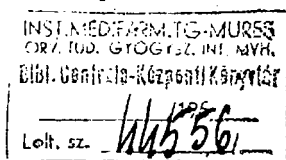


No. 1606.

PIODERMILE VEGETANTE

TEZĂ
PENTRU
DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE 13 Iunie 1940.
DE
MOSCOVICI MOISE



22 JUN 1940

UNIVERSITATEA „REG. FERDINAND I” DIN CLUJ
FĂCULTATEA DE MEDICINĂ

Decan : D-nul Prof. I. Drăgoiu

Profesori :

Anatomie umană	Prof.	Dr. Papițan V.
Chimie generală medicală	„	„ Secăreanu S.
Chimie biologică	„	„ Manta I.
Istologie și embriologie	„	„ Drăgoiu I.
Patologie și fizică medicală	„	„ Benetato Gr.
Anatomie patologică	„	„ Vasillu T.
Bacteriologie	„	„ Baroni V.
Patologie generală și experimentală	„	„ Botez M. A.
Igienă și medicină preventivă	„	„ Moldovan J.
Clinica medicală I.	„	„ Hașteganu I.
Clinica medicală II. (semiologie)	„	„ Gola I.
Clinica chirurgicală (semiologie)	„	„ Pop A.
Clinica chirurgicală și boalele căilor urinare	„	„ Teposu E.
Clinica obstetricală și ginecologică	„	„ Grigoriu Cr.
Clinica dermatologică și sifilografică	„	„ Tătaru C.
Clinica infantilă și puericultură	„	„ Popoviciu Gh.
Clinica neurologică	„	„ Mînea I.
Clinica psihiatrică	„	„ Urechta C.
Clinica oftalmologică	„	„ Mitchell D.
Clinica balneologică și dietetică	„	„ Sturza M.
Clinica oto-rino-laringologică	„	„ Buzolanu Gh.
Clinica stomatologică	„	„ Aleman I.
Medicina legală	„	„ Kernbach M.
Radiologie	„	„ Negru D.
Istoria medicinei	„	„ Bologa V.
Farmacologia	Supleant Prof.	„ Baroni V.
Igienă și medicină preventivă	Agr.	„ Zolog M.
Clinica boalelor contagioase	Conf.	„ Gavriliă I.
Fiziologie și Fizică		

JURIUL DE PROMOTIE :

<i>Președinte :</i>	D-1	Profesor	Dr. V. Bologa
<i>Membrii :</i>	}	„	„ „ G. Benetato
		„	„ „ M. Sturza
		„	„ „ Gh. Buzolanu
		„	„ „ M. Kernbach
<i>Supleant :</i>	D-1	Conf.	Dr. I. Gavriliă

Istoric.

Primul care s'a ocupat cu piodermiile vegetante a fost Hallopeau, care le a prezentat Congresului internațional din Paris în anul 1889 sub numele de „Dermatite pustuleuse chronique à foyers excentriques” aceste afecțiuni erau considerate de unii autori din acele vremuri, ca fiind un pemfigus vegetant. În anul 1904 Gaucher după lungi cercetări pune această atecțiune între dermatozele microbine numind-o piodermită vegetantă a lui Hallopeau; s'au mai ocupat cu aceste studii Bosselini în 1905 și Azua 1908, iar mai recent Jaques Peyri în 1926, iar în 1927 Milian publică în Revue Française de dermatologie cercetări și studii unde insistă asupra caracterelor clinice și histologice a elementelor inițiale foliculare din piodermiile vegetante. Din punct de vedere geografic sunt răspândite mai ales în jurul Mediteranei (Italia, Spania, Algeria) însă se observă și în România.



Introducere.

Inaintē de a incepe expunerea subiectului lucrării mele modeste, voi încerca să dau o definiție asupra piodermiilor în general. Prin piodermiile înțelegem inflamațiunile acute sau cronice ale pielii, care pot fi superficiale sau profunde, produse pe cale exogenă de agenți supurativi banali, numiți piococi. — Infecțiunile piogene a pielii sunt mai frecvent acute și superficiale, dar câte odată pot evolua cronic și în plus de cronicitate să mai prezinte diverse caractere de ex, pot fi :

- a) vegetante
- b) ulceroase
- c) necrotice sau gangrenoase.

