

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I. DIN CLUJ“
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Nr. 1372

Tuberculoza verucoasă

TEZĂ

PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE 23 FEBRUARIE 1939

DE

KORÁNYI MIHAI

Tuberculoza verucoasă

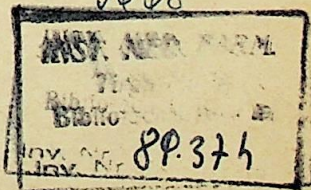
(studiu clinic, statistic, tratament)

TEZĂ

PENTRU
DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE 23 FEBRUAR E 1939

DE
KORÁNYI MIHAI

24 MAY 2005



UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINA

Decan: Domnul Prof. Dr. DRĂGOIU I.

Profesori :

Clinica stomatologică	Prof. Dr. ALEMAN I.
Bacteriologie	" " BARONI V.
Fiziologia umană	" " BENETATO GR.
Istoria medicinei	" " BOLOGA V.
Patologia generală și experimentală	" " BOTEZ A. M.
Clinica oto-rino-laringologică	" " BUZOIANU GH.
Istologia și embriologia umană	" " DRĂGOIU I.
Semiologia medicală	" " GOIA I.
Clinica ginecologică și obstetricală	" " GRIGORIU C.
Clinica medicală	" " HAȚIEGANU I.
Medicina legală	" " KERNBACH M.
Chimia biologică	" " MANTA I.
Clinica oftalmologică	" " 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 }	" " POPVICIU GH.
Clinica infantilă	" " POPOVICIU GH.
Farmacologia și farmacognozia	Supl. " POPOVICIU GH.
Chimia medicală	Prof. " SECĂREANU ȘT.
Balneologia	" " STURZA M.
Clinica dermato-venerică	" " TĂTARU C.
Clinica urologică	" " ȚEPOSU E.
Clinica psihiatrică	" " URECHIA C.
Anatomia patologică	" " VASILIU T.
Biologia generală	" " RĂCOVIȚĂ E.
Chimia	Agr. SECĂREANU T.
Fizica medicală	Conf. BĂRBULESCU N.

JURIUL DE PROMOȚIE :

PREȘEDINTE: D-l. Prof. Dr. C. TĂTARU

MEMBRII :	{	" " " TITU VASILIU
		" " " M. STURZA
		" " " V. BOLOGA
		" " " E. ȚEPOSU
SUPLEANT	" Conf. "	I. GAVRILĂ

ISTORIC

Semnalată de foarte mult timp de către numeroși dermatologi, tuberculoza verucoasă a fost net individualizată la 1877 din punct de vedere clinic. Până la această dată, tuberculoza verucoasă făcea parte din domeniul vast al scrofulei.

În anul 1860, *Hardy*, în una din primele ediții ale Tratatului său de Dermatologie și apoi în «Lecțiuni asupra scrofulei și a scrofulidelor» distinge un grup de scrofulide maligne dintre care o varietate e scofulida verucoasă.

În anul 1877, *Macc, Call Anderson* descrie primul sub denumirea de »lupus verucos« sau »scrofulo-derma verrucosum«, o afecțiune a cărei descripție clinică corespunde cu aceea a tuberculozei verucoasă a pielii, fără a indica însă nici natura, nici structura.

În anul 1882, *Lelor și Vidal*, individualizează o formă de lupus: lupusul scleros. În anul 1883, *Vidal* face un studiu foarte complex a acestei afecțiuni identificându-o cu »scrofulida verucoasă« a lui *Hardy* și cu »Lupusul verucos« sau »scrofulo-derma-verucoasă« a lui *Macc Call Anderson*. Descrierea clinică și histologică pe care o dă »Lupusului scleros« amintește în toate privințele pe aceia pe care o va face cu 3 ani mai târziu *Riehl și Paltauf* în 1886 crezând că au descoperit o afecțiune nouă, denumesc această formă de tuberculoză cu numele de: »tuberculoză verucoasă«. Pentru ei tuberculoza verucoasă urmează unei înoculări exogene la indivizi care stau mai mult în contact cu animalele. Ea este datorită localizării bacilului *Koch* în părțile superficiale ale dermei. Ea e caracterizată histologic

printr'o proliferaie papilară a corpului mucos a lui *Malpighi*, prin leziuni tuberculoase ale părților superficiale ale dermei și prin abcese miliare constante în vecinătatea tuberculilor. Aceste caractere cu evoluție neulceroasă a tuberculilor, o separă complect de »lupusul vulgar«. Tuberculoza verucoasă constituie un tip clinic special cu aspectul verucos și cu supurație interpapilară constantă, cu localizarea pe părțile descoperite mai ales la extremitățile membrelor superioare. E o formă de tuberculoză cutanată esențial locală și benignă, fără tendință la generalizare limfatică și viscerală.

