

PITIRIAZA VERSICOLORĂ

TEZĂ

PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE
DE

IOSIF PASCU

CLUJ

„PALLAS“ INSTITUT DE ARTE GRAFICE COOP. IND.

Strada A. Viăhuță No. 3.

1939.

PITIRIAZA VERSICOLORĂ



TEZĂ

PENTRU

DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

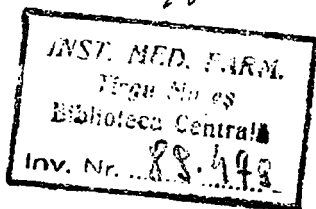
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE _____

DE _____

IOSIF PASCU

9773

24 MAY 2005



CLUJ

„PALLAS“ INSTITUT DE ARTE GRAFICE COOP. IND.

Strada A: Vlăhufă No. 3.

1939.

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

Decan: Prof. Dr. I. DRĂGOIU

Profesori:

Clinica stomatologică	D-1. Prof. Dr.	<i>Aleman I.</i>
Microbiologie	” ” ”	<i>Baroni V.</i>
Fiziologia umană	” ” ”	<i>Benetato Gr.</i>
Istoria medicinei	” ” ”	<i>Bologa V.</i>
Patologia generală și experimentală	” ” ”	<i>Botez A. M.</i>
Clinica oto-rino-laringologică . . .	” ” ”	<i>Buzoianu Gh.</i>
Istologia și embriologia umană . .	” ” ”	<i>Drăgoiu I.</i>
Semiologie medicală	” ” ”	<i>Goia I.</i>
Clinica ginecologică și obstetricală	” ” ”	<i>Grigoriu Cr.</i>
Clinica medicală	” ” ”	<i>Hațieganu I.</i>
Medicina legală	” ” ”	<i>Kernbach M.</i>
Chimia biologică	” ” ”	<i>Manta I.</i>
Clinica oftalmologică	” ” ”	<i>Michail D.</i>
Clinica neurologică	” ” ”	<i>Minea I.</i>
Igiena și igiena socială	” ” ”	<i>Moldovan I.</i>
Radiologia medicală	” ” ”	<i>Negru D.</i>
Anatomia descriptivă și topografică	” ” ”	<i>Papiilian V.</i>
Clinica chirurgicală } Medicina operatoare }	” ” ”	<i>Pop Al.</i>
Clinica infantilă	” ” ”	<i>Popoviciu Gh.</i>
Farmacologia și farmacogn. (supl.)	” ” ”	<i>Baroni V.</i>
Chimia medicală	” ” ”	<i>Secăreanu Șt.</i>
Balneologie	” ” ”	<i>Sturza M.</i>
Clinica dermato-venerică	” ” ”	<i>Tătaru C.</i>
Clinica urologică	” ” ”	<i>Țeposu E.</i>
Clinica psihiatrică	” ” ”	<i>Urechia C.</i>
Anatomia patologică	” ” ”	<i>Vasiliiu T.</i>
Igiena generală	” ” ”	<i>M. Zolog</i>
Fizica medicală	” Conf. ”	<i>Bărbulescu N.</i>

JURIUL DE PROMOTIE

Președinte: D-nul Prof. Dr. *V. Bologa*

Membrii: { ” ” ” *I. Aleman*
 ” ” ” *M. Kernbach*
 ” ” ” *Gh. Popoviciu*
 ” ” ” *Gr. Benetato*

Supleant: *DI. Conf. Dr. Tr. Popovici.*

Istoric.

Pitiriază versicoloră separată de Willan (prescurtată P. V.) este o epidermomicoză descoperită de Eichstedt în 1846 și numită de Ch. Robin în 1853 **Microsporon furfur**.

Înainte de descoperirea agentului patogen, Pitiriază versicoloră se confunda cu alte afecțiuni cutanate ca Vitiligo, Cloasma etc.

Pitiriază versicoloră are aspecte clinice mult mai variate decât cele descrise în tratatele clasice, unde sunt trecute numai cazurile tipice, caracterizate prin pete brune, lucitoare și grase, cari dau semnul unghiei; poate să imbrace și forme atipice: eritematoase, eritematoscuamoase, circinate, forme albe (P. V. albă), forme acromice (leucomelanodermeice), etc.

Etiologie și patogenie.

Agentul patogen este un parazit vegetal cryptogamic numit de Ch. Robin în 1853 **Microsporon furfur**. Alți autori cari l-au studiat ulterior îl numesc după cum urmează: **Epidermophyton** Bazin 1862; **Sporotrichum furfur** Saccardo 1886; **Malassezia furfur** Baillon 1889; **Oidium furfur** Zopf 1890; **Oidium subtile** Kotliar 1892.

Pitiriază versicoloră e foarte răspândită și mulți indivizi sunt purtători cari o ignorează.

Sunt predispoziții, cari favorizează dezvoltarea acestei ciuperci ca: o stare de nutriție redusă, catar intestinal cronic, tuberculoză, indivizii cu pielea fină albă, pielea seboreică, transpirații abundente, etc. Pe de altă parte, cauze favorizante ar mai fi îmbrăcămintea, purtarea flaneli sau îngrijirea insuficientă a corpului.

Cultivarea grea a agentului Pitiriază versicolore și transmisibilitatea grea a sporilor din culturi, pledează pentru susținerea ipotezei lui Ruete, care spune că trebuie să fie și alți factori cari să ușureze implantarea sporului.

S'a observat că tuberculoșii prezintă mai des această afecțiune. Unii autori mai vechi au mers mai departe cu presupunerile, spunând că Pitiriază versicoloră ar fi o formă specială a tuberculozei, însă cercetările experimentale ale lui Cipolla

dovedesc contrariul, lămurind definitiv această chestiune. Că Pitiriază versicoloră survine mai des la tuberculoși se datorește probabil faptului că acestia transpiră mai mult. Ar trebui să acceptăm că sudoarea tuberculoșilor ar face pielea mai susceptibilă pentru infecție; însă în contra acestei păreri pledează faptul că o găsim și la oamenii sănătoși.

