forme, tratamentul ei va fi identic, cu cele expuse la capitolul trichofitiei pielei păroase.

Sicoza parazitară la început în faza inițială se caracterizează prin:

a) Leziuni eritematoveziculoscuamoase cu localizare pe față gât cu un prurit redus, având caracterele unei trichofitii superficiale. Părul din cauza că este anturat de spori și micelii care se sporesc enorm, are o culoare grizată ca și cum ar fi pudrat. Prin scărpinare și grataj ciupercile se inoculează profund și după 2—3 săptămâni — dacă nu este tratat — boala trece în faza II. a, caracterizată prin inflamația foliculului pilos, ce se manifestă prin leziuni pustuloase, perifolicare discrete, dure, sensibile. În locul acestor leziuni se dezvoltă niște infiltrate dure, granulativе, ca niște noduli perifoliculari, în centrul cărora apare o pustulă perforată printr'un fir de păr. Aceste infiltrate perifoliculare la început izolate confluează cât mai mult, așa în cât la fine dau naștere la infiltrate mai mari, proeminente cu aspectul unei tumori dure. Tumoara la început este izolată, mobilă, mai târziu devine imobilă, diformând regiunea cu o suprafață neregulată și crustuoasă. Crustele provin din concretizarea conținutului pustulelor. Dacă trichofitonul penetrează în derm. se formează vegetațiuni hipertrofice (forma vegetanta, atipică, a trichofitiei) *granuloma trichophyticum* descris în 1883 de *Majocchi*. Aceste leziuni intradermice sunt constituite ca și nodurile neoplazici dintr'un țesut de granulațiune însoțit de celule gigante și epiteloide și la mijloc găsim elemente trichofitice. În lucrarea lui *Vignolo-Lutati* găsim descrierea exactă a acestor noduli

cari sunt asemănătoare din punct de vedere anatomo-patologic cu granulomul tuberculos. (Reacțiunile celulare sunt în 3 zone concentrice în jurul unui nucleu de elemente trichofitice)

Părul deasemenea e alterat, e mai scurt, de culoare grizată, lăinoasă, se epilează mai ușor, își menține elasticitatea nu este friabil. Bulbul părului e înconjurat de puroiu ce îi dă un aspect de mătură alteori bulbul poate fi distrus de invaziunea paraziților. Dacă părul devine friabil cauza sicozei este un trichofiton neo endothrix.

Leziunile profunde la un moment dat se colicuează, se formează un abces, din care la presiune apar puncte de puroiu prin găurile corespunzătoare foliculilor piloși dilatați. Suprafața leziunii este ciuruită luând aspectul unei burete. În faza de tumefacție avem și simptome subiective: dureri violente; apoi febra și necesitatea de a reduce mișcările fiziologice sunt fenomene cunoscute.

Etiologia. Trichofitonul endothrix de origine animală (bou, cal, vacă) sau trichofinul neo-endothrix.

Diagnosticul este foarte ușor pe baza alterațiilor locale, infiltratele profunde dure, dureroase, leziunile eritematoscuamoase sunt atâtea caractere încât recunoașterea acestei afecțiuni nu întâmpină dificultăți.

Diagnosticul diferențial deosebim de :

1. *sicoza vulgaris non parazitaria* sau *foliculita stafilogenă* unde avem edemațiere, vezicule, pustule, scuame, se pot forma mici abcese perifoliculare, cari se vindecă cu cicatrici și cu distrugerea foliculului pilos. Părul nu suferă, își conservă culoarea cât și elasticitatea sa, se epilează greu. Leziunile nu sunt proeminente și evoluția fiind mai lentă față de evoluția acută a sicozei parazitare-punerea diagnosticului în cazuri tipice nu va fi greu. Pe de altă parte sicoza stafilogenă se vindecă greu, rezistă la tratament și recidivează destul de des. Dacă facem un examen microscopic nu putem confunda nici decum cele două sicoze cu etiologie, evoluție, prognostic și cu tratament cu totul deosebit.

2. *Stifilidele frambeziforme* sunt localizate în șanțul nasolabial și pliurile articulare în locurile încontinuu iritate macerate în forma de tumorete proeminente. Inșă evoluția este mai lentă, prezența și altor manifestațiuni cutanate

specifice, afectul primar în atecedentele și RWa. pozitivă sunt atâtea simptome cari pledează pentru sifilide frambezi-forme. Dacă aceste sifilide frambeziforme sunt localizate în regiunea barbei fără a produce infiltrate profunde, dureri, diformitate, au un aspect muriform foarte caracteristic.

3. *Sicoza sporotrichotică* cauzată de sporotrichon Beurmanii. Se manifestă prin dermatite, foliculite gome, prin alterațiuni cari interesează oasele (caries sporotrichotic), și articulațiile. Șancrul sporotrichotic caracterizat printr'o ulcerație profundă cu margini bine delimitate, fondul fiind acoperit de un strat necrotic de o consistență mai moale. Limfangita care duce la ganglioni regionali unde pot ivi gome sporotrichotice sunt caracteristice acestei afecțiuni. Evoluția este cronică (3-4 luni) și diagnosticul bacteriologic și însemnările sunt capabile de a decide diagnosticul.

4. *Sifilidele papulo tuberculoase* localizate pe bărbie sunt asociate cu alte manifestațiuni cutanate și mucoase, precum și cu RWa pozitivă.

Anatomia patologică și patogenia. Toxinele trichofitice în urma unei chemiotactism produc un edem, o reacție în dermă, infiltrația celulară perifoliculară, reacțiuni termice intense. Durerea se explică prin presiunea ce exercită infiltrațiunile asupra țesutului dermic și asupra elementelor nervoase.

Trichofitonul tip gypseum și avium la adulți cauzează sicoza parazitară, iar la copii cauzează Kerion Celsi.

Evoluția. Boala evoluiază destul de repede după 4-5 săpt. ajunge la faza supurativă. Recidivele sunt frecvente, unii autori au văzut câteva cazuri vindecate în mod spontan. În general formele profunde cari la aparență sunt mai grave se vindecă mult mai repede ca formele localizate mai „superficial“ cu trichofitice de origină umană.

Tratamentul. Este interzis aplicarea în faza de infiltrație orice pomadă. În această fază leziunile foliculare fiind pline de puroiu și prin aplicarea pomezilor s'ar produce un strat impermeabil din care cauză puroiul nu se poate scurge și așa leziunile alterațiunile vor deveni mai profunde.

La început vom epila părul cu pensa lui Kilian, vom aplica o doză epilatorie de raze X. După epilare îndepărtăm crustele prin compresă cu o soluție de acid salicylic, cu apă caldă și după eliminarea crustelor vom aplica cataplasme

calde, zilnic 10—15 ori. Aplicarea desinfectantelor ușoare cu acid boric 5%, sol. Burow 1:5—1:10, resorcină când fenomenele inflamatorii se vor regresa în 2—3 zile. Locurile fluctuente vor fi incizate, vom face reclarea leziunilor și aplicăm un pansament cu tifon iodoformat. După aceasta putem aplica unguent cinereum, sau precipitat alb de Hg. cu rezultate foarte bune. Dacă aceste medicamente ar produce iritațiuni, facem imediat compresă cu acid boric, sol. Burow, până la calmarea fenomenelor. Cu acest tratament în 2—3 săptăm. se poate obține rezultate foarte bune și vindecarea definitivă.