Roehl și *Paltauf* au deci meritul de a fi atras atenția asupra acestei afecțiuni, necunoscând, de altfel, lucrările autorilor precedenți, cart au descris, sub denumiri diferite, aceleași leziuni. Observațiunile continuă de acum încolo tot mai mult asupra tuberculozei verucoase, recunoscută din ce în ce mai frecvent pe măsură ce e mai bine studiată. Numeroase lucrări se succed, precizând condițiunile etiologice și modul de infecțiune, varietățile clinice și leziunile histologice. Vom aminti aici numai pe cele mai importante și care au adus fapte nouă. În anul 1887, *Brissaud* observă un caz pentru care el propune, după aspectul clinic, denumirea de »tuberculoză papilomatocrustacee«.

Pollosson și *Peerret* studiază din punct de vedere histologic și prognostic 4 tuberculi anatomici. Cum n'au găsit nici celule gigante, nici foliculi tuberculoși, nici bacili Koch și cum bolnavii lor urmăriți timp de 5 ani nu prezintă nici o urmă de tuberculoză, au tras concluzia că, toți tuberculii anatomici nu sunt numai decât și întotdeauna de natură tuberculoasă.

În anul 1888 *Lyot* și *Hauthier* dau o etiologie nouă a tuberculozei verucoase, apariția ei consecutivă unei deschideri cutanate a unui focar tuberculos profund, fistulă osoasă, *Lefèvre* în teza sa »Tuberculoza prin inoculare cutanată la om »aduce o observațiune inedită cu propagare limfatică. În 1899, *Broca*, într'o revistă generală asupra tuberculozei cutanate asimilează tuberculoza veru-

coasă, care survine la indivizi sănătoși cu un șancru tuberculos susceptibil ca și șancreele sifilitice de a se generaliza prin cale limfatică.

În 1890 *Sevestre* semnalează două cazuri la copil. În 1894, *Etienne* face un studiu clinic și anatomo-patologic a tuberculozei verucoase și distinge două mari forme clinice: Tuberculoza papilară cu producțiuni corneene și tuberculoza papilomatoasă fără producțiuni corneene. *Foubard* în lucrarea sa vorbind de ablațiuni cu bisturiuri dă mai ales preferință grattajului.

În 1895, *Stieda* insistă asupra fericitelor rezultate curative și estetice obținute prin escizia placardelor tuberculozei verucoase, cu grefa lui *Hiersch* atunci când pierderea de substanță e întinsă.

În 1896, *Hallopean* la al III-lea Congres de Dermatologie, prezintă un studiu: »asupra raporturilor tuberculozei cu bolile pielii în afară de lupus vulgar«. Cu privire la tuberculoza verucoasă, ca fapt nou, el emite ipoteza că supurația în focarele miliare se face de cele mai adeseori prin intermediul exotoxinelor piogene datorite bacilului Koch însuși.

În anul 1898, *Comby* se ocupă de T. B. C. verucoasă infantilă. În 1899, *R. Wild* publică o lucrare bazată pe 133 cazuri de T. B. C. cutanată din care 13 T. B. C. verucoasă, dintre care 6 localizate pe regiunea fesieră a copiilor erau datorite inoculației prin marginile vaselor de noapte. *Cros*, după documentele lui *Andry* indică generalizarea tuberculozei verucoase, cu diferitele sale etape și localizări.

În anul 1904, *Lassar* studiază raporturile între tuberculoza verucoasă la om și tuberculoza bovină. În 1902 *Sponck* și *Hoefnagel* aduc fapte care pot demonstra inocularea cutanată dela tuberculoza bovină la om. În 1907 *Moutot* în lucrarea sa: »Tuberculoza verucoasă a pielii, și a mucoaselor dermo-papilare« face o descriere anatomo-clinică foarte detaliată.

DEFINIȚIE ȘI ETIOLOGIE :

Tuberculoza verucoasă a pielii e o formă a tuberculozei cutanate datorită de cele mai adese ori unei inoculări pe cale externă, cu colonizare de bacili *Koch* în dermă, mai ales în corpul papilar, pielea reacționând printr'o stare papilomatoasă.