După Jesionek, trebuie să influențeze compoziția transpirației asupra chimismului pielii în așa fel că o face mai receptivă. În favoarea acesteia pledează măsurile profilactice de hidroterapie.

Afară de aceasta, e posibil să joace rol glandele cu secreție internă, sau alți factori cari intervin la tineri mai mult ca la bătrâni.

Kyrle crede într'o disfuncțiune în eliminarea grăsimii stratului cornos în sensul că paraziții sunt saprofiți pe pielea oricărui om, însă pentru a da semne de viață trebuie să intervină anumiți factori biologici anormali, cari să le ușureze dezvoltarea. Stratul cornos trebuie să fie un mediu bun de cultură și pentru aceasta trebuie să-și modifice proprietățile normale și probabil tocmai cantitatea anormal mărită de grăsime să fie responsabilă de această dezvoltare.

Culoarea Pitiriazăi versicolore este dată de schimbarea culorii stratului cornos, din cauza deranjării chimismului celulelor, provocate de prezența paraziților.

Toate acestea sunt numai ipoteze și reese că, momentele predispozante nu sunt încă bine lămurite.

Simptomatologie

Simptome subiective. Pitiriază versicoloră nu dă semne subiective, afară de cazurile cu leziuni foarte extinse, erupții asupraacute, la pruriginoși și nervoși, unde găsim un ușor prurit, care nu se poate compara cu cel din alte afecțiuni unde găsim urmele scărpinării. Nu dă nici adenite, nici fenomene generale.

Simptome obiective. La examenul obiectiv, forma tipică a Pitiriazăi versicolore se prezintă ca niște pete rotunde sau ovalare, izolare sau confluențe de mărimi variabile dela 2—50 mm., de culoarea cafelei cu lapte, dela gălbui până la brun închis, cu aspect uniform lucitor, gras și ușor scuamos și cu margini nete, bine delimitate, cari bat la ochi imediat. Petele se află de cele mai multe ori la nivelul pielii și numai în cazuri rare formează ușoare ridicături.

Adesea marginea e mai închisă, schițând o circinație.

Uneori devin vizibile numai după ce le șgăriem cu unghia

(semnul unghiei) sau cu o chiuretă netăioasă și atunci observăm că se desfac lame mici ca tărățele. Acest fenomen e dat de grosimea scoamei și de pielea sa aderentă.

După acest grataj, epiderma subjacentă este roză, netedă și lucioasă și se observă uneori o pată foarte fină hemoragică.

Mărimea variază foarte mult. La începutul bolii găsim eflorescențe mici punctiforme, corespunzând deschiderii foliculului pilos, alte ori sunt mai mari, cât o boabă de linte, până la mărimea unei monede de o sută lei (forma numulară), formând insule izolate sau suprafețe mai mari când leziunile confluează prin extensia centrifugă, formând placarde întinse cu contur geografic.

Putem găsi și formațiuni inelare, care reamintesc trichofitia (U n n a, W o l f f și M u l z e r, D a r i e r). După M u l z e r, aceste forme se găsesc mai frecvent pe stern, și împreună cu U n n a crede că sunt condiționate de o creștere mai rapidă a sporilor la margine unde afecțiunea e în plină dezvoltare, și se disting printr'o colorare mai intensă din cauza adunării în masă a sporilor, în timp ce spre centru culoare se pierde treptat.

Pitiriază versicoloră îmbracă toate culorile, variind de la galben până la brun închis, chiar negru. În leziunile izolate poate fi roză, până la roșie, mai mult la imbolnăvirile acute. La negri pare cenușie. Această schimbare de culoare poate să o sufere și alte pete. J e s i o n e k afirmă că în schimbarea culorii ar interveni capilarele aparatului circulator. De exemplu, în timpul deșbrăcării, sub influența temperaturii schimbate și în urma excitațiilor mecanice și psihice, ivirea trecătoare a acestei culori roșii vii, indică iritabilitatea crescută a capilarelor.

În formele atipice, culoarea poate să fie albă (P. V. alba).

Localizarea. Localizarea electivă a Pitiriazii versicolore este partea superioară a toracelui, atât pieptul cât și spatele, sternul și repiunea interscapulară, adică părțile cu sudație mai ușoară. De aici se poate întinde pe abdomen, omoplat, lombe, rădăcinile brațelor și coapselor și eventual pe tot corpul. Fața este excepțional atinsă. Z i e l e r neagă prezența ei pe față. M u l z e r spune că apare numai rareori. D a r i e r spune că s'a observat numai excepțional pe față (B e s n i e r, P a y e n) cât și pe gât (U n n a). K e l l e r a găsit focare fluorescente și pe pielea păroasă a capului. Mâinile și picioarele sunt respectate. Generalizarea pe tot corpul este o raritate. B e r g h spune că se găsește adeseori la prostituate în regiunea genitalelor. P l a u t crede mai mult, că regiunea genitală ar fi chiar focarul boalei și că la femei este atacată mai ales regiunea pubiană.

Faptul că mâinile și picioarele rămân imdemne, se explică prin modul de imbolnăvire, căci Pitiriază versicoloră se localizează foarte superficial și nu pătrunde în profunzime. La palma mâinei și talpa piciorului îngroșarea pielii și jupuirea stratului cornos superficial se face mult mai repede prin întrebuințarea continuă, așa că sporii nu se pot prinde dat fiind timpul lung de incubatie. Spălarea deasă pe mâini, picioare și față are și ea efectul ei.

Evoluția. Debutul trece întotdeauna neobservat și se face în jurul orificiului folicular printr'o maculă de 1—2 mm. În general maculele au tendința de a se extinde spre periferie și au evoluție foarte lungă. Totuși, Ruete descrie un caz la care recidivele au apărut întotdeauna în acelaș loc și de aceeași mărime, iar leziunile nu s'au mărit niciodată. Wolff și Mulzer descriu alt caz la un bolnav care suferea de sifilid și care de doi ani purta pe piept o pată de Pitiriază versicoloră de mărimea unei monede de o marcă și care nu s'a schimbat cu nimic. Că nu era vorba de o pată pigmentară, a dovedit-o semnul unghiei și examenul microscopic care a arătat prezența Microsporcon-ului furfur.