Dacă combinăm acest tratament local cu proteino-terapie (lapte, aolan, casein-yatren etc.) vindecarea este mult mai rapidă. Putem încerca și tratamentul etiologic, biologic, aplicând trichophytina cu doze progresive,

Complicațiunile posibile la trichofitia barbei sunt: supra-infecția, impetiginarea leziunilor și în unele cazuri s'a observat și lichen trichofitic.



Numărul bolnavilor trichofitici prezențați pentru consultații la Ambulanța Clinicei Dermato-Venereice din Cluj în decursul anilor 1926-1935.

TABLOUL I.

Anul	Numărul bolnavilor	Trichofitii pielei păroase	Trich. pielei glabre	Epidermofitii inghinală
1926	3834	29	17	3
1927	3671	31	18	5
1928	3663	32	22	4
1929	3839	39	24	7
1930	4284	38	30	7
1931	4614	31	23	8
1932	4388	52	48	9
1933	4568	46	31	6
1934	5482	72	19	4
1935	5184	37	19	8
Total :	43527	410	250	61

Deci afecțiunile dermatologice cauzate de trichofitoni (trichofitia pielei păroase, pielei glabre și epidermofitia inghinală) reprezintă 9-10% dintre toate afecțiunile dermatologice.

Dacă nu uităm la numărul cazurilor de trichofitii vedem că numărul cel mai mare de cazuri cade pe anul 1932-1934 când criza financiară a ajuns la apogeul său.

Dintre 410 cazuri de trichofitii pielei păroase a capului 260 se recrutează dintre copii cu vârsta între 0-10 ani, iar 92 de cazuri între 10-20 ani. Se poate spune cu drept cuvânt că trichofitia băntuie quasi epidemic printre copii din vârsta preșcolară și școlară.

În ceea ce privește frecvența infecțiilor trichofitice luând în considerație ocupația bolnavilor (vezi tabloul III.) găsim că este cel mai frecvent la copii (46.34%) la vârsta preșcolară, apoi la elevii școlilor primare și secundare (34.12%) în al treilea rând la plugarii (9.02%).

TABLOUL II.

Tablou despre infecțiunile trichofitice a pielii păroase după ocupația bolnavilor în anii 1926-1935.

	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	Total	%
Casnice.....	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0.25
Copil.....	14	13	18	17	16	10	19	27	35	21	190	46.34
Funcționari.....	—	2	—	1	—	1	1	—	1	1	7	1.71
Meseriași.....	1	1	—	1	1	2	2	—	2	—	10	2.44
Muncitori.....	—	2	—	—	1	—	2	—	10	—	15	3.70
Plugari.....	3	5	2	2	4	1	9	6	—	5	37	9.02
Servitoare.....	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	2	0.48
Servitori.....	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—	2	0.48
Soferi.....	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	0.25
Soldați.....	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	2	0.48
Studenti.....	—	—	—	1	—	—	—	1	1	—	3	0.73
Elevi } Sc. prim	11	6	11	16	15	17	18	10	23	13	140	34.12
Elevi } Sc. secund.												
Total:	29	31	32	39	38	31	52	46	72	37	410	

TABLOUL III.

Tablou despre vârsta și sexul bolnavilor trichofitici (trichofitia pielii păroase) din serviciul Clinicii Dermatologice din Cluj în anii 1926-1935.

Anul		0-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	Total	Total	%
1926	B.	10	10	—	—	2	1	—	23	29	7.07
	F.	6	—	—	—	—	—	—	6		
1927	B.	13	6	2	2	1	1	—	26	31	7.56
	F.	1	3	1	1	—	—	—	5		
1928	B.	16	5	1	—	—	—	—	22	32	7.80
	F.	9	1	—	—	—	—	—	10		
1929	B.	21	5	1	2	—	1	—	30	39	9.51
	F.	8	1	—	—	—	—	—	9		
1930	B.	20	6	—	2	1	—	—	29	38	9.27
	F.	7	2	—	—	—	—	—	9		
1931	B.	8	10	1	2	—	—	—	21	31	7.56
	F.	7	3	—	—	—	—	—	10		
1932	B.	19	9	8	3	1	—	—	40	52	12.70
	F.	10	2	—	—	—	—	—	12		
1933	B.	25	4	5	2	1	—	—	37	48	11.21
	F.	8	1	—	—	—	—	—	9		
1934	B.	31	12	8	2	1	—	—	54	72	17.56
	F.	15	3	—	—	—	—	—	18		
1935	B.	23	8	3	2	—	—	—	36	40	9.76
	F.	3	1	—	—	—	—	—	4		
									Total	410	

TABLOUL IV.

Repartizarea trichofitiilor pielii păroase a capului după localizare și forme anatomico-clinice în anii : 1926—1935.

	1926—1930	1931—1935	Total	%
1. Forme pure de trichofitie.				
Trichofitie superficială a pielii păroasă a capului.....	119	119	238	53.05
Trichofitie superficială a sprâncenelor	1	1	2	0.48
Trichofitie profundă a pielii păroase a capului (Kerion Celsi).....	15	23	38	9.27
Sicosa trichofitică a bărbiei } prof	5	2	7	1.71
} superf.	9	22	31	7.56
2. Forme combinate, variațiuni între formele superficiale și profunde a trichofitiei.				
Trich. superf. a pielii păroase capului + sicoza parazitară.....	—	3	3	0.73
Trichof. Super. a pielii capului + tr. sup. pielii glabre.....	8	23	31	7.56
Trichof. sup. a pielii păroase a capului + Pytiriazis verzicolor.....	—	1	1	0.25
Trichof. prof. a pielii păroase a capului + trich. sup pielii glabre.....	5	33	38	9.27
Trich. prof. pielii păroase a cap. + lichen trichofitic.....	1	2	3	0.73
Trichof. prof pielii păr. capului + sicoza parazitară.....	1	2	3	0.73
3. Forme combinate cu alte afecțiuni criptogamice.				
Trich. super. pielii păroase cap. + favus.....	2	—	2	0.48
Trich. sup. p. p. cap. + microsporiiază.....	—	3	3	0.73
4. Forme combinate cu alte efectiuni dermatologice.				
Trichof. prof. pielii păroase capului + scabie.....	—	1	1	0.28
Trichof. super. a pielii păr cap. + impetigo.....	3	6	9	2.20
	169	241	410	

EXAMENUL DE LABORATOR.

Pentru stabilirea diagnosticului etiologic se examinează la microscop părul din jurul leziunilor caracteristice pentru trichofitia pielii păroase a capului.

După clasificarea lui Sabouraud vorbim de: *trichofite megalosporică*, cu o localizare predilectă pe pielea păroasă a capului, care după natura ciupercilor în raport cu părul pot fi *trichophyton ectothrix* adică ciupercile cari nu intră în parenchimul părului ci numai în teaca epitelială externă unde se sporesc. Aici aparțin trichophyton de ordin animalic: rosaceum, avium, tr. equinum, tr. canis, tr. gypseum etc., cari se caracterizează prin proprietatea de a provoca inflamațiuni, leziuni profunde cunoscute sub numele Kerion Celsi.

Distingem ectothrix cu spori mari (5—8 μ) și ectothrix cu spori mici (3—4 μ) în scoarța însă pe care o formează parazitul în jurul părului aflăm un număr de filamente sporulate.