T. B. C. verucoasă a pielii are origini diverse. Câte odată ea survine la indivizi sănătoși în contact cu *animale tuberculoase*; aceasta e *forma primitivă*. Ea se observă în general la indivizi care exercită profesiunea de veterinar, măcelar, etc. Ea se localizează mai ales pe mâini. Studiul modului de contaminare în inocularea primitivă arată că altă dată e un *individ tuberculos* care e origina bacilului a cărui izmulțire vertiginoasă va da naștere unui focar de T. B. C. verucoasă cutanată. Frecvența relativă a acestei inoculări primitive e mai ales menționată în lucrările din 1883—1891, Acest mod de inoculare e cu mult cel mai important, fiind evaluat la $\frac{2}{3}$ din cazuri.

În cele mai multe cazuri tuberculoza verucoasă e de origine exogenă. Bacilul Koch vine din exterior și inoculează derma cu ajutorul unei mici răni cutanate. T. B. C. verucoasă survine la orice vârstă dar e mai frecventă la vârsta adultă.

Forma secundară cunoaște mai multe mecanisme diferite. Ea poate fi urmarea unei autoinoculări, în urma stergerei buzelor cu mâna, de către un ftizic după ce a scuipat. Așa se explică sediul leziunii, la nivelul primului spațiu intermetacarpian a mâinii drepte și frecvența sa la indivizii care poartă mustăți.

Nu e rar ca o fistulă având ca punct de plecare un focar tuberculos subcutanat sau profund, deschizându-se pe

piele o inoculează sau sub formă de lupus sau sub formă de T. B. C. verucoasă. Aceste focare de inoculare secundară pe piele se observă mai ales în urma adenitelor cervicale, inghinale, axilare, epitrocleene; dar ele pot avea ca origine o fistulă consecutivă unei osteite sau unei artrite bacilare, unui abces tuberculos perineal sau unei gome hipodermice, unei pleurezii purulente, sau chiar sero-fibrinoase, sau unei epididimite tuberculose etc.

Forma secundară poate fi consecința unei diseminări a bacililor pe cale sangvină sau limfatică. Traumatismele joacă un rol accesoriu în nașterea focarelor de tuberculoză cutanată.

STUDIUL CLINIC

Tuberculoza verucoasă, a pielii e caracterizată clinic printr-o leziune cu aspect papilomatos, verucos, mai mult sau mai puțin corneean cu supurație interpapilară, mai mult sau mai puțin abundentă, dar câte odată absentă, cu tendința locală la regresivitate cicatricială într-un punct, mai ales central, atunci când leziunea se întinde de cele mai adeseori la periferie. Acestea sunt de fapt caracterele care constituie unitatea clinică a afecțiunii pe care o studiem.

Ajunsă la perioada de rezolvare completă, placarda prezintă 3 zone mai mult sau mai puțin distinse:

1. *O zonă centrală*, cea mai eșită face un relief foarte exuberant putând atinge 1—2 cm. și cuprinzând papile foarte voluminoase. Acestea sunt cele mai adeseori cu suprafața foarte convexă, ele sunt net individualizate. Ele se grupează, în general în mici nuclee, în așa mod că toată această suprafață centrală e mamelonată, fiecare din papila făcând la rândul ei o eșitură pe aceste mameloane. Aspectul leziunii la acest nivel e sec și mai ales cornos fisurile nu sunt decât foarte puține.

Nu se poate recunoaște nici orificiile glandulare nici orificiile piloase. Câteva rare fire de păr pot persista la bărbați, dar ele sunt lipsite de aderență. Pe măsură ce ne

îndepărtăm de centru, aspectul se modifică, papilele sunt mai puțin exuberante. Ele sunt acoperite de o pătură cornoasă, mai puțin îngroșată, ele sunt mai umede, puroiul fășnind destul de ușor la presiune. Leziunea ia astfel, încetul cu încetul caracterele zonei următoare.

2. *A doua zonă sau intermediară* înconjoară prima zonă pe o lărgime variabilă. Se pot vedea aici leziuni verucoase papilare tipice, de ele sunt rare și foarte puțin pronunțate în general. Ceea ce se găsește e o zonă de infiltrație, puțin violacee, mai mult sau mai puțin împăstată cu o serie de mici nuclee dure, câte odată cu hiperkeratoză și scuame uscate, dar de cele mai multe ori presărate de numeroase ulcerații mici, rotunjite, miliare, acoperite de cruste. La acest nivel, mai ales la limita zonei centrale, presiunea dă puroiu în abundență. Aceasta e de fapt adevărata zonă de inundare a leziunii, zonă pustuloasă prin aglomerarea abceselor miliare.