Recidivele sunt foarte frecvente.

Frecvența. Pitiriază versicoloră are predilecție pentru adulții tineri, sexul ne jucând nici un rol. Este excepțională la copii și aproape dispăre la bătrânețe. Sunt însă și excepții, fiindcă Sabouraud a semnalat-o și la sugari, iar Mulzer amintește de un caz care la 74 ani suferea de o Pitiriază versicoloră floridă.

La ambulanța Clinicei Dermato-venerice din Cluj, s'au prezentat foarte mulți studenți cu această afecțiune, ceea ce ar însemna că ar avea preferință pentru intelectuali. Acest fapt se explică prin aceea că studenții se îngrijesc mai mult dând importanța cuvenită acestei afecțiuni, în timp ce restul o ignorează din cauză că nu dă simptome subiective și se localizează numai pe regiunile acoperite de îmbrăcăminte.

Afecțiunea pare că se întinde peste întreg globul, însă sunt motive să acceptăm că frecvența diferă după regiune. Plaut a văzut la Hamburg mai puțini bolnavi, decât la Leipzig. La Marburg, din 6.000 de pacienți numai 3 aveau Pitiriază versicoloră.

Trebue să admitem că pacienții cari sufăr de pe urma Microsporcon-ului furfur, au o predispoziție specială pentru această boală, sau cauza frecvenței regionale trebue să fie în anumite obiceiuri a populației, care favorizează extinderea ei. Pentru aceasta pledează și faptul că boala preferă mai mult tineretul decât bătrânii (Darrier).

Epidemiologie. Contagiunea interumană este sigură, atât directă cât și indirectă prin intermediul cămășilor și flanelelor, cu toate acestea contagiunile interconjugale sunt rare.

Inocularea experimentală la om a reușit uneori (K ö b n e r, S p i t s c k a). Incubația trece de o lună.

Forme clinice.

Din punct de vedere a formei și evoluției leziunilor, G o u g e r o t distinge:

1. Forma tipică brună, cu leziuni izolate, insulare.
2. Forma miliară punctată, de mărime dela 1—3 mm. Adesea această formă este imperceptibilă, însă soarele a scoate la iveală în alb pe pielea brună.
3. Forma circinată, descrisă de J a d a s s o h n și R i e t m a n n, care este exagerarea tendinței de evoluție centrifugă dela forma clasică, cu marginile mai pigmentate.
4. Forma confluentă, în placard întins.
5. Forma papuloasă a lui R i e t m a n n, datorită dermografismului.
6. Forma infantilă acută a lui S a b o u r a u d, caracterizată prin elemente eritematopapuloase circinate sau policiclice, la periferie de un roșu viu iar la centru de un gri cenușiu și cu evoluție rapidă.

Forme eritematoase și eritematoscuamoase fără hiperpigmentații și fără achromii: Pitiriază versicoloră atipică pe pielea normală albă.

1. Pitiriază versicoloră eritematoscuamoasă numulară.
 2. Varietatea punctată.
 3. Pitiriază versicoloră eritematoscuamoasă, circinată și inelară.
 4. Pitiriază versicoloră eritematoasă numulară.
 5. Varietatea punctată.
 6. Pitiriază versicoloră eritematoasă circinată.
- Atât timp cât aceste forme sunt izolate.

G o u g e r o t împreună cu J o y e u x și B u r n i e r au prezentat Societății de Dermatologie din Paris în 13. II. 1939, un bolnav de 24 ani cu forma eritematoscuamoasă circinată. Bolnavul avea pe toarce, de mai multe luni, leziuni tipice de pitiriază versicoloră brună. Pe gât însă, leziunile aveau un aspect diferit; erau rotonjite sau circinate, ovalare sau neregulate, de mărimi variabile, cu margini nete de un roșu viu,

scuamoase, în timp ce la centru pielea era normală. Aceste leziuni așa de atipice pe gât conțineau aceeași ciupercă ca și elementele tipice brune de pe torce.

Acest fel de extindere îl cunoaștem dela alte dermatoze și probabil că e în legătură cu proprietățile de alergizare individuale.

Concludem că, toate aceste forme pot fi reunite pe acelaș bolnav.

Erhman a descris forme albe, după băile de soare prelungite, iar Wertheim după iradiații cu raze ultraviolete, și cari după Darier, Sabouraud, Milian, Du Bois și Artom sunt date de acelaș parazit care se găsește în forma tipică.

Din punct de vedere clinic, următoarele trei forme par a fi mai interesante :

Forma pitiriazică albă, leucomelanodermică.

Este cea mai frecventă și e caracterizată prin pete multiple, inegale, rotunjite, dela 3—30 mm., de aceeași formă, mărime și localizare ca și cea tipică, cu margini nete și bruște, albe, ușor scuamoase și se observă ușor pe fondul brun al pielii pieptului, mai mult sau mai puțin pigmentate de soare. Trebuie remarcat că scuamele sunt fine, fragmentate, necoherente, netede lucioase și de grosimea Pitiriaziei versicolore brune.

Pitiriază versicoloră eritematoscuamoasă circinată cu melanodermie.

E caracterizată prin cercuri rozate cu diametrul dela 10—30 mm. scuamoase sau nescuamoase. Centrul e decolorat, puțin sau deloc scuamos, roz sau alb, după cum leziunea e mai tânără și mai mică sau mai în vârstă și mai mare. Marginile inelelor sunt delimitate brusc spre periferie și se pierd spre centru.

Pitiriază versicoloră achromică albă cu scuame coherente.

Gougerot și Jean Meyer au descris un caz la un bărbat tânăr, a cărui soție avea forma leucomelanodermică obișnuită, care avea pe fondul pigmentat al pielii sănătoase, în

regiunile expuse soarelui, leziuni albe rotunjite, dela 5—20 mm. diseminate fără ordine pe torace și rădăcinile membrelor. Scua-mele erau coerente, netede lucioase și dădeau semnul unghiei. E deci identică cu forma clasică, cu singura deosebire, de culoare, care aici este albă; și în consecință e deosebită de forma pitirizaică albă, descrisă mai sus.

Patogenia achromiilor parazitare.