La al III-lea congres de dermatologie care s'a ținut la Bruxelles în anul 1926 Peyri de Barcelona a făcut o comunicare interesantă asupra piodermiilor vegetante împărțindu-le în 3 forme: 1. Pseudoneoplazice, 2. Verucoase, 3. Papilomatoase. — Alți autori în frunte cu Leloir le-au numit „folliculite suppurée et conglomérée en placards”; „Truffi le numește „Folliculitis staphylogenes vegetans”; Bosselini „granuloma exoticum herpetiforme”; Pick „maladie framboesiforme”; Prof. Nicolau descrie recent un caz sub numele de: „Dermatoză papulo-foliculară și în placarde papilomatoase cu mers serpiginos și c'atrical”. — Variatele numiri date de autori, ne arată cât de neclară este încă chestiunea piodermiilor vegetante. Diversele forme clinice observate sunt de un polimorfism extrem, totuși au anumite trăsături comune care vor permite o clasificare în grupe. S'ar părea foarte logic să se facă o clasificare etiologică, dar aceasta ar fi posibil dacă

ar fi vorba de leziuni acute și strict diferențiate. În cazul nostru nu e posibil deoarece leziunile sunt cronice și în plus găsim un polimicrobism deci cade clasificarea etiologică. — Mai recent s'a adoptat o clasificare morfologică bazată pe caracterele morfologice ale leziunilor, fiind cea mai acceptabilă dintre toate. Deci în descrierea noastră vom adopta clasificarea morfologică împărțindu-le în :

- A) Piodermii vegetante pure
- B) Piodermii ulcero-vegetante.

Țin cu această ocazie să aduc viile mele mulțumiri Domnului Prof. Dr. V. Bologa pentru onoarea ce-mi face de a fi președintele promoției mele, Domnului șef de lucrări Dr. Leonida Pop pentru acordarea subiectului tezei și sfaturilor date. — Multe mulțumiri și recunoștință Domnilor asistenți: Dr. N. Lengyel, Dr. N. Păcescu, și Dr. L. Modran pentru ajutorul dat la alcătuirea tezei mele.



A) Piodermiile vegetante pure:

Primele observațiuni asupra acestora au fost făcute de Leloir care în 1884 a descris 8 cazuri de perifoliculite supurate și conglomerate în plăci; dar după aspectul leziunilor descrise de Leloir era vorba de un veritabil Kerion Celsi. Numai datorită faptului că Hallopeau prezintă Soc. de Derm. un cas din boala lui Leloir în care culturile microbiene au arătat prezenta stafilococului, făcând astfel să cadă etiologia micozică a acestei afecțiuni care era susținută în acele vremuri. — Piodermiile vegetante pure se pot prezenta sub următoarele forme clinice:

- I Piodermii vegetante forma papilomatoasă sau forma Hallopeau
- II. " " " verucoasă cu mici focare.
- III. " " " tumorală.

I. Piodermii vegetante forma papilomatoasă sau forma Hallopeau. Se caracterizează din punct de vedere clinic printr'un debut lent, primele manifestațiuni clinice sunt foliculitele cu pustele, care se propagă încetul cu încetul prin autoinoculare și la periferie leziunile se grupează în placarde. — Piodermia vegetantă a lui Hallopeau se caracterizează în perioada de stare prin proeminente mai mult sau mai puțin întinse de conformație uneori neregulate, alteori regulate policiclice. — Suprafata acestor formațiuni este acoperită de cruste groase. Decapând crustele nu vom găsi ulcerațiuni, ci un țesut de granulații puțin proeminent din planul pielei de culoare roșie. Producând o presiune asupra acestui țesut granulos dintre interstiții va eși puroi. — Ganglionii regionali de cele mai multe ori nu sunt interesați, uneori pot fi interesați producând bolnavului o adenită ușoară și puțin dureroasă. — Lipsște alterarea stărei generale, în schimb bolnavul poate prezenta un prurit foarte intens. Din punct de vedere al localizării pot fi interesate toate suprafețele corpu-

lui, totuși această afecțiune are o localizare electivă, preferând regiunile păroase: în primul rând regiunea ingvino-pubiană, regiunea păroasă a axilei, suprafața păroasă a capului, membrele superioare și inferioare, și câteodată chiar mucoasele pot fi atinse. — Evoluția acestei afecțiuni este cronică cu extensiune progresivă și excentrică a leziunilor, ele dispărând fie spontan fie sub influența antisepticilor lăsând după ele o cicatrice și o pigmențatie. Focare stinse pot se recidiveze și să reinceapă o nouă activitate după o perioadă de remisiune mai mult sau mai puțin lungă. — Dacă evoluția se prelungește, putem avea aparițiunea unor abcese subcutanate cu evoluția subacută, capabile să provoace o destrucție mare de țesuturi.

Anatomie Patologică. Leziunile nu interesează decât epidermul: găsim pustule foliculare cu mici abcese peripilare intra epidermice subjacente, hiperacanthoză și parakeratoză. — Intălnim reacțiunile dermului prin straturile sale superficiale cu infiltrații monocitară, edem, dilatație vasculară, eozinofilie. — Venturii a publicat (în dermo syfiligrafo Septembrie 1929) un cas de dermatită vegetantă a lui Hallopeau cu aspect istologic de pseudo-epitelicm.