E interesant de studiat dezvoltarea vegetațiilor papilare pe această zonă de extensiune și de a vedea că, în afară de câteva cazuri excepționale, ele nu sunt nici odată precedate de noduli lupici tipici, așa că e ușor de recunoscut prin colorația lor galben portocalie perzistentă la vitropresiune.

3. *Zona externă*, e eritematoasă și diferă franc, de cele mai multe ori de pielea vecină. Totuși există și o degradare, progresivă fără limită netă între ele. În perioadele de activitate a leziunii, culoarea acestei zone se închide și ia o nuanță roșie violacee, inflamatorie. Câteo dată o foarte fină descuamație se observă pe suprafața sa. Aceste 3 zone nu pot fi întotdeauna atât de net individualizate; nimic, de altfel nu stabilește o linie de delimitare fixă între ele. Cele mai adeseori, cele două extreme se confundă. Câte odată, numai zona centrală există, o massă papilomatoasă cornoasă ridicându-se direct de pe o piele sănătoasă, în jur, astfel, că fără examene histologice și bacteriologice a leziunii s'ar putea crede că e vorba de un nev cornos.

Alte simptome. Placa verucoasă astfel constituită dă

la palpare o senzație de duritate superficială, mai ales atunci când producțiunile papilomatoase cornoase, sunt foarte dezvoltate; dar la partea sa profundă sau la periferia sa se găsește mai mult o împăstare. Această placă e perfect mobilă pe planurile profunde și nimic clinic nu lasă să se prevadă profunzimea leziunii, care e găsită în timpul intervențiilor și exciziilor. Turburările funcționale antrenate de placa verucoasă primitivă și tânără, sunt de mică importanță, evident variabilă cu sediul: o placă pe antebraț sau braț nu va aduce nici o jenă în timp ce pe articulațiile degetelor va limita mișcările acestora.

Simptomele subiective observate la nivelul plăcilor tuberculoase verucoase, sunt deasemeni puțin importante. S'a semnalat câte odată mâncărimi la nivelul plăcii sau în vecinătatea sa, câte odată puțină durere, dar în majoritatea cazurilor, leziunea nu e sediul nici unei senzațiuni dure-roase spontane.

Riehl și Paltauf au semnalat o constantă durere la presiune, semn care în urma cercetărilor se află raportat în cele mai multe descrieri ale tratatelor.

Evoluției plăcii verucoase. E rar să ai ocazia de a urmări complect evoluția plăcii verucoase la nivelul unei plăci primitive de tuberculoză verucoasă. După un timp mai mult sau mai puțin lung, începe, în punctul unde bacilul a colonizat în dermă, o mică leziune intradermică, papuloasă, puțin eșită în afară, ușor cornoasă sau scuamoasă, cu marginile violacee. Acest mic nodul, adeseori dur, se abcedează, se preface într-o mică ulceratie, pe suprafața căreia se dezvoltă vegetații papilare mai mult sau mai puțin cornoase.

Câte-odată e o mică zonă eritematoasă, care perzistă de mult timp, care se acopere în urmă de mici pustule și evoluează sub formă papilomatoasă. Altă dată e un mic nucleu dur, cornos, care e leziunea inițială, supurația lipsind la început sau e trecută cu vederea. Leziunea progresa puțin câte puțin cu o îngroșare din ce în ce mai marcată a păturei cornoase apoi ea se lobulează și numai în mod secundar. fisurile izolează dferitele papile.

Avem deci o mică leziune papilomatoasă, cu suprafața unei lentile. Leziunea poate rămâne în acest stadiu foarte lung timp staționară, mici negi de care bolnavul nu se ocupă de loc, — care adesea regresează sau, din contra, suferă mici puseuri inflamatorii abcedând și papilomatozându-se. Cele mai adesea ori leziunea se întinde în mod progresiv, excentric în timp ce centrul se turtește și se transformă într'o cicatrice la început violacee apoi albă, cu suprafață punctată sau reticulată, în fine în evoluția sa locală placa de tuberculoză verucoasă are un mers esențial lent; numai într'un timp foarte lung ea suferă modificările pe care le-am arătat. E o leziune cu totul cronică. Frecvent o găsim perzistând de foarte mulți ani.