În Euroga, cât și în Africa de Nord achromiile parazitare sunt date de Pitiriază versicoloră achromică. Această Pitiriază versicoloră achromică evocă două chestiuni: generalitatea dermatozelor achromice (studiate de G o u g e r o t între 1921—31) și originea achromiilor parazitare, atât de frecvente în țările tropicale, cari par să fie un sindrom al diverselor pidermomicoze.

Iată câteva afecțiuni parazitare tropicale cari dau achromii: „Tinea imbricata“ sau „Tokelau“ dat de **Endodermophyton concentricum** sau **tropicale** a lui Castellani.

„Caratés“ (mal de Pinto).

„Hodi-potsy“ din Madagascar dat de **Hormodendron Fontoynti** L a n g e r o n 1913.

„Tinea alba“ dat de **Epidermophyton rubrum** Castellani 1909 și de **Atrichophyton Macfadyeni**.

„Tinea albigena“ dat de **Trichophyton albiscans** a lui Nivenhuis Castellani 1905 (ușor cultivabil).

„Tinea nigra“ dat de **Cladosporium Mansoni**, Castellani 1905 (cultivabil).

„Tinea flava“ a lui Castellani și Chalmers sau **Pitiriasis versicolor flava** sau **Tinea rosea** a lui Castellani, dată de un parazit diferit de acel al Pitiriazei versicolore europene numit **Malassezia tropică** a lui Castellani, 1908.

Se descriu și semne clinice diferite.

Tinea flava se localizează la față, însă cercetările mai noi ale lui Arton au arătat că Pitiriază versicoloră veritabilă se poate localiza și la față.

J e a n s e l m e, separă Pitiriază versicoloră europeană prin două caractere: prezența filamentelor cu măciucă, și a celor în formă de fus.

G o u g e r o t și J o y e u x au discutat caracterele diferențiale date de Castellani și cred că cei doi paraziți **Malassezia furfur** europeană și **Malassezia exotică**, sunt unul și același parazit.

V u i l l e m i n din Nancy a confirmat că paraziții din Tinea alba erau a **Microsporon-ului furfur**.

Pe celelalte, Castellani le distinge prin caracterele clinice și nu micologice.

Aparte de aceste cazuri frecvente sau citat cazuri izolate de achromii parazitare date de alți paraziți :

1^o „Aspergillees“ Pardo Castello și Dominguez.

2^o Forme de trecere între *Malassezia furfur* și *Hermოდendron Paneirras Horta* din Brazilia.

3^o Epidermomicozele achromice date de *Hemispora stelată* Mibelli și Mantarro.

4^o Gougerot a descris o *Trichofitie achromică* sau *leucomelanodermică* după leziunile solare, consecutivă unei *Trichofitii* numulare diseminate pe torace și membre, dată de *Trichofyton equinum*.

5^o Gougerot, Jean Meyer și Pierre Cohen au văzut *leucomelanodermii* în urma leziunilor solare după epidermomicoze.

6^o Gougerot, Blum și Duché au descris o *Nocardoză* dată de o *Nocardie* nedeterminată, la un negru din Congo.

Din punct de vedere evolutiv însă, trebuie să distingem bine : a) Leziunea în activitate încă scuamoasă și parazitată, necesitând continuarea tratamentului și care merită numele de *Pitiriază versicoloră achromică* și b) Leziunea vindecată fără lezarea epidermei, cu achromie și neparazitată, care nu are nevoie de tratament și care trebuie să se cheme *leucomelanodermie consecutivă*.

Reproducerea experimentală.

Gougerot și Jean Meyer au reprodus experimental *Pitiriază versicoloră achromică*, izolând niște pete brune de *Pitiriază versicoloră* tipică, pe care le-a iradiat cu raze ultraviolete și a ajuns la concluzia că, este o achromie adevărată și nu una falsă prin contrast. Ruete o confirmă histologic.

Liepschitz, Finger și Riechl au fost de părere că achromiile sunt date de o varietate nouă a sporului, însă Wertheim a tratat bolnavii cu raze ultraviolete și a dovedit că petele nu au arătat nici un eritem față de restul pielii. Miceliile adunate împreună cu stratul cornos îngroșat acționează ca un filtru.

Pitiriază versicoloră achromică ridică trei factori cari nu sunt deloc incompatibili :

1, acțiunea decolorantă a soarelui asupra Pitiriaziei versi-colare tipice, transformând scuama din brună în albă.

2. acțiunea antipigmentară a petei epidermomicozice care acționează ca un ecran.

3. depigmentarea pielii parazitare și Gougerot a arătat că pielea achromică este lezată mai mult sau mai puțin din punct de vedere a pigmentogenezei, căci ea nu reacționează la fel ca o piele normală; ea este mai degrabă hiper-rezistentă și nu se pigmentează prin dozele mijlocii care pigmentează pielea normală neparazitată.

Însă această rezistență nu e absolută ci e o diferență de rezistență la pigmentare, fiindcă cu doze mai puternice se ajunge la pigmentarea petelor achromice.

Mario Artom a făcut un studiu amănunțit asupra patogeniei achromiilor și examinează ipoteza după care rolul ciupercii s'ar limita la acela de a proteja pielea contra razelor ultraviolete, arătând prin argumente și cercetări mica valoarea a acestei ipoteze.

El schițează ipoteza unei acțiuni antifotosensibilizatoare a ciupercii, particulare parazitului.

Examinează în sfârșit ipotezele, care pun în joc o acțiune legată de o activitate particulară a parazitului, referindu-se la observațiile lui Truffi și Lombardo, asupra pigmentului trichofitic în viața parazitată.

Autorul nu crede că ar fi o absorbție a pigmentului pielii de către parazit și combate opinia acelor care consideră dischromiile cutanate ca fiind legate de procesul pe care-l suferă placa pitiriazică în virtutea căruia din brun devine alb.

Pentru Artom, aceste două procese sunt independente.

El înfățișează posibilitatea de intrare în joc a fenomenelor de oxidație sau de siderofilie determinată de ciupercă pe tegument.

El concludă că, leucodermia parazitată are aceeași patologie pe care o au și alte numeroase leucodermii parazitare de altă natură, adică intrarea în joc a unui proces inflamator.