II. Forme verucoase cu mici focare. O altă categorie de piodermii vegetante simple este dermatita verucoidă circumscrisă a membrelor superioare descrisă de Bossellini în 1905 (Giorn. ital din malad. ven.) Aceste leziuni se localizează în special pe fața dorsală a mâinilor, mai ales la muncitori manuali sub formă de placarde circumscrise, cu marginile rotunde sau neregulate, cu diametrul de câțiva centimetri având o culoare cenușie la centru și lividă la periferie: — suprafața fiind acoperită de cruste. — După decaparea crustelor ne apar niște proeminente, papilomatoase, separate prin șanțuri strâmte. Producând o presiune asupra acestora, fășnește puțin puroi. Imprejurul acestor leziuni sunt diseminate leziunile verucoide seci, cu puține reacțiuni inflamatorii, cu ridicături de formă hemisferică, de culoare albicioasă, putând fi ușor confundate cu chistele. Leziunile pot dura timp îndelungat, ele cedând numai la pansamentele antiseptice. În

1911 Gaucher, Gougerot și Dubosc semnaleză Soc. de Derm. o piodermită impetiginoasă verucoasă și în 1926 Kumer publică în Dermatol. Zeitsch. 5 cazuri cu focare unice localizate pe fața dorsală a mâinilor. — Autorul remarcă absența edemelor și a limfangitei.

Anatomie Patologică. Afecțiunea este constituită, de o hiperkeratoză a căror elemente pătrund în foliculii lărgiți. Dermul este infiltrat de celule rotunde și de plasmazellen cu câteva celule gigante și epitelioide, găsim eosinofilie și o vascularizație exagerată cu pereții vasculari îngroșați. Se mai întâlnește încă o dispoziție particulară a digitațiunilor epidermice, care se întind către straturile profunde până la zona glandelor sudoripare formând prin anastomoza digitațiunilor un al doilea strat epitelial sub corpii papilari.

III. Formele tumorale. În acest forme nu se întâlnesc placarde papilomatoase sau verucoase, care să acopere suprafețe mai mult sau mai puțin întinse ci întâlnim mai mult reacțiuni vegetante în sens tumoral. Cea mai frecventă formă este *botriomicomul*, care are aspect de adevărată tumoră de origină stafilococică, constituită de o masă carnoasă pediculată, strămtată la bază și datorită probabil traumatismului. Vegetațiunile piogene forma tumorală se localizează mai ales în regiunea perineală simulând foarte bine sifilidele secundare hipertrofice. Fournier a descris sub numele de sifilide papilomatoase sau dermatite vegetante niște placarde vegetante mai mult sau mai puțin rotunde care simulau plăcile mucoase hipertrofice prezentând o lărgime la bază de câțiva cm. și o grosime de 8—10 mm. unde însă examenul microscopic a pus în evidență prezența stafilococului. Aceste forme se pot întâlni în regiunea perineală la indivizi lipsiți de curățenie, se mai pot întâlni pe suprafața păroasă a capului, pe față, pe membre și în special se întâlnesc frecvent la copilul de sân, care a prezentat mai înainte eczemă. Aceste leziuni sunt în special subacute care dispar în câteva săptămâni în urma aplicării antisepticelor. — O alte varietate a acestor piodermii vegetante tumorale au fost acele descrise de Gougerot în Revue de Chirurgie 1918 sub forma unor le-

ziuni papuloase vegetante, rotungite, grupate pe un placard infiltrat și simulând-actinomicoza. — Gougerot și Blum au descris în Archiv de la clinique d'l'Hop St Luis 1929 sub numele de granulom venerian o leziune vegetantă a penisului sub formă de ciupercă. Este nedureroasă, pediculată, ovalară cu marginele neregulate, neulcerate, suprafața netedă, secretând o serozitate conținând stafilococi. — Localizarea mai frecventă este pe șanțul balano-prepuțial având baza infiltrată fără îndurații și fără reacțiuni ganglionare. — Dispare după 5 săptămâni prin aplicații de antiseptice.

B) Piodermiile ulcero-vegetante.

Piodermiile cronice vegetante pot fi însoțite de un proces ulcerativ. Procesul poate fi superficial sau profund la care intervin fenomene accesorii supraadăogate elementului vegetant. Toate acestea au dat loc la diverse nomenclaturi acestor piodermii. Nu se poate face o clasificare absolută căci formele clinice nu sunt net diferențiate având puncte de asemănare. Le vom împărți în: 1. Piodermii vegetante erozive. 2. Piodermii ulcero-vegetante.