Destul de des, placa verucoasă nu rămâne izolată, și se constată în jurul ei sau în vecinătate, plăcarde secundare, în diferite stadii, pe care le-am descris în evoluția plăcii primitive. Ele s'ar putea explica printr'o propagare din vecinătate, pe cale limfatică, venoasă, sau prin contiguitate. S'ar mai putea admite că ele sunt datorite, în majoritatea cazurilor, unei auto-inoculării externe secundare.

Date statistice cu privire la cazurile de T. B. C. Verucoase observate la Clinica Dermatologică din Cluj.

Înainte de păși la studiul statistic al cazurilor de tuberculoză verucoasă, vom da după interesanta teză a dlui Dr. *Daichend* un tablou general al diferitelor cazuri de tuberculoză cutanată, observate la clinica din Cluj până în anul 1933.

Tabloul general al diferitelor forme ale T. B. C. cutanate

DENUMIREA FORMEI	Nr. cazurilor	%	Nr. cazurilor combinate	%	% față de totalitatea dermatozelor
Lupus vulgar	451	32.90	553	36.000	2.444
Lupus miliar deiseminat	—	—	—	—	—
<i>Tuberculoza verucoasă</i>	42	3.00	65	4.220	0.287
Tbc. Colicvativă	430	32.10	532	34.650	2.355
Forma tumorală a tbc. cutanate	—	—	—	—	—
Forma ulceroasă a tbc. cut.	5	0.36	9	0.586	0.044
Tbc. miliară a pielei	1	0.07	1	0.065	0.004
Tbc. papulo-necrotică	36	2.50	60	3.906	0.265
Tbc. lichenoidă	9	0.60	62	4.036	0.274
Tbc. indurativă	—	—	8	0.521	0.035
Lupoid miliar benign	—	—	—	—	—
Lupus pernia	5	1.36	7	0.456	0.031
Angio-lupoid	—	—	—	—	—
Lupus eritematos	237	17.10	238	15.560	1.053
Cazuri combinate	151	11.01	—	Dermatoze	93.208
TOTAL	1367	100%	1535	100%	100%

Tuberculoză verucoasă

TABELA A) — SEXUL

<i>Sexul :</i>	<i>Numărul bolnavilor :</i>	<i>%</i>
Femei	19	45.7
Bărbați	23	54.3
Total	42	100%

Toți autorii susțin, că tuberculoza verucoasă atinge cu predilecție sexul masculin. Acest fapt se observă și în tabela de mai sus, deși într'o măsură foarte redusă.

TABELA B) — VÂRSTA

<i>Vârsta :</i>	<i>Numărul bolnavilor :</i>
1—10 ani	3
10—20 «	5
20—30 «	15
30—40 «	14
40—50 «	4
50—60 «	1
Total	<hr/> 42

Tuberculoza verucoasă a pielii este aproape exclusiv o boală a adultului ceea ce se poate vedea și din tabela de mai sus. Din cele 3 cazuri observate la copii, în anamneză s'a găsit într'un caz pojar, iar într'un alt caz scarlatină, Infecția s'a făcut aici verosimil pe cale hematogenă. În literatură referitoare la această chestiune găsim numeroase cazuri similare (*Nobl. Kittle. Comby, Bloch, etc.*)

TABELA C) OCUPAȚIUNEA :

<i>Ocupațiunea :</i>	<i>Femei :</i>	<i>Bărbați :</i>
Plugari	10	11
Meseriași	—	3
Muncitori	6	7
Intelectuali	1	1
Soldați	—	1
Spălătorese	2	—
Total	<hr/> 19	<hr/> 23

După cum se vede din această tabelă la bolnavii de sex masculin nu găsim acele ocupațiuni care ar putea să explice o infecție profesională ca de exemplu: veterinari, măcelari, etc. Cu toate acestea este posibil ca între țărani și muncitori să existe indivizi care au venit în contact cu animale bolnave sau cu piei provenite de la animale tuberculoase, infecția putându-se face și cu tipul bovin. Intre femeile bolnave am găsit 2 spălătoarese, la care s'a putut presupune o infecție profesională.

Tabela D). — *Localizarea.*

<i>Localizarea :</i>	<i>Numărul :</i>
Nas	1
Extr. sup. dr. . . .	16
Extr. sub st. . . .	15
Extr. inf. dr. . . .	7
Extr. inf. st. . . .	8
Obraz	2

Total: 49 locuri de localizare
la 42 cazuri.