A doua varietate de trichophyton megalosporic este: *trichophytonul endothrix* care nu se găsește la animale numai la om, cauzând trichofitia pielii păroase la copii sau sicoza parazitara la adulți. Această specie dă leziuni profunde.

Trichofitia microsporică survine mai des pe pielea glabră.

La trichophytonul endothrix este o varietate endo — ectothrix, când ciupercile parazitează interiorul părului și mai găsim câteva filamente extrapilare, așezate pe suprafața părului.

Prin urmare trichophytonul au patru aspecte microscopice în raport cu părul:

- a) *trichophyton endothrix*
- b) *neo endothrix*
- c) *ectothrix megaspores* (5—4 μ)
- d) *ectothrix microides* (microsporoides).

Punerea în evidență a trichophytonilor din leziunile cutanate, din squame este dificilă, din cauza că trichophytonul în leziunile circinate ale pielii glabre este foarte polimorf.

Structura trichophytonilor în păr este monomorfă, fiind constituită din filamente miceliene paralele, compuse din

segmente scurte, fiecare segment are un înveliș celulozic și un conținut protoplasmatic. Segmentele miceliene sunt ceva mai lungi, decât largi, aranjate în lanțuri și reunite prin suprafețe articulare. Morfologia lor într'un preparat microscopic este atât de caracteristică încât recunoașterea lor este foarte ușoară.

Acești articli (segmente) fără să fie sporii adevărați (sunt numai sporii micelieni, organe vegetative de apărare) sunt numiți de dermatologiști „sporii“ și așa se vorbește despre un filament „sporulat“ dacă segmentele sunt scurți, și nesporulați dacă sunt segmentați la intervale mari.

a) *Trichophytonii endothrix* sunt caracterizați prin celule miceliene cu dublu contur cu cei doi diametri aproape egale, filamentul micelien este constituit din lanțuri de aceeași lărgime. Direcțiunea filamentelor este rectiliniară. Parazitul se află numai în interiorul părului umplând complet părul în forma unui sac plin de nuci cât țesutul normal abia se mai poate recunoaște. Diviziunea filamentelor se face prin dichotomie, însă ea este rară. Bifurcațiunea filamentelor se dirijează spre rădăcina părului.

b) *Trichophytonul neo-endothrix*. Acești paraziți sunt endothrix adevărați, pentru că între perii afectați totdeauna aflăm aspectul tipic de endothrix propriu zis. Prima leziune produsă de acești paraziți este epidermică. Filamentele parazitare din epidermul cornos pătrund în epidermul folicular. Aici filamentele se ramifică neregulat, în așa fel încât dispoziția în lanțuri a celulelor parazitare abia se mai recunoaște. De aci filamentele ajung pe suprafața părului și au tendința de a invadea parenchimul părului la jumătatea părții radiculare a părului. Când parazitul a ajuns în păr se dichotomizează și umple complet părul care devine friabil.

c) și d) *Trichophytonul ectothrix* se caracterizează prin faptul că părul prezintă serii lineare de spori mari și este anturat și de o rețea miceliană externă. Acest parazit invadează numai straturile superficiale a părului și paraziții sunt așezați între păr și teaca foliculară, formând un înveliș la nivelul porțiunii radiculare a părului. Acest parazit are două varietăți: *microides* și *megaspores*. *Trichophytonii microides* sunt piogeni și dau naștere la trichophiții supurate, însă sunt și printre ei unele spețe (tr. *rosaceum* și tr. *favi*,

form) cari nu cauzează leziuni supurative. Varietatea megaspores nu dă leziuni prafunde dar dă leziuni epidermice sau foliculare.

Punerea în evidență a trichophitonilor din leziunile pielii păroase a capului nu este o problemă dificilă. Se smulge câteva filamente de păr, dela nivelul leziunilor, se degresează cu alcool și ether, apoi macerăm cu sodă caustică prin încălzire lentă până când elementele devin vizibile. Dacă punerea în evidență a trichophitonilor nu este așa de ușoară și sigură, încercăm inocularea și cultivarea trichophitonilor.

Diferențierea diferiților trichophitoni nu are interese reale, fiind numai o curiozitate științifică, fiindcă tratamentul trichophiției cauzată de varietățile cele mai diferite este acelaș.

Însă prin examenul micologic, după creșterea ciupercilor pe diferitele medii, prin inocularea culturilor la cobai și prin examinarea morfologiei se poate pronunța că avem de a face în speța cutare.

Mediile nutritive întrebunțate pentru cultura și conservarea paraziților au la bază un zahăr, peptona și agar.

Mediul lui Sabouraud

Glucoza sau maltoza	6 gr.
Peptona	1 "
Agar	18 "
Apă	100 "

Mediul de probă „Grütz“

Peptonă „Knoll“	5 gr.
Se disolvă în câteva cmc, de apă încălzită ușor.	
Nervina — malz	80 "
Agar	1.8 "
Apă	1000 "
Se distribuie în tuburi și se sterilizează 3 zile consecutiv la 20' la autoclav.	

Mediul internațional

Miere de stup	8 gr
Peptonă	5 "
Agar	1.8 "
Apă	100 "

Mediul de conservare

Peptonă	3 gr.
Agar	1.8 "
Apă	100 "

Mediul de conservare „Grütz“

Peptonă „Knoll“	30 "
Se disolvă în câteva cmc. apă ușor încălzită	
Agar	18 "
Apă	1000 "

Examenul microscopic în clinica noastră în cazurile de trichophiție a pielii păroase a dat aproape totdeauna rezultate pozitive dacă tehnica a fost bună prin care ciurpercile au fost puse în evidență. Trichophitonul endothrix a fost mult mai frecvent. În unele cazuri am găsit menționat în foile de observație rezultatul inoculărilor pe mediile de cultură precum și varietatea trichophitonul violaceum și cerebri-

forme ar fi cele mai frecvente.

Analizând rezultatele obținute după examenul de laborator se poate constata că raportul între trichophitonul endothrix, față de ectothrix este 6:4.

Dr. Docent Cimoca a stabilit în studiul lui "Trichophitiile cutanate" (Cluj, 1928) că flora dermatofitică ardeleană se deosebește mult de aceea din regiunea Bucureștiului, care diferență este explicabilă în parte și prin diferențele profesionale. Făcând o comparație între micozele pielii păroase găsim că la noi formele profunde supurative, cauzate de tr. ectothrix sunt mult mai frecvente.

Examinarea microscopică a trichophitonilor este foarte importantă și trebuie să o facem în toate cazurile de afecțiuni cutanate, unde avem bănuială cea mai mică că aceea afecțiune poate fi cauzată de paraziți criptogamici. Grație acestei cercetări sistematice și minuțioase cunoaștem că o serie de afecțiuni eczematiforme sunt de origine parazitară, fiindcă numai așa putem combate aceste afecțiuni cu un tratament cauzal.

TRATAMENTUL TRICHOFITIILOR PIELEI PĂROASE A CAPULUI

(superficiale și profunde).

Tratamentul în liniile generale este identic cu programul terapeutic pe care-l aplicăm la tratamentul dermatomicozelor cutanate. Fiindcă trichofitiile mai ales în ultimul timp bătut printr-o populație săracă, unde multe ori apare quasi epidemic, mai ales în orfelinate, școli, instituții pentru orbi, surdomuși, etc. nu va fi inutil de a expune și tratamentul preventiv acestei dermatomicoze.