În rezumat, cauza acestei achromii pare să fie dublă: acțiunea parazitată toxică, dar mai ales acțiunea inflamatorie, fiindcă și alte dermatoze neparazitare dau aceleași aspecte leucomelanodermeice.

Histopatogenie.

Microsporon-ul furfur se localizează în stratul cornos al pielii. Sporii și miceliile pătrund între celule diminuând aderența de straturile subjacente, producându-se astfel descuama-

ția. Sub scuame găsim uneori un mic punct de sânge sau o piele umedă lucitoare. Z i e l e r spune că sângele lipsește întotdeauna. R u e t e l' a văzut de multe ori. J a d a s s o h n și J e s i o n e k spun că, dacă raclăm scuamele, vedem adeseori cum apare sângele sub forma unui punct. Este interesant că această sângerare survine la Pitiriază versicoloră cu toate că Microsporon-ul furfur se localizează exclusiv în stratul cornos. Sângele, inroșirea și umezeala care apar așa de des la îndepărtarea focarelor, fac dovada că deși această boală e superficială, trebuie să atingă și straturile mai profunde, dând semne de inflamație.

Cercetările majorității autorilor s'au limitat la studiul scuamelor, la prezența, situația și forma sporilor.

U n n a, spune că Microsporon-ul furfur se localizează în straturile cornoase mijlocii de unde progresează la suprafață dar niciodată în profunzime.

W a e l s c h a fost primul care a studiat mai amănunțit Histologia straturilor mai profunde. Dânsul afirmă că spori se localizează în straturile mijlocii și profunde. În straturile superficiale se găsesc numai cantități minime. Înmulțirea sporilor nu depășesc stratul cornos bazal. Unde se întâmplă totuși acest lucru, e vorba de introducerea sporilor și miceliilor în stratul granulos pe cale mecanică, printr'o plagă.

Corpul mucos e normal; excepțional găsim o exosmoză. Glandele sudoripare, sebacee, sunt îndemne.

Părul deasemenea e liber de vegetațiile sporului.

În derm, găsim mai ales acolo unde îngrămădirea de spori e mai mare, o ușoară hiperemie a capilarelor dela suprafață și o exudație mică în jurul lor ca și în jurul rețelei de vase a papilei.

În tabloul histologic a lui Jesionek, găsim deasemenea dilatarea vaselor corpului papilar și o imbibare a țesutului conjunctiv, cu exudat seros și celular, ce se prezintă sub formă de infiltrații perivasculare.

Din toate acestea se deduce că ciuperca nu e un simplu saprofit, ci din contră, un veritabil parazit care acționează prin toxine.

Iar faptul că nu întotdeauna se găsesc semne inflamatorii, se explică prin aceea că focarele acute dau fenomene inflamatorii iar cele vechi nu. Iar când le găsim și acolo, înseamnă că sunt provocate de toxinele sporilor care mor.

Parazitologie.

După cum am amintit, **Pitiriaza versicolora** este provocată de o ciupercă numită **Microsporon furfur**. Punerea în evidență la microscop este simplă și reușește aproape în totdeauna. Technica este următoarea: Detașăm câteva scuame cu unghia sau cu o chiuretă netăioasă, le punem pe o lamă de sticlă, le disociem în câteva picături de KOH 40% fie la rece, fie la încălzire moderată, după ce le-am acoperit cu o lamelă. Examinăm la microscop cu obiectivul Nr. 7. Parazitul apare necolorat și observatorul e izbit de niște filamente miceliene scurte, (15—40 μ) puțin ramificate, flexuoase și impletite ca o plasă. Grosimea filamentelor nu este egală, unele sunt de două ori mai groase decât altele. Miceliile au forme diferite, ori sunt întinse și drepte, ori șerpuite desenând semicercuri, S sau V. Unele sunt ramificate în formă de Y. Unele prezintă membrane despărțitoare transversale. În ochiurile rețelei de micelii se observă sporii dispuși sau izolați sau în grupe de 10—30 asemănătoare cu ciorchine. Așezarea ciorchinelor e neregulată, care neregularitate o observăm și în culturi,

Dealungul miceliilor sporii se găsesc foarte rar.

Forma sporiilor variază foarte mult; rotunzi, ovalari, sau colțuroși. Unii sunt de multe ori mai mari decât alții. Toți au însă comun conturul dublu și refringent.

Nu s'a reușit însă să se arate conexiunea dintre spori și micelii, nici chiar la Microfotografie.

Culturi. Pe cât de ușoară este prezentarea microscopică a ciupercii, pe atât de grea este cultivarea ei.

Voerner folosește geloză cu ser de porc, Plaut Matzenauer, Ota, Nicolle pe geloză glicerinată, Gastou geloză cu placentă, Ruete mediul lui Grütz.

Nu ne vom ocupa de toate indicațiile despre culturile reușite, fiindcă nu dau un tablou uniform. Menționăm numai părerea lui Plaut, care s'a ocupat mai intens cu cultivarea **Microsporon**-ului furfur și a ajuns la următoarele rezultate. El nu poate confirma părerea lui Voernel că, cultivarea pe geloză cu ser de porc reușește în mod regulat, ci din contră foarte greu. Din 35 de încercări, numai două i-au reușit. În primul caz a întrebuițat ser de porc cu agar peptonat, iar în al doilea, geloză cu ser de porc. După trei zile au luat naștere culturi foarte caracteristice, asemănătoare cu puful sau praful, înconjurate de o zonă fluidă. Privite la microscop, vedem micelii frumos formate și septate.

Ruete, s'a servit de procedeul lui Plaut și Kral.

A luat o cantitate mare de scaume recent raclate, le-a însă-mântat pe bulionul lui Grüt z și le-a pus la termostat la 37°. După 24 ore a observat un număr mic de culturi albe-brune, pe care le-a considerat la început, ca murdării, fiindcă lipsea strălucirea umedă a bacteriilor, însă după cercetări s'a văzut că era vorba de spori așezați în ciorchine. Sporii aveau aceeași formă și mărime ca și aceia din scuame și nu s'au mărit aproape deloc cu toate că au stat încă cinci zile la termostat. Culturile s'au prezentat la fel ca cele descrise de Plaut, cu excepția zonei fluide, cauzată probabil de compoziția mediului de cultură. Culturile aveau aceeași culoare; la început albicioase, apoi din ce în ce mai brune.