În concordanță cu literatura referitoare, tabela de mai sus ne arată că afecțiunea atinge în mod predilect extremitățile și anume mai mult pe cele superioare. Din cazurile noastre 3 au prezentat o localizare rară. În două cazuri era vorba de față; cazuri similare au fost descrise de *Fratelli* și *Nobl*. În al treilea caz afecțiunea interesa nasul; și această localizare a fost deacum semnalată de *Wise* și *Zimmer*. O privire aruncată pe tabela de mai sus ne arată că cei 42 de bolnavi au prezentat numai 49 de placarde eruptive, deci în marea majoritate a cazurilor a existat numai un singur placard eruptiv. Intre alții și *Volk* accentuează acest fapt, susținând că aceasta ar fi o regulă în tuberculoza verucoasă.

OBSERVAȚIUNI CLINICE :

No. 1. M. L. bărbat, vârsta 50 ani, profesiunea șef pivnicier de vin intră în clinică în 13 Mai 1935. Ambii părinți morți, are 5 surori și 2 frați care sunt sănătoși.

Boala actuală a început din anul 1915, când în urma unui accident suferit de bolnav la mâna dreaptă a apărut o leziune care s'a vindecat după o lună de tratament.

Înainte cu un an a apărut o leziune tot pe regiunea dosului mânei drepte pe care a tratat-o. După 2 săptămâni aceasta leziune s'a ameliorat însă după o lună s'a eliminat puoi. Bolnavul a urmat un tratament la un medic care i-a aplicat diferite alifii fără să se amelioreze, ceea ce la îndemnat să se interneze în serviciul clinicii noastre. *Pielea* prezintă o afecțiune localizată pe regiunea dorsală a mânei drepte extinzându-se pe antebrațul drept sub forma unui placard. În regiunea antebrațului se observă o cicatrice corespunzător căreia pielea e ușor aderentă și prezintă ușoare-efelide ce se întretaie în mod neregulat, de consistență moale și prezentând o pigmentație brună. Pe indexul drept la periferia placardului se observă niște leziuni papilomatoase proeminente corespunzător cărora pielea e eritematoasă, infiltrată, îngroșată, și întretăiată de niște șanțuri și fisuri acoperite cu cruste rotunde. mici de culoare gălbuie brună. La expresiunea acestor leziuni se elimină un conținut purulent de culoare galbenă verzuie. Subiectiv bolnavul acuză ușoare dureri în timpul mișcării degetelor mânei. În repaus nu acuză nici un simptom. *Ganglionii* nu sunt măriți.

După ce a fost tratat prin diatermo-coagulare, bolnavul părăsește clinica la 12/VI. complect vindecat.

No. 2. L. F. bărbat, vârsta 35 ani. fierar, întră în clinică în ziua de 25. V. 1936. Antecedente heredo-cilaterale : nimic impo.tant, Antecedente personale : varicelă, febră tifoidă, orțită medie supuată, blenoragie complicată cu orchită.

Boala actuală datează din copilărie. E localizată la nivelul bazei policelui de pe mână dreaptă. A fost internat în clinica noastră de 2 cri însă leziunile au apărut din nou, necesitând internarea sa în clinică.

Pielea : prezintă o afecțiune cutanată localizată la nivelul regiunii dorsale a mânei drepte și cu deosebire la nivelul policelui drept. Aceasta afecțiune se manifestă sub forma unui placard neregulat având un diametru aproximativ 3 cm. bine delimitat de pielea normală. Pielea corespunzătoare acestui placard e de culoare roșie eritematoasă, infiltrată, îngroșată, edemațiată, prezentând pe suprațată ei câteva șanțuri mai adâncite din planul pielei normale și numeroase scuoaame aderente, de mărimi și forme variate, având culoarea alb-cenușie. În mijlocul acestui placard se observă o proeminență papulomatoasă neregulată cu aspect stâncos, de culoare cenușie-gâlbuie prezentând câteva șanțuri adâncite pe planul pielei normale și întretăiate în mod neregulat. Pe suprațafa delimitată de aceste șanțuri se observă niște proeminente sub forma unor crește, care la palpate sunt dure, aderente, neputându-se detașa, În jurul placardului menționat se observă câteva leziuni de mărimea unor boabe de grâu, de culoare roșie eritematoasă, unde pielea e îngroșată și prezintă o îndurație la palpate. *Ganglionii* : normal. După tratamentul cu diatermo-coagulare, bolnavul părăsește clinica noastră în ziua de 22. VI. 1936, complect vindecat.