A) TRATAMENTUL PREVENTIV

Chiar părintele micologiei moderne Sabouraud a stabilit că „numărul micozelor este în funcție de cultură”. Țara noastră fiind o țară agricolă și populația din sate nu prea are cunoștință despre noțiunea de igienă și despre infecțiozitatea micozelor se impune să răspândim cunoștințele achiziționate în domeniul micologiei, prin școli pentru copii și în public pentru părinți, pentru că numai așa putem

reduce numărul mare al trichofitiilor cari se recrutează din mediul rural. Ar fi foarte bine de s'ar înzestra aceea sumă care se pierde în urma cheltuelilor necesare pentru tratamentul micozelor în fondul scopurilor propagandiste. de a clarifica populația despre formele clinice, despre infecțiozitatea trichofitiilor și despre prevenirea lor, fiindcă este un lucru foarte bine cunoscut că numărul cazurilor de trichofitie într'o aglomerație crește foarte repede și foarte mult dacă nu se iau prevențiuni pentru înlăturarea celor afectați și nu facem toate cele necesare pentru a evita infecțiunea celor sănătoși.

B) TRATAMENTUL CURATIV

Trichofitonul fiind foarte sensibil față de antiseptice, distrugerea lor va fi prin mijloace chimice. În general tratamentul trichofitiilor este identic cu acela al dermatomicozelor în general. Prin mijloacele noastre terapeutice trebuie să distrugem ciupercile sau să facem terenul impropriu pentru dezvoltarea lor. Distrugerea formațiunilor de ciupercă se face prin antisepticele, desinfectante. Iar transformarea impropriu a terenului pentru dezvoltarea lor se face prin epilație mecanică, Roentgen epilație, și Thallium epilație. În liniile generale trebuie să amintim și tratamentul trichofitiilor cutanate, localizate pe pielea glabră, fiindcă această formă însoțește foarte multe ori trichofitiile pielii păroase.

I. TRATAMENTUL TRICHOFIȚIEI LOCALIZATE PE PIELE GLABRĂ

Ciupercile pot fi distruse grație localizării lor superficiale în straturile superioare ale pielii, prin medicamentele antiseptice sau chiar antiparazitare.

Badijonarea pielii cu alcool iodat 1% sau cu tinctura iodi diluată cu spirt 96°. — ana partes dă serviciile foarte bune fiind un medicament eficient și ușor de procurat. Se badijonează leziunile și pielea sănătoasă din jurul leziunilor 3 ori pe zi; dimineața și seara și dacă pielea tolerează bine fricțiunile se poate urca concentrația până la tinctura de iod concentrată. După distrugerea ciupercilor se aplică o pastă zincată simplă sau cu resorcină 3% când în timp de 3—4 zile putem obține vindecări definitive, dacă fricțiunile au fost bine făcute și au fost energice.

O altă serie de medicamente — mult mai scumpe, dar nu dau rezultate superioare — sunt: *pyrogalolul* în alifie sau în vazelină $\frac{1}{2}$ —1% *chrysarobina*, *anthrarobina* 1—2% în alifie; ol. cad, ol. de fag 5% unguent cinereu sau precipitat alb de mercur în alifie 5—10% aplicate timp de 8—10 zile. Nu se poate aplica aceste medicamente antiparazitare puternice la indivizi predispuși la eczemă. Dacă în timpul tratamentului survin inflamațiuni, dermatite medicamentoase, suspendăm tratamentul și facem tratamentul obișnuit al dermatitelor cu mixtura agitantă sau cu pudraj cu o pudră indiferentă, cum este talcul de ex.

Dacă leziunile de trichofitie superficială a pielii glabre prezintă fenomene inflamatorii, după aplicarea compreselor antiflogistice și regresarea inflamației vom face aceeaș tratament ca la trichofitiile simple ale pielii glabre.

II. TRATAMENTUL TRICHOFIȚIILOR PIELEI PĂROASE

Indiferent de forma clinică, tratamentul constă din: a) sterilizarea mecanică a pielii păroase și b) epilația totală a părului.

a) Sterilizarea mecanică. Se obține prin medicațiunea decapantă, cheratolitică, care este un tratament medicamentos. Cu acest scop se poate aplica loțiuni, comprese sau pomezi cu substanțe chimice cari au o acțiune cheratolitică, decapantă. *Vaselina salicylată* 5—10%, *oleu salicylat* 10% este medicamentul cel mai des folosit pentru îndepărtarea maselor patologice, de pe suprafața pielii. Acest tratament decapant, care este un tratament sterilizat pregătit este foarte important fiindcă dacă crustele și celelalte produse patologice nu sunt în mod suficient depărtate, atunci acțiunea medicamentului suveran antiparazitar nu poate distruge paraziții din straturile profunde ale pielii și din foliculul pilos. Pentru înmuierea crustelor se aplică și comprese cu acid boric sau cu resorcină (comprese calde) după care spălăm pielea păroasă a capului cu apă caldă și săpun pentru îndepărtarea masselor patologice. Dacă este vorba de o trichofitie profundă, supurativă, la început aplicăm comprese antiflogistice cu Burow și după regresiunea fenomenelor inflamatorii continuăm tratamentul cu medicamentele antiseptice.

1. *Tinctura iodli* este medicamentul antiparazitar cel

mai bun. Se întrebuițează pentru badijonări cu rezultate foarte bune, singurul inconvenient ce prezintă că poate determina la unii indivizi o dermatită. Diluat cu spirt în părți egale, se întrebuițează ca alcool iodat 1%. Deobicei facem fricțiuni energice cu un tampon înmuiat în alcool iodat 2—3 ori în cursul zilei. Concentrația soluției se poate ridica până la tinctura de iod concentrată.

1. *Ac. pyrogallic* se întrebuițează în alifie în concentrația 1/2%. Are o acțiune antiparazitară foarte puternică, dar prin întrebuițarea lui îndelungată pot ivi leziuni, iritațiuni renale.

3. *Hg. precipiat alb.* În concentrație 2% are o acțiune foarte bună și sigură.

4. *Sulf precipitat.* Ca la scabie și aici se poate folosi sulful ca un medicament antiparazitar. După întrebuițare îndelungată ca o complicație poate surveni o dermatită, când tratamentul trebuie să fie suprimat până la calmarea fenomenelor de dermatită.

5. *Zinnabar* în pasta 1% *cygnolin* în mixtura agitantă sau în pasta 1—3%. *Anthraxolin* sunt medicamente antiparazitare mai puțin întrebuițate.

6. *Oleu de cad* este un medicament excelent și împreună cu alcool iodat formează baza tratamentului antiparazitar în trichofitii. Afară de acțiunea sa desinfectantă, antiparazitară, mai acționează ca și o substanță cheratolitică, care se combină și cu o acțiune calmantă a pruritului. Se aplică acest medicament prin aplicarea unei pomezi de 2—5% după toleranța bolnavului în fiecare seară, se spală cu apă și săpun în fiecare dimineață și se înlocuiește prin fricțiune riguroasă și perfectă cu alcool iodat 1% dându-ne rezultate excelente.