Pe alte medii, culturile nu se pot transplanta.

Pe bulionul de conservare, pe care alți spori cuprind întreg fundul flaconului Erlenmayer, Microsporon-ul furfur după șase zile nu are diametrul decât de un centimetru. Aici culturile sunt la început albe ca puful, cari la atingerea cu ansa de platină se întind ca firele. La microscop, găsim numai spori și rar de tot micelii. Sporii sunt mai mici ca în scuame și se colorează slab. Colorați cu fuxină, deosebim un centru închis și o zonă periferică palidă.

O creștere mai îndelungată nu s'a reușit pe nici un mediu de cultură, fiindcă după una sau două treceri, sporii muriau.

Diagnostic.

Clinic. Diagnosticul clinic e de obicei ușor în formele tipice. Caracterele specifice ale acestei afecțiuni ca: maculele scuamoase, dascuamațiile furfuracee, semnul unghiei, culoarea brună și aspectul gras lucitor ne fac să punem diagnosticul foarte ușor.

În cazurile atipice însă, diagnosticul clinic este imposibil, mai ales dacă bolnavul nu afirmă să fi văzut transformarea pitiriazii versicolore tipice, în cea actuală atipică și atunci trebuie completat cu examenul microscopic.

Microscopic. Technica este simplă și reușește întotdeauna. Detașăm câteva scuame cu unghia sau cu o chiuretă netăioasă, le așezăm pe o lamă, le disociem în câteva picături de KOH 40%, la rece sau le încălzim ușor la flacăra unei lămpi de spirt sau gaz, după ce le-am acoperit cu o lamelă și le examinăm la microscop cu obiectivul Nr. 7. Preparatul ne prezintă filamente miceliene scurte, flexuoase, puțin ramificate și împletite ca o plasă în ochiurile căreia observăm sporii izolați sau grupați în ciorchine.

Lumina Wood. Pitiriază versicoloră expusă razelor ultra-

para-violete (lumina Wood) fluorescează într'o lumină alburie cu nuanță gălbue-roșie, în timp ce alte micoze cutanate prezintă alt aspect.

Diagnostic diferențial.

Eritrasma este afecțiunea cu care pitiriază versicoloră se confundă cel mai des și se deosebește cel mai greu. Diagnosticul diferențial îl facem din localizare și microscopic. Microsporonul minutissimum agentul patogen al Eritresmei se localizează întotdeauna în plicile inghinale, scrot și părțile care vin în contact cu el, axilă și plicile de sub mamele, pe când Pitiriază versicoloră atacă mai mult pieptul și spatele. Evoluția este mai lentă.

Weidmann descrie un caz unde Eritrasma era localizată pe torace și atunci diagnosticul îl putem pune numai la microscop.

Eczeza seboreică sau eczematidele reginii mediane a toracelui se deosebesc prin aceea că sunt mai circumscrise, pruriginoase, roșcate la centru, roșii crustuoase la periferie.

Nevii pigmentari plani oferă uneori la un examen superficial același aspect. Inșă pata de culoarea cafelei cu lapte datează din copilărie, epiderma nu prezintă nici o descuamație și nu se poate detașa lamboul epidermic.

Pitiriază rozată cu evoluție ciclică subacută, a cărei elemente au o culoare rozacee, cu centrul galben închis. Epiderma la nivelul lor e fin plisată sau mai bine descuamată. Există însă întotdeauna una sau mai multe plăci de origine.

Trichofitia pielii glabre are o margine mai roșie, adesea vesiculoasă, net delimitată și mult mai pruriginoasă.

Pitiriază circinată a lui Toyama este o boală care se aseamănă cu Pitiriază versicoloră la culoare și leziuni. Se deosebește însă parazitologic. Focarile sunt foarte variate ca mărime. Sunt izolate și n'au tendența de a conflua. Caracterul diferențial cel mai important e că, atât în scuame cât și în preparatele histologice nu se găsesc spori. Totuși să bănuiește că e o afecțiune parazitară, fiindcă pare contagioasă. Această boală însă este foarte rară în Europa. Examenul microscopic ne va clarifica întotdeauna.

Diferite **hiperchromii**, în urma aplicării de vesicatorii, evoluția sifilidelor, cloasma gravidică, vitiligo, plăcile brune ale leprei, etc. pot prezenta uneori oarecare analogie.

Gougerot descrie un caz interesant de Pitiriază versicoloră care a fost confundată cu sifilisul.

Un bărbat de 39 ani, nervos, neliniștit, slab, bronșitic, surmenat, însă fără leziuni viscerale nete; pleacă să se repa-zeze la mare pentru mai mult timp, la sfârșitul lunii Aprilie, dar la sfârșitul lui Mai, el revine îngrijorat la Paris, fiindcă un medic i-a spus că ar avea sifilis.

Pe trunchi, gât, rădăcinile brațelor și coapselor, prezenta niște elemente polimorfe, în număr de peste o sută, diseminate fără ordine, pe pielea nepigmentată și rămasă albă. Cele mai numeroase erau macule eritematoscuamoase, rotunjite sau ovalure, dela 10—20 mm., de culoare roză sau roșie palidă uniformă, epiderma descuamată, însă săracă în scuame mici și fine (Pitiriază versicoloră eritematoscuamoasă numulară).

Unele, pe brațe și coapse mai ales, erau de dimensiuni mai mici dela 1—3 mm. și cu toate formele de tranziție spre discurile precedente, având aceeași culoare roză și aceeași descuamație (Pitiriază versicoloră eritematoasă punctată).

Diagnosticul clinic este foarte incurcat și se pot discuta toate dermatozele eritematoscuamoase începând dela Trichofitiie până la sifilis.

Căutând mai amănunțit descopere aproape de ombilic o pată brună de Pitiriază versicoloră tipică.

Reacția Bordet-Wassermann negativă.

Tratamentul local iodat confirmă diagnosticul printr'o vindecare rapidă.