No. 3. G. H, bărbat, vârsta 39 ani, profesiunea agricultor, întră în clinică în 18. VII. 1934. Antecedente personale : nimic important.

Boala actuală datează din anul 1920 când rănindu-se a apărut o leziune pe antebrațul stâng care în urma unui tratament s'a ameliorat însă leziunea a recidivat ceea ce l-a obligat pe bolnavul nostru să se interneze în clinică. *Pielea*: se remarcă la nivelul mâinei și a antebrațului, elemente verucoase de formă neregulată, papilomatoase, negricioase, crestate de șanțuri profunde dureroase, — la presiune și care fac să se elimine un lichid gălbui. Se pot număra vre-o 12 elemente verucoase, diseminate, fără de nici o ordine. Pe fața dorsală a cotului se vede câte una acoperită de scuame psoriaziforme. Sub cruste, și scuame se văd plăci roșii-violacee lupiforme. *Ganglionii*: normali. După diatermo-coagulare bolnavul părăsește clinica la 15. VIII. 1934. complet vindecat.

No. 4. Copilul G. L. în vârstă de 12 ani, este internat în 8 Iunie 1927, pentru o leziune verucoasă e genunchiului stâng. Acest copil orfan pretinde că a avut această leziune dela naștere. Mama sa adoptivă afirmă și ea acelaș lucru. Mama copilului a murit de tuberculoză pulmonară în etate de 43 ani în 1921, atunci când copilul avea 6 ani. O soră a bolnavului a murit — de meningită tuberculoasă la 12 ani în 1920. Aceasta soră a avut și ea o leziune verucoasă întinsă pe genunchiul stâng. Copilul în afară de rușolă, varicelă și scarlatină n-a avut nici o afecțiune importantă și n'a prezentat nici o manifestare pleuro-pulmonară.

La intrarea în clinică atențiunea este atrasă înainte de toate asupra leziunii genunchiului stâng. Este o placă largă, găurită de eşituri papulo-crustoase, localizate pe fața anterioară a genunchiului stâng, cu dimensiuni enorme (aproape 12 cm. diametru). Această placă unică este polilobată: fiecare lob fiind separat de celalalt printr'un șanț destul de profund, o adevărată fistulă a cărui fond este roșcat și acoperit de mici scuame. Fiecare lob depășește cu un cm. cm. pielea vecină. Suprafața acestor papile hipertrofice este acoperită de o pătură groasă cărnosă, brună, dând o senzație de rugozitate dură. Articulațiunea

genunchiului este aproape normală. Fistulele intermediare lasă să se scurgă la presiune picături de puroi. Pielea din vecinătatea plăcii este normală. Nici o turburare subiectivă la nivelul plăcii. *Ganglionii* :: normali.

Prin diatermo-coagulare leziunea pielei s-a ameliorat simțitor.

TRATAMENT:

Tuberculoza verucoasă reprezentând o formă de tuberculoză virulentă capabilă să antreneze limfangite și adenopatii tuberculoase, câte odată chiar o tuberculoză viscerală, trebuie în principiu, să fie distrusă complect și cât mai repede posibil. Toată lumea dermatologică e de acord asupra acestui punct. Nu se discută decât metoda de urmat.

Ablația chirurgicală totală, atunci când e posibilă, sau chiuretajul urmat de cauterizare sau de radioterapie, este metoda cea mai bună de urmat după o seamă de dermatologi. Școala dermatologică din Lyon a abandonat exereza după ce a văzut că cei mai mulți bolnavi tratați în acest mod, mureau după câteva luni sau câțiva ani de tuberculoză pulmonară, ceea ce tindea să arate că incizia chirurgicală cu deschiderea vaselor, favorizează generalizarea bacilozei. S'ar putea gândi că aici a fost o serie particulară de cazuri fatale excepționale. Trebuie subliniat totuși că s'au văzut recent mai multe gome tuberculoase eşalonate, apărute la membrul superior drept după chiuretajul unei tuberculoze verucoase a mânei.

Ori cum ar fi, adoptând azi tehnica particulară preconizată de Coste și care constă în a utiliza de cât raze de lungime de unde mijlocie, a suprima ori ce filtru, a nu face decât o singură ședință unică dar cu doză masivă, Nicolas și colaboratorii săi nu mai utilizează decât razele X pentru tratamentul tuberculozei verucoase.