7. *Chrysarobina* un medicament antiparazitar care își exercită acțiunea sa prin reducere. Colorează pielea în roșie-brună, produce o rubefacție, până la dermatite. Se întrebuițează 2—5% în alifie, colodiu. Dacă se resoarbe în cantitate mare poate determina nefrită.

8. *β naphtholul* un medicament excelent cu acțiune antiseptică, cheratolitică antipruriginoasă. Se întrebuițează în soluții (cu spirt) sau în alifie sau în pastă 2—10%. Pe o suprafață cutantă mai întinsă se poate rezorba și determina o nefrită.

9. *Balsam peruvian* conține un ester organic aromatic care prezintă o acțiune antiparazitara și antiseptică excelentă și ajută cheratinizarea foarte mult. Singurul inconvenient a lui este că prețul balsamului peruvian este foarte scump.

10. *Cygnolina* este un medicament obținut prin cale sintetică (dioxianthranol) și înlocuiește chrysarobina. Fiind un medicament mai activ se prescrie în concentrațiuni 1/2 – 2% în alifii sau în mixtura agitantă.

Mai jos redau câteva rețete aplicate la ambulanța clinice dermatovenereice sau la clinică cu rezultate foarte bune.

1) Pentru trichofitia pielii glabre :

Rr.

Chrysarobin 2.5–5.0

Chloroform 45.0

M. D. S. Pt. fricțiuni

Rp.

Chrysarobin 3.0

Traumaticin 30.0

M. D. S.

Rp.

β Naphtoli 3.0

Spir sapo kal 30.0

M. D. S. pt. fricțiuni

Rp.

β Naphtoli 3.0

Săponi viridi 10¹.0

M. D. S.

Pentru trichof. prof. pielii glabre

Rp.

Ac. pyrogallici

Ichtyoli aa 5.0

Ac salicyl 2.0

vas ad. 100.0

M. f. Ungu.

Rp.

Anthrarobin 1.0

Thumenol 4.0

Aether sulf. 15.0

Tinct. benzoes 30.0

M. D. S.

Rp.

Anthrarobin 3.0–5.0

Tinct. benzoes 30.0

M. D. S.

2) Pentru trichofitia pielii păroase.

(Pentru fricțiuni zilnice)

Rp.

Balsam peruv

Ol. sesami aa. 50.0

M. D. S.

Rp.

Chrysarobin 10.0

Traumaticin 100.0

(Nu se aplică pe față. Se spală cu spirt de sublimat 1:500)

Rp.	Rp.	Rp.	
Ol. cadini	Ol ruscl 15.0	Ac. borici	2.0
Resorcini	Lact sulf 10 0	Ac acet cryst	1.0
Ac. salicyl aa. 5.0	Spir. s�p. Kai 25.0	Chloroformi	5.0
Sulf precip 10.0	Spir. lavand 50.0	Spir vini rect. 100.0	
Vas. flav. amer. 90.0	Bal. peruv 1.5	M. D. S.	
M. D. S. pt. seară	Naphtoli β 0.50		
Diminea�a se va spăla	M. D. S.		

b) Epilația părului. Prin tratament medicamentos nu putem ac iona asupra agentului patogen, care foarte multe ori este inclus în interiorul părului, sau în foliculul pilos, unde penetra iunea medicamentului este  nsuficient   i ca urmare distrugerea parazi ilor va fi imposibilă. Prin eliminarea mediului favorabil pentru dezvoltarea parazi ilor care se face prin epilație putem asigura condi iuni neprielnice pentru  nmul irea trihofitonilor  i ca consecin  evitarea reinfect ii foliculilor pilo i cari până acum au fost s n to i. Această epilație se face prin diferite metode: epilația fizică (cu pens )  i epilație cu razele Roentgen  i mai nou epilație cu acetat de thalliu. Mai există o metodă combinată, radio-epilație + acetat de thalliu.

1. Epilația părului cu ajutorul razelor X.

Nu există nici un serviciu de dermatologie bine dotată unde să nu aplice acest tratament comod  i sigur pentru epilarea pielei păroase. Proprietatea epilatorie a razelor Roentgen a fost observată chiar la început, cu ocazia stabilirii unitătilor quantitometrice (cantitatea razelor X)  i ca o unitate a fost hot r t   i doza de epilație care corespunde la 5H. după Holz knecht  i 10 x după Kienb ock.

Propriet ile razelor X asupra organismelor vii  i asupra celulelor  i  esuturilor vii în corpul omenesc au fost de mult constatate însă „cuno tin ele noastre asupra fenomenelor intime biologice sunt foarte reduse, încă mecanismul intim al ac iunii razelor Roentgen asupra celulei vii, este încă de domeniul ipotezei“, (Dr. D. Negru).

Efectul epila iei cu Roentgen se datore te cauzelor directe  i indirecte. In vitro s'a experimentat că mediile de cultură de trihofiton expu i sub acțiunea razelor X (2 sau 3 ori doza de epilație 10-15 H. sau 20-30 X etc) n'au suferit nici o vătămare în ceea ce prive te vitabilitatea lor. Pe baza acestei experien e nu se poate g ndi sub nici un

motiv la distrugerea și omorârea trichofitonilor prin razele X. Foliculul piros în urma iradiației cu razele X suferă o degenerescență și o inflamație în așa fel, că căderea părului s'ar corespunde acestor cauze. Speier explică căderea părului prin schimbarea și modificarea concentrației ionilor H. la nivelul celulelor, când în urma iradiației cu razele X, mediul (din foliculul pilos) va deveni nefavorabil pentru viabilitatea sporilor de trichofiton rămași acolo. Nu este încă complet precizat că din eceste ipoteze cât corespunde realității?

Razele Roentgen în scop de epilatie se aplică după metoda lui Kienböck în 5 segmente administrând pentru fiecare focar o doză de epilatie 5 H. sau 477.5 r ($1\text{ H}=95.5\text{ r}$). După Thiesen este bine să întrebuițăm pentru epilatie o doză între 370 r.—450 r. Valoarea dozei de epilatie în unele locuri crește, cu 20—30% din cauza că razele din segmentele de iradiație vecine se încrucișează, se suprapun și raze dispersate intensifică acțiunea razelor pentru epilatie. Grație constatărilor că pentru o epilatie este nevoie de o cantitate de raze X care variază între 370 r.—450 r. avem un avantaj că putem folosi lungimi de unde diferite, filtre din diferite metale și cu diferite grosimi, voltaj și M. A. după nevoie, numai atât se cere ca valoarea razelor cari cad pe un segment să fie cel puțin 370 r.

Complicațiunile posibile în urma radio epilatiei cari au fost observate într'un număr foarte mic de cazuri și la pacienții iradiați în serviciul nostru sunt: ascenziuni de temperatură, nausea, simptome cerebrale. Aceste neplăceri sunt ușor evitabile dacă iradiația se face pe 5 segmente (câmpuri).

După iradiație facem spălături zilnice cu apă și săpun. Dacă bolnavul prezintă leziuni crustoase, suprafețe erozive pe pielea păroasă a capului, este consult să nu începem tratamentul radioterapic (cu scop epilator) numai după vindecarea acestor leziuni erozive până la epidermizare.

2. Epilatia temporară a părului cu acetat de thalliu.

Acetat de thalliu este un medicament foarte prețios în mâna medicului în combaterea dermatofitiilor regiunilor păroase.

Acest tratament oferă serviciile cele mai mari la micotici sub vârsta de 3 ani, la care radioepilatia întâmpină dificultăți.