Prognostic.

Prognosticul este bun. Afecțiunea este benignă, iar faptul că nu dă semne subiective și inflamatorii mulți nici nu o tratează. Boala are evoluție cronică și dispare cu timpul, încât la bătrâni nu o găsim decât excepțional.

Tratament.

Pitiriază versicoloră deși se localizează în straturile superficiale ale pielii este o micoză foarte tenace și recidivează cu cea mai mare ușurință din cauza că unii spori pătrund în foli-culi unde nu pot fi distruși așa ușor. De aceea trebuie recomandat continuarea tratamentului și după vindecarea aparentă, alternând după nevoie, o săptămând de tratament, cu alta de repaos.

Jadassohn crede mui mult într'o reinfecție, fiindcă sporii sunt foarte răspândiți în lumea exterioară.

Din însăși localizarea Microsporon-ului furfur reese că

stratul cornos trebuie distrus prin mijloace terapeutice, fiindcă acesta este singurul strat purtător al germenului. Pentru aceasta sunt mai multe procedee :

G o u g e r o t recomandă :

1. Înălăturarea indispensabilă, a scuamelor frecând cu un tampon iodat sau cu o chiuretă netăioasă până la ridicarea lor complectat apoi cu o săpunire.

2. Badijonarea iodată zilnică, bine apăsată sau cu alcool iodat 1⁰/₀, sau cu alcool salicilic 4⁰/₀.

3. Pomade paraziticide cu calomel și acid salicilic aa 5—10⁰/₀ sau sulfat de zinc și cupru aa 1⁰/₀, sau chrisarobină 0,10—1,0⁰/₀ sau iod 0,50—1,0⁰/₀ etc.

Dacă plăcile sunt limitate, J o u l i a recomandă să se facă badijonări cu Tra. iod pură sau mai bine diluată, o treime sau o cincime.

Tra. iod	10,0 gr.
Alcool 80 ⁰	50,0 gr.

Tra. iod	10,0 gr.
Alcool 60 ⁰	70,0 gr.
Alcoolat de lavandă	20,0 gr.

(Sabouraud)

Iod metaloidic	aa 1,0—2,0 gr.
----------------	----------------

Acid salicilic	
Alcool 80 ⁰	100,0 gr.

(Ravaut)

In lipsa acidului chrisophanic, chrisarobina dă rezultate excelente ca și în alte epidermofitii.

Axongie benzoică	30,0 gr.
Lanolină	20,0 "
Chrisarobină	0,50—1,0 "

Poate fi adăogat și iod în cantități cu acelea ale Chrisarobinei însă această pomadă are inconvenientul că pătează lăngeria și apoi provoacă uneori eriteme chrisarobinice. Se recomandă mai mult în virtutea mării întrebuințări a chrisarobinei.

T i l b u r y F o x recomandă următorul procedeu :

Bolnavul să ia o baie caldă, iar când epiderma e destul de macerată o fricționăm vîguros cu săpun ordinar sau săpun verde, apoi săpunire cu apă caldă, impregnarea apoi a părților

bolnave cu oțet și apă sau acid acetic diluat și în urmă o săpuneală cu hiposulfid de sodiu (o optime). De obicei, la începutul celei de a treia băi, toate urmele afecțiuni au dispărut.

În cazurile de Pitiriază versicoloră foarte extinsă, Brocq recomandă fricțiuni cu apă caldă și săpun verde, lăsând să se usuce spuma pe tegumente, apoi spălare cu apă multă. Două zile să se facă băi sulfuroase și în baie se fricționează din nou părțile bolnave fie cu săpun verde, fie cu săpun gudronat, naphтол, sulf, acid salicilic sau cu un amestec de 250,0 gr. de piatră ponce pulverizată la 500,0 gr. de săpun verde. Se suspendă tratamentul timp de câteva zile, când pielea e prea iritată.

Galois a recomandat să se facă loțiuni cu :

Apă oxigenată	12 vol. 200,0 gr.
Borat de sodiu	4,0 gr.

Pomezile preconizate contra Pitiriazii versicolore sunt foarte numeroase. Toate dau rezultate bune, cu condiția de a provoca descuamații. Se întrebuițează mai ales pomezile cu bază de mercur; calomel, precipitat galben, turbith mineral $\frac{1}{20}$ sau $\frac{1}{30}$, sau sulf salicilat în concentrația tolerată de tegumente.

Axongie	
Vaselină	aa 25,0 gr.
Lanolină	
Sulf pp.	5,0—15,0 gr.
Rezorcină	
Ac. salicilic	aa. 1,0—3,0 gr.

(Besnier)

Săpunim dimineața părțile bolnave.

Darier, Wolff, Mulzer, Zieler, recomandă băi cu săpun sau frecare cu săpun verde și la urmă spălare cu sublimat.

Oppenheim face zilnic câte o spălare cu hiposulfid de sodiu 20,0 gr. la 200,0 gr.

Stein recomandă badijonare de două ori la zi cu apă oxigenată iar pentru prevenirea recidivelor fricțiuni în locurile de preditecție cu apă oxigenată 6%.

Schäffer recomandă ;

Epicarin

Ac. salicilic aa 3,0—6,0—10,0 gr.

Rezorcină

Glicerină pură 5,0 gr.

Alcool rectific. ad 200,0 gr.

Joseph pensulează fiecare leziune cu un amestec de naphtol 5,0 gr. disolvat în alcool q. s., săpun verde ad. 100,0 gr. După 5—6 zile consecutive, lăsăm bolnavul în repaos 4—5 zile ca să se facă descuamația cât mai bine, apoi o baie. Dacă au rămas mici resturi se repetă procedeul.

Mulți autori preferă razele ultraviolete, însă trebuie combinate cu unul dintre antisepticele amintite mai sus pentru evitarea recidivelor. Razele ultraviolete acționează mai mult ca un exfoliant, însă au inconvenientul că produc leucomelanoderonii.

În cazurile rebele, se recomandă bolnavilor stațiunile termale cu ape sulfuroase tari ca: Băile Herculane, Vața, Olănești, Pucioasa.