1. Piodermii vegetante erozive. Acestea au fost studiate și puse la punct de către Zurhelle și Klein în 1926 și publicate în Arch. für Dermat. sub numele de „Piodermii cronice vegetante și ulceroase cu progresiune serpiginoasă și cicatrizare plană superficială.” Leziunile se pot localiza pe suprafața păroasă a capului, pe față, pe trunchiu, pe membre. Leziunile sunt uneori în focare unice, alte ori pot fi localizări multiple care pot fi diseminate pe toată suprafața corpului. Leziunile se prezintă sub formă de placarde, infiltrate, edemațiate de culoare lividă, cu excercente, uneori papilare uneori verucoase acoperite de cele mai multe ori de cruste. Decapând crustele se observă ulcerăriuni cu margini neregulate și la nivelul cărora prin presiune țâșnește puroi mai mult sau mai puțin abundent, care poate fi fetid. Aceste eroziuni fistulizează, comunicând între ele în

profunzime. Durerea nu este prea mare fiind mai accentuată la presiune. Prin confluența și progresiunea periferică a leziunilor se formează focare cu contururi serpiginoase, cele mai adese-ori policiclice atingând dimensiunea unei palme de adult, putând lua uneori întinderi foarte mari. Marginile sunt livide, uneori netede, alte ori prezentând, excrescențe fiind însoțite de elemente foliculare, furuncule sau de adăvurate abcese. Dela nivelul leziunilor pleacă dăre limfangitice și ganglionii sateliți sunt măriți de volum și sensibili. In cazuri de focare întinse se constată adesea o zonă centrală cicatrizată și netedă, pe când procesul dela periferie este în completă desvoltare. Piodermiile vegetante erozive pot avea un debut folicular, care par adesea consecutive unui traumatism, sau unor stări infecțioase cronice a pielii (eczemă recidivantă infectată, sicoză furunculoză, blefarită) evoluția fiind de cele mai multe ori cronică, fără tendința spontană a unei vindecări. Ele pot dura săptămâni, luni sau ani. Zurhell și Klein au avut 7 cazuri care au durat 16 ani. Vindecarea acestor afecțiuni este în general obținută prin tratament, având ca rezultat final o cicatrice pigmentată, regulată plană excepțional cheloidă. Recidivele sunt frecvente și sunt datorite înmulțirii microbilor la vechile focare. Aceste recidive se produc de obicei în cicatrizările spontane.

2. Piodermiile ulcero-vegetante. Aceste piodermii survin din piodermii vegetante, unde activitatea microbiană este extrem de virulentă, rezistența organismului fiind diminuată. Astfel în observațiunile făcute de Zurhell și Klein ei descriu aceste leziuni sub forma unor ulcerațiuni de dimensiuni variabile care sunt acoperite de granulațiuni moi și friabile atingând o profunzime de 2 cm. Kousnetz semnalează în Roussky Vestnik Dermat. 1930 2 cazuri de piodermie cronică serpiginoasă localizată la membrele inferioare, prezentând toate caracterele descrise mai sus de Zurhell și Klein, în plus prezentând multiple ulcerațiuni granuloase care au atins țesutul celular subcutanat. La unul din cazuri s'a produs o complicație de osteomielită la nivelul coapsei. In aceste forme trebuie să mai descriu pseudo-epiteliomul cutanat descris de Azua și Sada în 1904 la Congresul din Madrid. Se prezintă

sub forma unei ulceratii de 20×14 cm. prezentând o masă neoplazică, proeminentă, de culoare roșie având consistența moale, suprafața sângerândă și purulență. Examenul istologic simulează deasemenea epiteliomul însă se pot diferenția de acesta prin prezenta unui mic număr de lobuli epiteliali uniți prin lungi pediculi de celule epiteliale și forme rudimentare de globule epidermice fără eleidinizare. Peyri a descris la Congresul din Bruxelles sub denumirea de piodermie vegetantă pseudo-epiteliomatoase, leziuni similare cu acelea descrise de Azua și Sada la 1903 prezentând cazuri acompaniate de leziuni osoase, unde a fost nevoie de amputarea osului interesat.

Anatomia patologică. In epiderm întâlnim acantoză și spongioză. Dermul este ocupat de un țesut de granulație, de limfocite, de plasmazellen cu eozinofile. In unele cazuri avem formațiuni de abcese leucocitare, în altele avem abcese cu o structură tuberculoidă, cu celule gigante și epitelioides. Țesutul elastic este distrus, întâlnim procese de endarterită și periarterită.

Etiologie, patogenie.

Piodermiile vegetante și ulceroase se întâlnesc în special la bătrâni, la copii de sân, la indivizi debilitați, cașectici, tuberculoși, alcoolici, diabetici și sifilitici. In producerea lor intervin și factori locali predispozanți ca: igiena cutanată insuficientă, murdăria pielii de lungă durată care este întreținută de un focar vechi de supurație, turburări circulatorii turburări trofice. Este vorba în general de o slăbire a organismului și de o scădere însemnată a rezistenței cutanate. Dar sunt cazuri când aceste afecțiuni se pot produce la indivizi tineri de conformație normală sărătoși. Care este cauza? Se pare că la acești indivizi intervine o anumită stare de alergii, care s'a putut pune în evidență la aceștia prin rezultatele pozitive obținute prin intradermo-inoculare de puroi, din propriile leziuni. Dar singurul factor predispoziția nu pare suficient pentru producerea leziunilor. In producerea