Indicația și contraindicația epilației cu ajutorul acetatului de thalliu a fost pusă la punct de Buschke și Sabouraud. Doza optimală este 8 mgr. pro kg. de greutate. Peste vârsta de 12 ani renunțăm la epilația cu acetat de thalliu, deoarece cantitatea medicamentului calculată pe kg. de greutatea este prea toxică pentru organism. Epilația se începe după 3—4 săptămâni, părul se regenerează după 2—3 luni.

Dl. Docent Cimoca în urma unei observațiuni minuțioase la micotici unde s'a administrat acetat de thalliu cu scop epilator a constatat că micoza recidivează cca în 27%. Cauza acestei recidiveri este epilația incompletă a părului și regenerarea a lui rapidă. Inșă acest inconvenient nu exclude ca acest tratament comod și care stă la îndemână tuturor medicilor să nu fie folosit și în viitor pentru tratamentul și combaterea micozelor din mediul rural unde nu avem aparate de Roentgen.

După administrarea medicamentului avem ca simptoame accesorii: albuminurie, tachicardie, dureri lancinante, dureri de cap, stări tetaniforme, hemoragii mucoase cari sunt trecătoare și trec fără nici un tratament și inconvenient. Cercetările farmaco-dinamice caută să și explice acest fenomen epilator prin acțiunea thalliului asupra sistemului simpatic.

În fine există o metodă combinată: roentgen-thallium aceticum epilație, unde din fiecare metodă dăm doză jumătate epilatorie, adică $\frac{1}{2}$ doze de raze X pentru epilație și $\frac{1}{2}$ doze acetat de thalliu. — Acest tratament combinat și foarte mult aplicat de Buschke, Langer, Schayer nu dă rezultate superioare și vine în combinație numai la copiii în vârsta de 12—16 ani, când administrarea acetatului de thalliu este contra indicată.

TRATAMENTUL TRICHOFIȚIILOR PROFUNDE A PIELEI PĂRGASE A CAPULUI

Când trichofiția ia o formă profundă, vindecarea ei este mai dificilă. La o localizare profundă a acestei afecțiuni, nu putem începe sterilizarea noastră chimică și mecanică până când n'am eliminat fenomenele inflamatorii și leziunile supurative profunde. Fiindcă altfel efectul medicamentului aplicat va fi ineficace

Cu acest scop aplicăm comprese antiflogistice cu sol.

Burow cu sol. resorcină 2% pentru comprese calde, putem aplica și antiflogistica sau comprese cu o pânză impermeabilă (dunst). Dacă fenomenele inflamatorii s'au redus, aplicăm razele X cu scop de epilație sau copiilor administrăm doza suficientă de acetat de thalliu cu scop de epilație. Abcesele profunde multe ori se regresează în urma tratamentului antiflogistic, dacă aceasta nu se întâmplă facem incizia abceselor raclarea lor cu lingura lui Volkmann și aplicarea pansamentului cu tifon iodoformat. Mai putem stimula și organismul bolnavului cu *proteinoterapie* când în urma temperaturii înalte se observă cazuri foarte frumoase și rapide de vindecare.

Această proteinoterapie este un tratament foarte comod și se face cu lapte, aolan, yatren—casein, sulf—oleina, trichoyatren etc.

1. Prin injecția intragluteală de *lapte fiert* sau mai bine ținut trei zile consecutiv la baia marină 60° timp de 15' în doze de 5—10 cm³ se poate obține o reacțiune febrilă 38—39.5°. Laptele dăm în doza crescândă și la interval de 3—4 zile până la reducerea fenomenelor locale. Peste 10 cm³ nu administrăm fiindcă s'au observat cazuri de cachexie proteinogenă în urma injecțiilor de lapte.

2. *Aolan* este un preparat comercializat de lapte foarte scump și după experiență nu dă rezultate superioare laptelui.

3. *Yatren—casein* este combinația Yatrenului 105 (care este un derivat oxychinolinic sarea acid, 5 sulf — 7 iod — 8 oxychinolin + natriu CO₃ cu un conținut cca 26.5% iod) cu caseina. — Așa acțiunea proteinoterapiei se combină cu acțiunea desinfectantă a yatrenului. Dă rezultate foarte bune în caz de trichofitii profunde cu supurațiuni întinse.

4. *Tricho—Yatren* este combinația trichofitinei cu yatren 105. Administrarea casein—yatrenului este deosebită după cum produsul este mai tare sau mai slabă. Din yatren—casein „schwach“ (3% yatren + 25% casein) se dă 0.5—2 cm³ i. m. Din Doza „stark“ (3% yatren + 5% casein) 1—2 cm³ i. m. sau se poate aplica și în injecții intravenoase în doza de 0.5—2 cm³,

După reducerea și dispariția leziunilor profunde vom proceda ca la trichofitii superficială a pielii păroase, adică facem sterilizarea chimică prin badijonări energice cu

alcool iodat și aplicarea unguentului cad 5⁰/₀ peste noapte. La nivelul leziunilor profunde aplicăm ung.-cenușiu. Din când în când facem controlul microscopic și după câteva rezultate negative vom considera că boala s'a vindecat.

TRATAMENTUL BIOLOGIC (cu trichophytina) A TRICHOFIȚIILOR

Casele de produse farmaceutice au produs biologic pentru tratamentul și diagnosticul trichofitiei.

Trichophytina produsă de casa „Behring“ este un preparat polivalent de produse metabolice solubile și de substanțe celulare ale diverselor varietăți de trichophitoni.

Acest preparat se poate folosi cu scop de diagnostic ca antigen. Pentru acest scop se injectează intracutan 0.1 cm³ din diluție 1:50 cu apă fenicată 0.25%. După 24—48 ore la nivelul injecției se formează o papulă roșie eritematoasă la care se adaugă și fenomene generale (reacțiuni de focar, temperatura etc) însă valoarea acestor injecțiuni cu scop de diagnostic este foarte redusă fiindcă în cazurile de trichofitie deodată recentă, reacțiunea devine negativă. Reacțiunile pozitive se observă numai în cazuri de leziuni profunde inflamatorii.

Acest tratament administrat cu doze succesive 0.10, 0.20 din o soluție diluată de trichophitine 1:50 dat în fiecare a 4-a zi până la injecția vaccinului nediluat dă rezultate foarte frumoase în tratamentul trichofitiilor supurative profunde, regresiunea impresionată a procesului inflamator.

Unii autori au încercat administrarea *urotropinei* în soluție 40% (5—10 cm³) intravenos și trichophytina în doze crescânde, susținând că regresiunea fenomenelor inflamatorii s'ar produce mult mai repede.

Tratamentul trichofitiei care cere un timp indelungat și paciență din partea bolnavilor. După observația celor 131 cazuri observate la clinica noastră am putut constata că tratamentul a dat rezultat în toate cazurile, când pacienți au așteptat timpul când pe baza examenelor microscopice repetate au fost declarați „vindecați“. Inșă vindecarea completă a trichofitiilor din nefericire nu este prea frecventă,

fiindcă din aceste 131 cazuri numai 36 au plecat din serviciul clinicei complet vindecați. Bolnavii cari au stat sub 10 zile au plecat nevindecați, fără nici o ameliorare, fiindcă acest scurt timp a fost insuficient pentru tratarea leziunilor trichofitice, care cere un timp de tratament foarte îndelungat și un tratament minuțios.