În Clinica Dermatovenerică din Cluj, se întrebunțează cu succes Tra. Castellani și Mycoid „Hygea”.

În toate cazurile trebuie luată precauțiunea de a desinfecța lîngeria pentru prevenirea reinfecțiilor.

Statistica.

La ambulanța Clinicii Dermatovenerice din Cluj, timp de 10 ani (1929—1939) s'au prezentat 48.781 bolnavi din cari 1.924 prezentau micoză cutanată, adică 4%. Dintre aceștia 392 aveau Pitiriază versicoloră, adică 20,4% din totalul micozelor cutanate.

După cum spuneam mai înainte Pitiriază versicoloră survine la adulții tineri, dar mai ales între 20 și 25 ani. Acest lucru s'a constatat și la Clinica Dermatovenerică din Cluj.

Iată mai jos tabloul care confirmă.

Vârsta	A N I I										TOTAL	
	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938	Parțial	General
10—15	0	0	0	0	0	0	3	0	1	3	7	
15—20	7	6	14	4	7	7	7	2	10	9	73	
20—25	7	20	13	13	2	19	14	15	20	20	153	
25—30	7	11	4	9	8	9	12	5	11	12	88	
30—35	0	1	5	6	6	7	3	3	6	3	40	
35—40	1	1	0	1	0	4	3	2	2	2	16	
40—45	2	0	0	0	0	0	2	0	2	1	7	
45—50	0	0	1	2	0	2	0	2	1	0	8	
10—50	24	39	37	35	17	48	41	29	53	50	392	

Concluzii.

1. Pitiriază versicoloră este o epidermomicoză, cauzată de un parazit vegetal cryptogamic numit *Microsporon furfur*.

2. Sunt predispoziții ca: starea de nutriție redusă, catar intestinal cronic, tuberculoză, pielea seboreică, transpirații abundente, cari favorizează dezvoltarea sporilor.

3. Boala survine la adulții tineri, se localizează de obicei pe piept și spate și e contagioasă.

4. Pitiriază versicoloră are o formă tipică brună și forme atipice: miliare punctate, eritematoscuamoase, eritematoscuamoase numulare sau inelare, eritemate circinate, forme în placard întins și forme achromice.

5. Afecțiunea se caracterizează prin macule de culoare care variază de la galben până la brun închis, rotunde sau ovale, izolate sau confluențe, de mărimi variabile de la 2-50 mm., cu aspect uniform gras lucitor, ușor scuamos și cu margini bine delimitate. Leziunile dau descuamații ca tăratele mai ales la raclajul cu unghia. Semnele subiective lipsesc.

6. *Microsporon*-ul *furfur* se localizează în stratul cornos mijlociu și profund pe care nu-l depășește niciodată. Părul, glandele sudoripare și sebacee, rămân intacte.

7. Diagnosticul se face pe baza semnelor obiective și este ușor în cazurile tipice însă, trebuie complectat întotdeauna cu examenul microscopic în cazurile dubioase.

8. Prognosticul este bun. Boala fiind benignă cu evoluție cronică.

9. La aplicarea tratamentului trebuie să ținem seama de următorii factori: a) înlăturarea indispensabilă a scuamelor, b) folosirea medicamentelor parazitocide și c) desinfecția lingeriei, pentru prevenirea recidivelor.

10. Statistica arată frecvența mare a acestei afecțiuni mai ales între 20 și 25 ani.

Văzută și bună de imprimat.

Decanul Facultății:
(ss.) Prof. Dr. I. DRĂGOIU.

Președintele Tezei:
(ss.) Prof. Dr. V. BOLOGA.

Bibliografie.

1. *H. Gougerot*: Progres medical 25 Apr. 1911. Nr. 47. p. 569. — Congres francais de médecine 14 Oct. 1912. — Journal medical francais, 15 Janv. 1913. Nr. 1. p. 19.
2. *Keller*: Dermat. Woch., Bd. LXXXII. No. 14. p. 457.
3. *A. Ballo*: Livre d'or de Beck Emlékkönyv. 1930 p. 533.
4. *Jadassohn*: Schlesig. dermat. Gesell 2 Fev. 1924. — Zentrallblatt f. H. u. G. k. Bd. XII. p. 131.
5. *Rietman*: Soc. franc. de dermat. et de syph. 1924. No. 2, 20.
6. *Gougerot, Duché et Ganot*: P. versicolor tipique anulaire et circiné (Soc. dermat. 9 Juillet 1931. Nr. 7. p. 1131).
7. *Gougerot*: Les causses leucomélanodermies syphilitique du cou: hypo et hyperchromies syphiloides post-lesionnelles (Soc. med. des hôp. 14 Oct. 1921. Nr. 29 p. 1347).
8. *Gougerot, Joyeux, Burnier Paul Blum, Jean Meyer et Saïdman*: Achromies parasitaires ou P. versicolor achromiant (Archives de la clinique de Saint-Louis. Dec. 1929. Nr. 4 p. 470).
9. *Gougerot, R. Barthélemy, P. Blum, Meyer et Jean Weill*: Leucomélanodermies post — lésionelles; dermatoses achromiantes (Archives de la clinique de Saint-Louis, Mars. 1931. Nr. 9 p. 141 à 168).
10. *Mario Artom*: Giornale Ital di dermatol. e sifil. fasc. 6 Dec. 1930. p. 1945.
11. *A. Ruete*: Handbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten de Jadassohn p. 702.
12. *Kyrle*: Vorlesungen über Histobiologie der Menschl Haut und ihrer Erkrankungen. 1925. p. 304.
13. *Jesionek*: Biologie p. 497.
14. *Gougerot*: P. V. atipique. Les erreurs avec la syphilis, leur importance pratique (Presse médical 7 Mai 1932. Nr. 37 p. 742).
15. *P. Joulia*: Traite de dermatologie clinique et therapeutique.
16. *A. Desaux et A. Boutelier*: Manuel pratique de dermatologie.

17. *Cimoca*: Formular terapeutic.

18. *Kopenetz*: Utilizarea razelor ultraviolete in dermatologie ca metodă de diagnostic și in special utilizarea lor la depistarea micozelor cutanate. — Teză.