piodermilor vegetante un rol aproape cel mai important îl au desigur microbii. Fie că se vorbește de o piodermie vegetantă sau ulceroasă, sau de forme mixte, vom găsi întotdeauna ca factori declanșatori microbii, iar aceste forme morfologice pe care le-am descris în cursul lucrării, nu sunt decât reacțiuni de apărare a organismului. Dintre microbii mai deși întâlniți în aceste afecțiuni, sunt acei din grupul stafilocociilor în special stafilococcus pyogenes, aureus, albus sau citreus. Însă cel mai frecvent întâlnit este cel aureu. Stafilococul aureu este cel mai virulent și reprezintă în mod obișnuit agentul patogen al piodermiilor. Este un coc Gram pozitiv care se prezintă în puroi sub formă de diplococi, sau în serii de 3—4 coci, în culturi sunt grupați în grămezi de forma ciochinelui de strugure. Lichefiază gelatina, coagulează laptele și plasma sângvină. Produce un colorant gălbui portocaliu. În culturi zaharate formează acizi și pot de asemenea să reducă coloranți bazici, ca albastru de metilen. Unii autori cred că această putere de reducere ar merge paralel cu tăria virulenței, și că ar fi posibil ca din aceasta să se tragă concluzii în ceea ce privește prognosticul. Stafilococii se cultivă ușor pe mediile obișnuite de cultură. Sunt piogeni și au vitalitate mare. Stafilococul aureu are în plus o acțiune necrotizantă, după cum putem observa în piodermiile ulceroase. Sunt patogeni și pentru animale, producând prin inoculări abcese subcutanate, peritonite, septicemii, abcese miliare ale rinichilor, artrite. S'au descris vre-o 10 varietăți, sau specii de stafilococi, din care cei emolitici ar fi cei mai periculoși. Prin cercetări făcute de Milian cu puroiul dela un bolnav care prezenta o ulcerațiune subcută cu escare localizate în regiunea frontală, făcându-se însămânțări în diferite medii de cultură și inoculându-se apoi la iepuri, s'a pus în evidență stafilococul alb, care a produs ulcerațiuni necrotice similare cu cele observate la bolnavul cercetaș de Milian. După Truffi piodermiile vegetante ar fi datorite acțiunii microbilor piogeni cu virulență atenuată.

Diagnosticul.

Diagnosticul piodermiilor vegetante îl vom putea pune după aspectul morfologic al leziunilor și din modul cum evoluează, care trebuiesc complectate cu examenul bacteriologic al leziunilor, cu punerea în evidență a stafilococului (alb, — aureu). — Dacă nu reușim vom face cultivarea puroiului pe medii de cultură, vom face deasemenea examenul biopsic al leziunilor. — Trebuie să luăm anamneza precisă a bolnavului, cercetându-l în privința: diabetului, alcoolismului, sifilisului tuberculozei eventuale pe care bolnavul poate să prezinte, dacă a mai suferit de boli de piele. — Bolnavul trebuie ținut sub observație timp îndelungat căci piodermiile vegetante sunt afecțiuni cronice.

Diagnosticul diferentia. Piodermiile vegetante sau ulceroase pot da loc la diferite erori de diagnostic, datorită manifestatiunilor polimorfe, pe care le prezintă. — De ex. piodermia vegetantă forma Hallopeau se poate ușor confunda cu pemfigusul vegetant, eroarea poate fi evitată dacă ne gândim la leziunile elementare pustuloase și nu buloase, pe altă parte starea generală bună pe care o avem în piodermia vegetantă f. Hallopeau. Leziunile ulcero vegetante trebuiesc diferențiate de: trichofitii, de diferite dermatomicoze (blastomicoză americană), de diferite dermatite vegetante medicamentoase (iod, brom, etc.). Trebuiesc deasemenea diferențiate de tuberculoza verucoasă, de lupusul vegetant, de neoplasmele epiteliale. Prin formațiunile serpiginoase leziunile ulcero vegetante se pot ușor confunda cu sifilidele tuberculoase. — În sfârșit piodermiile vegetante tumorale se pot lua drept: sifilide secundare sau vegetațiuni veneriene.

Tratamentul.

Tratamentul piodermiilor vegetante se rezumă într'un tratament local și unul general. Tratamentul local va fi medicamentos, biologic și chirurgical. — Înainte de începerea tratamentului local vom trebui întâi să facem un tratament pregătitor, care constă în îndepărtarea crustelor care se face de obicei cu benzină iodată, după ce mai întâi deschidem pustulele cu un foarfece sau cu pensa. Când leziunile crustoase sunt localizate în regiuni păroase, îndepărtarea lor e dureroasă, atunci vom aplica emoliente, pulverizatii, cataplasme de amidon sau mai eficace se întrebuintează vaselina salicilată 10%, care este un emolient și disolvant admirabil. Se lasă 24 ore, crustele se înmoaie și pot fi ridicate cu ușurință. — Când sunt pustule foliculare superficiale, vom epila părul cu pensa și odată terminat tratamentul pregătitor, trecem la tratamentul medicamentos.