Mai jos predau un tablou din care se poate vedea urmările tratamentului la pacienții noștri (131 după numărul zilelor):

TABLEUL V.

Numărul zilelor	Vindecați	Ameliorați	Nevindecați
0 - 10	—	4	7
11—20	1	10	—
21—30	5	37	—
31—40	9	17	—
41—50	4	8	—
51—60	7	3	—
61—90	4	8	—
91—120	5	1	—
121—150	1	—	—
	36	88	7

REDAU MAI JOS ÎN REZUMAT CÂTEVA FOI DE OBSERVAȚIE:

D. C. 9 ani elev. Boala datează de 4 luni. Dg.: Trichofitje prof. a pielii păroase a capului. Trichofitje superf. pe menton. Lichen trichofitic. Tratament: Vaselină salycilată, vas. boricată, Radioepilație, Comprese cu sol. Burow, Ung. Cinereum, Reclaj cu lingura lui Volkmann. Ameliorare, a fost tratat timp de 28 de zile.

G. I. 46 ani, plugar. Boala datează de 5 zile. Dg.: Sicoza paratizară a barbei. Trat.: Radioepilație, vas. salycilată. ung. cinereum, epilația barbei, raclaj cu lingura lui Volkmann. Ameliorare după 27 zile de tratament.

Z. D. 6 ani copilă. Boala datează de 3 luni. Dg.: Trichofitje pielii păroase a capului. Pediculoza capului și vestmintelor. Trat.: Pétrol ol. olivarium aa, vas. salycil, Radioepilație, ung. pyrogallol $1/20/0$, alcool iodat, epilație. Vindecată după 91 de zile de tratament.

O. J. 37 ani plugar. Boala datează de 4 săptămâni. Dg.: Trichofitje profundă pielii cotului. Trat.: Röntgen, comprese calde cu resorcină, raclaj cu lingura lui Volkmann, Hg. pp. $2/0$, comprese cu sol. Burow. Ameliorat după un tratament timp de 10 zile.

M. A. 6 ani copil. Nu poate preciza apariția boalei. Dg.: Trichofitje superf. pe pielea păroasă a capului și pe pielea glabră. Impetigo. Angulus infecțios. Trat.: Röntgen, Hg. pp. $2/0$, alcool iodat $1/0$, ung. pyrogallol $1/20/0$, ol. cadini $5/0$ în vaselină. Vindecarea în 34 de zile.

S. Gh. 3 ani copil. Boala datează de 1 an. Dg.: Trichofitje superficială a pielii păroase a capului. Trat.: Vas. salycil, ol. cadini $5/0$, Röntgen, Tra. iodi, alcool iodat $1/0$. Ameliorare după un tratament timp de 68 de zile.

Sz. V. elev, 8 ani. Boala datează de 1 an. Dg.: Kerion Celsi pe cap, Impetigo pe corp. Trat.: Vas. salycil, Röntgen, Epilație mecanică, Hydr. praecip. $2/0$, Sol. Burowi pentru

comprese, alcool iodat, ol. cadini 5%. Vindecare în 24 de zile.

F. I. 13 ani servitor. De 2 săpt. prezintă leziuni pe cap. Dg.: Trichofitie superficială a pielii păroase a capului și trichofitie superficială a pielii glabre. Lichen trichofitic. Trat.: Röntgen, alc. iodat 1%, ol. cadini 5%, Sol. Burowi pentru comprese, vas. salicyl, ung. cinereum. Ameliorare în 65 zile.

B. N. 19 ani, plugar. De 6 săpt. are leziuni pe cap. Dg.: Trichofitie superficială pielii păroase a capului și a feței, trichofitie profundă pielii păroase a capului. Trat.: Raclarea leziunilor cu lingura lui Volkmann, Röntgen, ung. cinereum pe leziuni, alc. iodat, ol. cadini 5% vas. boricată Ameliorare în 19 zile.

S. B. 4 ani, copil. De 1 an leziuni pe cap. Dg.: Tondant trichofitic pe pielea păroasă a capului. Impetigo contagios. Oreillon. Trat.: 160 mgr. acetat de thalliu — greutatea copilului 20 kgr.: — vas. salicyl. comprese cu sol. Burowi, alcool iodat, ol. cadini. Epilația se începe după 14 zile dela data administrării acetatului de thalliu. Ameliorare după 37 de zile de tratament.

P. I. 6 ani copil. Dg.: Tondant trichofitic pe pielea păroasă a capului. Impetigo contagios. Granuloame trichofitice. Trat.: 160 mgr. acetata de thalliu — Greutatea copilului 20 kgr. — Vas. salicyl. 1%, alc. iodat ol. cadini. Arg. nitr. 5% Ameliorare după 37 zile de tratament.

F. I. 5 ani copil. Boala datează de 8 luni Dg.: Tondant trichofitic pe pielea păroasă a capului. Impetigo contagios. Trat.: acetat de thalliu 130 mgr. — greutatea copilului 17 kgr. — Alc. iodat, ol. cadini, hydrarg. praecip. 2%, arg. nitr. 5%. Ameliorare în 37 zile.

M. Gh. 4 ani, copil. De un an are leziuni pe cap. Dg.: Tondant trichofitic al pielii păroase a capului. Impetigo contagios. Trat.: acetat de thalliu 130 mgr. — greutatea copilului 16 kgr. — alc. iodat, ol. cadini 5% în alifie, Arg. nitr. precipitat alb de mercur 2%. După 37 de zile de tratament părăsește clinica ameliorat.

F. I. 5 ani, copil. Boala datează de 1 an. Dg.: Tondant trichofitic al pielii păroasă a capului. Impetigo contagios. Trat.: Acetat de thalliu 140 mgr. — greutatea copilului: 17.50 kgr. — Vaselină salicylată, alc. iodat, ol. cadini.

Arg. nitr., precipitat alb de mercur 2%. Ameliorare după 37 zile tratament.

C. M. 7 ani, copil. Dg.: Tondant trichofitic, al pielei păroase a capului. Trat.: Vas. salycil, alc. iodat, ol. cadini 5%. Acetat de thalliu 140 mgr. — greutatea copilului: 17.50 kgr. — anthrarobina 1%. ol. zincat, thigenol. După 55 zile de tratament plecat vindecat.

B. S. 17 ani, ucenic. De 2 săpt. are leziuni pe cap. Dg.: Trichofitie superficială pe pielea păroase a capului și a pielea glabre. Trat.: Röntgen, alc. iodat, comprese Burow, anthrarobin 1%. După 32 zile de tratament i se face un tratament de 69 zile.

S. M. 8 ani, elevă. Boala datează de 8 luni. Dg.: Trichofitie superficială a pielei păroase a capului. Trat.: Röntgen, tinct. iodi ol. cadini 5% vindecare după 43 zile de tratament.

A. O. 9 ani, elev. De 4 săpt. are leziuni pe cap. Dg.: Trichofitie superficială și profundă pe pielea păroasă a capului. Trichofitie superficială pe pielea glabră. Trat.: Röntgen, Comprese cu Burow, vas. Salicylată, ol. olivarium, ol. cadini 5%, Raclarea leziunilor profunde, ung. cinereumm, alifie cu pyrogallol 1.20%, Iradiație cu quartz, alc. iodat, pasta cu zinnabar, injecții intramusculare cu Aolan (1, 2, 3, cmc.) 49 zile vindecat.