Nicolas, Caté, Coste, și Michel au adus la congresul din Kopenhaga rezultatele lor asupra 40 de bolnavi la care au observat că s'au produs 29 de vindecări complecte,

8 decese și 3 vindecări incomplete. Technica lor constă în a utiliza o iradiere moderat penetrantă și nefiltrată, corespunzând la 16—18 centre de scânteie echivalent, o intensitate de 2 milliamper, o distanță dela anticatod la piele de 26 cm. Doza variază dela 3500—4000 R (22—24 H în aproximație). Durata iradierii pentru fiecare câmp e de 45 minute. Rezultatele arătate de autorii Lyonezi sunt din cele mai interesante, totuși încă nu există un acord complet asupra inocuității metodei lui Coste.

Se crede că electrocoagularea care, bine dirijată, e absolut inofensivă, poate perfect ajunge pentru a distruge o tuberculoză verucoasă care nu e prea întinsă. Căutarea sistematică a unei adenopatii trebuie făcută în orice tuberculoză verucoasă, și dacă ea există, va fi bine să o iradiem cu raze penetrante și filtrate.

Tratamentul general al tuberculozei va trebui, natural, pus în aplicare.

CONCLUZIUNI

1. Tuberculoza Verucoasă a pielii e o formă de tuberculoză cutanată datorită mai ales unei inoculări pe cale externă, cu colonizări de bacili Koch în dermă, în special în corpul papilar. pielea reacționând printr'o stare papilomatoasă.

2. Această formă se observă mai ales la persoane cari prin ocupația lor vin în contact cu material foarte infecțios, uman sau animal, precum și la ftizici. In această formă joacă un rol foarte important numărul bacililor pătrunși în piele precum și virulența lor.

3. Tuberculoza verucoasă a pielii e aproape exclusiv o boală a adultului ceace se poate observa și din statistica pe care o prezentăm în cadrul lucrării noastre. Afecțiunea atinge în mod predilect extremitățile și anume mai mult cele superioare.

4. Leziunile pe care le dă tuberculoza verucoasă nu influențează de obicei, starea generală. Tuberculoza verucoasă e o tuberculoză locală, care din punct de vedere terapeutic se vindecă destul de ușor fie prin iradiere cu raze X, fie prin electro-coagulare.

Văzut și bună de imprimat.

Cluj, la 17 Februarie 1939.

Decanul Fac. de Medicină :
ss. Prof. Ioan Drăgoiu

Președintele tezei :
ss. Prof. C. Tătaru

BIBLIOGRAFIE

- ANDERSON (MAC CALL): Lupus verucosus (Lecture XVI. sau Clinical Medecin. p. 220—224, 1877).
- BABEȘ: Pénétration dü bacille de la tuberculose par la peau intacte. Presse méd. 1907. No. 68.
- BROCQ: Traitement des maladies de la peau 1921.
- COMBY: Tubercules cutanées (Ann. de dermat. 1889.)
Cinq cas de tuberculose veruqueuse chez des enfants (Archiv. des Med. des Enfants décembre 1889).
- DUBREUILH: Tuberculose cutanées (traite des Maladies des enfants. Granche, Comby, Marfan 1906).
- ETIENNE: Étude clinique, anatomo-pathologique et pathogénique, sur la tuberculose verruqueuse. (Revue Medical de l'est 1894).
- GRANCHER: Tuberculose verruqueuse (Traité des maladies de la peau. Lecons cliniques 1906).
- LASSAR: La tuberculose verruqueuse de la peau et ses rapports avec la tuberculose bovine (Spç, Méd. din Berlin 28, XII. 1901.)
- LEREBOULET et DAVID. — Tuberculose verruqueuse du genou (Société de Pédiatrie de Paris ședința din 21 Iuie 1927.)
- MOUTOT. — Tuberculoza veriucoasă a pielii și a mucoaselor dermo-papilare. Teză Lyon 1907.
- PERRIN și GOEPRERT. — Deux cas de tuberculose cutané verruqueuse (Arch de Méd, des enfants, Semprie 1902.)

RIEHL și PALTAUF. — Tuberculosis verrucosa (Virtel j.
für Dermat 1888.

ROST G. A. — Hautkränkeiten. Berlin 1926.

SEQUERA H. J. — Lupus erythematosus. Brit. J. Dermat.
14, 1002.

VOLK. R. — Tuberculose de Haut. Handb. d. Haut — und
Geschlechtskrankheiten. Berlin 1931.