Tratamentul medicamentos local va consta în aplicarea de pansamente umede cu permanganat de potasiu, alcool iodat 1%, soluția Dakin, sublimat, apă oxigenată, soluția cu Rivanol 1:500 sau 1:1000, comprese cu ozonogen sau se mai întrebuintează pansamente umede cu ser fiziologic, soluție izotonică la care se adaugă sulfat de zinc. Se receptează în modul următor:

Rp. Sulfat de zinc	1 gr.
Clorură de sodiu	6 gr.
Apă destilată	1 litru

Rivanolul se întrebuintează cu rezultate bune în piodermii și sub formă de pastă, mixtură, sau alifie.

Rp Rivanol 0.5—2 gr.
Vas. Fl. Am. 100 gr.

Rp. Rivanol 0,5—2 gr.
Oxid. de Zn.
Talc
Lanolină
Vaselină aa 25 gr.

Rp. Rivanol 0,5—1 gr.
 Oxid de Zn
 Talc
 Glicerină
 Apă dist. aa 25 gr.

Se mai aplică cu rezultate bune oxidul galben de mercur în concentrații de 2—5%.

Rp. Oxid galben de Hg. 1 gr.	Rp. Resorcină
Resorcină	Acid. Salic. áá 0,40 gr. 1 ⁰ / ₀
Acid. Salic. áá 0,30 gr.	Oxid galben de Hg.
Axungie	Ichtyol áá 2 gr 5 ⁰ / ₀
Vaselină	Oxid. de Zn.
Lanolină áá 10 gr.	Talc áá 8 gr. 20 ⁰ / ₀
	Vaselină 20 gr.

Local se mai întrebuințează nitratul de argint în concentrații de 1—5% cu care se fac badigiorări mai ales în piodermiile ulcerose, căci ajută cicatrizarea. — Se mai poate întrebuința pansamente cu pellidol, phylonin, pastă de cinabar (Sulfură roșie de Hg. 1⁰/₀).

Tratamentul biologic local. Ca medicație biologică locală se întrebuințează bacteriofagul de Hérelle care este un principiu activ filtrat și care se dezvoltă în intestin având proprietatea de a dizolva microbii. Bacteriofagul s'a spus că este activ numai pentru baccilul coli, însă cercetări noi au arătat că poate să se adapteze pentru a distruge și alți microbi și în special stafilococul. Se întrebuințează sub formă de badigionări atingând suprafețele u'cerate cu un tampon încărcat cu bacteriofag. În comerț să gasesc ampule de bacteriofag antistafilococic. — După cercetările lui Besredka se poate aplica local gelovaccinuri (auto- sau stock gelovaccinuri) care sunt lichefiate în baia marină în momentul întrebuințării și apoi vărsate pe comprese care se aplică pe leziuni întrebuințându-se în special în stafilococii cronice.

Tratamentul chirurgical local. În anumite cazuri rebele la tratamentul local și general focarele infectate se dis-

trug prin curetaj sub anestezie locală cu chloraetyl, — sau se mai distrug prin diatermo-coagulare aplicându se apoi tifon iodoformat. Afară de acestea se intrebuintează Röntgen-terapia.

Tratamentul general. Tratamentul general se va aplica in acelaş timp cu cel local. Vom încerca în primul rând să refacem starea generală a bolnavului prin medicaţune reconstituantă ca: fer, fosfor, iod, arsenic, untură de peşte, insulină. — O medicaţie generală specifică nu avem. — Vom intrebuinta şi aici un tratament general medicamentos şi unul biologic.

Medicamentos Vom da zilnic injecţii de cianură de Hg. 1% 1 cc intravenos. Se mai poate da Deseptyl 5 cc. intravenos, Rubiazol, Thiosulfatul de sodiu, 10 cc., se intrebuintează cu rezultate bune injecţii de peptonă intracutan în doze progresive începând de 0,20 — 1 cc. Dăm deasemenea calciu clorat, salicilat de sodiu, se dă Bismut sub formă de Staphylothanol în inj. intramusculare 2 cc. sau injecţii subcutanate de staniu (citotropin).

Tratament general biologic. Se intrebuintează auto-hemo-terapia în injecţii intramusculare începând dela 5—20 cc, Levura de bere proaspătă într'o lingură de supă cu apă sau cu bere luată cu o jumătate de oră înainte de fiecare masă.