M. Tr. 31 ani, frânar. Boala datează de 1 lună. Dg.: Sicoza parazitara, trichofitie profundă pielei păroase a capului. Trat.: Röntgen deschiderea abceselor, pansament cu tifon iodoformat, sol. Burow pentru comprese, precipitat alb de mercur 2%, ung, cinereum. Amelioare după un tratament de 17 zile.

P. V. 34 ani, zidar. Boala datează de 1 lună. Dg.: Sicoza parazitara. Trat.: Sol. Burowi pentru comprese, Röntgen, ung, cinereum, precipitat alb de mercur. Pleacă ameliorat după 21 zile de tratament.

B. S. 8 ani, elev. Boala datează de 25 de zile. Dg.: Trichofitie profundă a pielei păroase a capului și trichofitie superficială a pielei glabre. Lichen trichofitic. Trat.: Sol. Burowi pentru comprese, tinct. iodi, Röntgen, ung. cinereum, vas. salicylată, alcool iodat, ol. cadini 5%. Ameliorare după 74 zile de tratament.

A. J. 7 ani, copil. Nu poate preciza începutul boalei

sale. Dg. : Trichofitje superficială a pielii păroase a capului. Cecitate. Trat. : Röntgen, alcool iodat, ol. cadini 5% în alifie. Vindecat după 35 zile de tratament.

P. A. 37 ani, muncitor. Boala datează de 3 săpt. Dg. : Trichofitje profundă a barbei și a pielii păroase a capului și a pielii glabre. Erisipel pe față. Trat. : Vas. salicylată 10%, Röntgen, comprese cu resorcină, Aktoprotin 2 cmc. (i. m.) după 3 zile 5 cmc. lapte (i. m.) 5 cmc. autosânge, 7,5 cmc. autosânge, 5 cmc. electrargol, badijonări cu ichtiol glycerină, comprese cu sol. Burow, delimitarea erisipelului cu creionaj de Nitr. de argint, 10 cmc. autosânge, precipitat alb de mercur, incizia leziunilor profunde, pansament cu tifon iodoformat. Vindecare completă după 57 zile de tratament.

T. N. 10 ani, copil. Boala datează de 2 zile. Dg. Trichofitje sup. a pielii păroase capului. Cecitate. Trat. : Röntgen, alcool iodat, ol. cad în alifie. Vindecat după 34 zile de tratament.

Sz. A. 7 ani, elev. Boala datează de 6 săpt. Dg. : Trichofitje superficială pe pielea glabră și profundă pe pielea păroasă a capului. Lichen tricholitic. Trat. : Röntgen, alcool iodat, vaselina salicylată, raclarea leziunilor profunde, pansament cu tifon iodoformat. Sol. Burow pentru comprese, ol. cad., anthrarobin în alifie, ung. cinereum, ung. Helmerich ung. Wilkinson. Ameliorare după 42 zile de tratament.

T. V. 5 ani, copil. Boala datează de 4 săpt. Dg. : Trichofitje superficială pe pielea păroasă a capului și pe pielea glabră. Impetiginatie. Trat. : Röntgen, alcool iodat, ol. cad. sol. Burow pentru comprese. Ameliorare după 44 zile de tratament.

Gh. S. 13 ani, servitor. Boala datează de 3 săpt. Dg. : Trichofitje superficială pe pielea glabră și trichofitje superf. și profundă pe cap. Trat. : Burow în soluție pentru comprese, Röntgen, tinc. iodi, vaselina salicylată, raclarea leziunilor profunde, ung. cinereum, Ameliorare după 21 zile de tratament.

F. L. 2 ani, copilă. Boala datează de 6 Săpt. Dg. : Trichofitje sup. pe pielea păroasă a capului. Scabie. Piodermie. Trat. : Ung. Helmerich, Röntgen, alcool iodat, ol. cad 5%. Ameliorată după 20 de zile de tratament.

CONCLUZIUNI.

1. Trichofitiile pielii păroase, sunt afecțiuni cauzate de trichofitoni endo, ecto și neo endothrix.

2. Această afecțiune interesează atât copiii cât și adulții, în special cei din clasele de jos cu o igienă defectuoasă (plugarii).

3. Dintre 43,527 cazuri prezentate la consultațiunile Ciinicei Dermato-Venerice din Cluj, între 1926 și 1935 revine trichofitiilor, un număr de 721, din care 410 au fost trichofitii ale pielii păroase, reprezentând deci un procent de 0.97% din numărul total bolnavilor.

a) În raport cu vârsta se poate constata, că din acest număr de 410 cazuri de trichofitie a pielii păroase, numărul cel mai mare (260 de cazuri) survine între 0—10 ani, urmând apoi vârsta 11—20 de ani cu 92 de cazuri.

b) În raport cu ocupațiunea se poate constata, că cel mai mare procent îl dau preșcolarii 46.34% și elevii 34.12%, iar plugarii cu 9.02%.

4. Numărul cel mai mare de trichofitii a pielii păroase, coincide cu criza financiară (în anii 1932—1935).

5. Dintre 410 bolnavi, cu trichofitia pielii păroase 176 au fost internați pentru tratament. Din aceștia :

a) 36 au părăsit serviciu clinicelor complet vindecați.

b) 88 au plecat cu leziuni persistente, infecțioase dar cu ameliorări clinice remarcabile.

c) 7 bolnavi au plecat nevindecați.

d) La 45 bolnavi găsirea foii de obs. a fost imposibilă.

6. Timpul necesar, pentru vindecarea acestei afecțiuni, după statistica făcută pe baza observațiunilor clinice, variază între 21 și 120 de zile.

7. Rezultatul cel mai bun s'a obținut prin radio epilație, desinfecția pielii păroase cu alcool iodat și aplicarea oleului de cad 5—10% în alifie.

8. Dacă leziunile au fost profunde, inflamatorii, acest tratament a fost aplicat numai după reducerea acestor fenomene printr'un tratament antiflogistic.

Văzută și bună de imprimat.

DECAN :
ss. Prof. Dr. D. Michail.

PROFESOR :
Dr. C. Tătaru
președintele tezei.



BIBLIOGRAFIE.

1. *Dr. Valer Cimoca*: Dermatologie — Note după lecțiunile Clinice ținute de d l. prof. Dr. C. Tătaru Cluj, 1930.
2. *Dr. Valer Cimoca*: Boalele cele mai frecvente ale pielei păroase a capului și tratamentul lor Cluj, 1927.
3. *Dr. Valer Cimoca*: Trichofitiile cutanate Cluj, 1928.
4. *Dr. Sellei József*: A bőr betegségei, Budapest 1924. Dianostich Therapeutisches Taschenbuch der „Ars Medici“ Wien, 1928.
5. *Darier I.*: Précis de dermatologie Paris, 1928.
6. *E. Riecke*: Lehrbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten Jena, 1920.
7. *Végh József dr.*: A hajás fejbőr időleges epilációjáról. Orvosi Hetilap 1936. 11. sz. 241 old.
8. *Doc. Dr. V. Cimoca*: Acetatul de thalium în combaterea dermatofitiilor regiunilor păroase (Ședința Soc. Științelor Medicale din Cluj, la 25 V. 1935.)