Vaccino terapia. Se poate intrebuinta sub 2 forme: 1. Stockvaccinuri care sunt vaccinuri polivalente făcute din piococi din supuraţiuni cutanate dela alt bolnav, sau auto-vaccin, care este un vaccin preparat din microbii desvoltaţi din puroiul bolnavului, căruia i se face injecţia. — Sabouraud susţine că se obţin rezultate bune cu vaccinuri numai când stafilococul a trecut bariera epidermului şi a infectat dermul, altfel se obţiu rezultate nule, oricare ar fi provenienţa vaccinurilor. — El intrebuintează un vaccin făcut din stafilococul aureu şi citreu, pe care-l injectează subcutan tot la 2 zile începând cu $\frac{1}{4}$, $\frac{1}{2}$, $\frac{3}{4}$, 1 cc. şi apoi continuă tot așa făcând 5—7 injecţii.

Observațiuni clinice.

Obs. I. 5. II. 1928 O. M. de 23 ani, căsătorit, plugar, antecedente eredo-colaterale: tata mort de tuberculoză osoasă, o soră a suferit de tuberculoza coloanei vertebrale (Pott). — Antecedente personale, fără importanță. — Boala actuală datează de un an, a început cu o mică leziune papulo eritema toasă la nivelul feții posterioare a gâtului care apoi s'a pustulizat, acoperindu-se cu cruste. — În timp ce prima leziune regresează, apar noi leziuni similare dintre care unele regresează și altele se extind periferic acoperindu-se de cruste. — În cursul anului curent leziunile se extind ocupând întreaga regiune a gâtului, regiunea submaxilară, o porțiune din bărbie, regiunea supraclaviculară stângă. La aceste regiuni se observă leziuni crustoase de mărimea unei piese de 2 lei, crustele au o culoare galbenă murdară iar la periferie sunt înconjurate de un halo eritematos. — Crustele se detașează ușor, rămânând sub ele o ulceratie cu un fond neregulat și în unele locuri sângerează fiind acoperite de substance necrotice având marginele bine delimitate, însă neregulate și în zig-zag. — Intre aceste se disting leziuni mai mici crustuoase, care se ridică brusc dela nivelul pielii, având un caracter ușor vegetant. — În jurul foliculului pilos se văd leziuni pustuloase, părul depilându-se ușor, având rădăcina înconjurată de o substanță purulentă. Pe aceste regiuni se mai observă mici leziuni cicatriciale puțin depigmentate de mărimi și forme variate. Mucoasele nu sunt interesate. Ganglionii ingvinali și cubitali sunt palpabili și mobili. — Reacțiunea Wassermann negativă.

Tratament. Primește în prima zi Vaseline salicilată, în zilele următoare comprese cu Burowi, i se atinge ulceratiunile cu ni'rat de argint. Primește Röntgen, pastă cu cinabar și

sulf. — I se aplică alifie cu albastru de metilen. — I se fac injecții subcutane cu auto-vaccin. Tot la 3 zile primește auto-sânge. Părăsește clinica la 7. III. 1923 ameliorat.

Obs. II. 6. V. 1935. M. V. 40 ani, căsătorit, plugar, antecedente eredocolaterale nimic de remarcat. Antecedente personale fără importantă. Boala actuală datează de 9 luni, începând la nivelul plicelor genito crurale și poplitee. La intrarea în Clinică prezintă leziuni ce interesează corpul în întregime. Prezintă două feluri de leziuni care se deosebesc prin aspectul lor morfologic. Primele sunt leziuni papulo-pustule cruste cu o localizare predilectă la nivelul feții, pielii păroase a capului, axilei, a gâtului, a pieptului, abdomenului și membrilor inferioare. — Aceste leziuni sunt localizate pe o piele inflamată, eritematoasă, infiltrată, edemațiată, conflând în placarde de diverse mărimi.

Celelalte leziuni interesează pieptul, spatele, membrele superioare și inferioare. Sunt de dimensiuni variabile dela mărimea unei alune până la aceia a unui ou de găină, care se prezintă solitare sau confluând câte 2—3. Forma lor e neregulată dar bine delimitată de țesuturile din jur, fiind proeminente, au o culoare brună închisă sunt scoperite de cruste brune gălbui. După ridicare o crustelor se evacuiază un conținut abundent purulent, hemoragic, rămânând un fond neregulat cu margini decolate subminate. — În ultimul stadiu al evoluției se formează niște cicatrice ovalare de diverse dimensiuni, de culoare albă sîdefie, pielea la acest nivel fiind atrofiată, încrețindu-se cu o foiță de țigaretă. Mucoasele normale, ganglionii crurali, axilari, submaxilari, sunt mult măriți de volum, consistenți, indolori. Reacția Wassermann negativă. Emoglobina 53%. Hematii 2,600.000. Leucocitoză 10,600. Valoare globulară 1,2 *Tratament*: Primește injecții de staphylothanol, de autovaccin, peptonă, calciu clorat 5 cc. thyosulfat de sodiu 10 cm³. Salicilat de sodiu, iar local i se aplică pansamente cu pastă de Rivanol 1% și Cadogel 10% care este aplicată la genitale. Primește ședințe de Röntgen. Ca tratament general mai primește auto-sânge 5 cc. Campolon 2 cc. i. m. Părăsește clinica la 27. VIII. 1934 ameliorat.

*Obs. III. 16, III. 1937. M. L. 53 ani, căsătorit, pens. C. F. R. Antecedente heredo colaterale și personale fără importanță. Mijlociu, dezvoltat și slab nutrit. Boala actuală a debutat de 3 luni sub forma unei mici leziuni ulcerate pe dosul mânei drepte. La intrarea în clinică prezintă pe dosul mânei drepte un placard de mărimea unei palme de copil mic, de o formă rotundă alungită cu margini neregulate dar net delimitate de țesuturile învecinate. Acest placard proemină din planul pielii, tegumentele la nivelul lui fiind edemate, inflamate, de o culoare roșie-lividă. Pe suprafața acestui placard se prezintă câteva ulcerații neregulate, situate fiind îndeosebi la periferie, iar în centrul lui prezintă o cicatrice neregulată, având o suprafață papilomatoasă cu numeroși muguri mici, care la atingere se rup și sângerează ușor. Între acești muguri se prezintă numeroase fistule punctiforme, din care la o apăsare se scurge o secreție purulentă emoragică. Subiectiv bolnavul acuză ușoare dureri la acest nivel. Mucoasele sunt normale, ganglionii nu sunt interesați. Reacția Wassermann negativă. *Tratament:* local pasta cu Rivanol. General primește auto-sânge 5—8 cc. Părășește clinica la 26. III. 1937, ameliorat.*

Obs. IV. 23. X. 1937. B. N. Copil, 13 ani. Antecedente heredo-colatarale și personale fără importanță. Boala actuală a debutat mai înainte cu 6 luni. La intrare în clinică prezintă la fața flexorică a antebrațului stâng la nivelul plicii cotului și porțiunii distale a brațului, un număr de leziuni de dimensiunea ce oscilează dela mărimea unei boabe de fasole, până la dimensiunea unei alune, care sunt proeminente din planul tegumentelor. Aceste proeminente sunt de culoare brună-violacee, având o formă rotundă ovalară, cu margini bine delimitate și conturate. Centrul lor e acoperit de o crustă brună, sangvinolentă, greu detașabilă, aderentă; după îndepărtarea acestei cruste se evidențiază o suprafață ulceroasă obdusă, de o masă necrotică albă-gălbuie. La palparea regiunii se percepe o infiltrație dură, indoloră. În jurul acestor leziuni se observă niște pete brune pigmentate, care sunt restul unor leziuni vindecate. Pe policele mâinii stângi

și a genunchiului drept se observă 2 leziuni piodermice. Mucoasele normale, ganglionii cubitali de partea stângă sunt măriți de volum, duri, indolori la palpare. *Tratament*: se aplică pastă cu Rivanol, părește clinica la 4. XI. 1937.

*Obs. V. 27. XII. 1938. I. S. 49 ani, casnică, căsătorită, Antecedente heredo-colaterale și personale fără însemnătate. Boala actuală a început înainte cu 2 ani prin aparițiunea unor leziuni pustuloase pe antebrațul drept care s'au extins. Când se prezintă în clinică, prezintă la treimea inferioară a antebrațului drept, un placard proeminent, ovoid cu diametrul de 9—10 cm. cu marginile bine delimitate, înconjurând marginea cubitală sub forma unei semimanșon. La nivelul acesta pielea este inflamată, edemațiată, de culoare roșie, pe alocuri de o nunață violacee. Pe suprafața placardului se găsesc o serie de cruste galbene, altele având o nuanță brună, după deteșarea crustelor se observă numeroase orificii, din care la presiune se elimină o secreție purulentă. Mucoasele sunt intacte, ganglionii nu sunt interesați. Reacția Wassermann negativă. *Tratamentul*: Primește local vaselină salicilată, comprese cu ozonogen. Se raclează leziunile sub anestezie locală cu coloraetyl, — se aplică apoi — tifon iodoformat. Mai primește pansamente cu pellidol apoi se trece la Philoin. Primește 9 injecții de deseptyl. Epitelizarea se face în mod favorabil la centrul placardului, la periferie însă apar leziuni noi la care se aplică diatermocagularea. Ii se face injecții intravenoase cu cianură de mercur 1% 1 cc. zilnic, sub philonin epitelizarea progresează rapid. Bolnava părește clinica în 18. III. 1939, fiind complect vindecată.*

Observ. VI. 11. IV. 1940. B. P. 29 ani, căsătorită, casnică. Antecedente heredocolaterale și personale fără importanțe. Boala actuală durează de 3 ani, debutând printr'o mică leziune deasupra genunchiului stâng. Actualmente prezintă în treimea inferioară pe fața antero internă a coapsei stângi un placard rotund neregulat, cu diametrul de 10 cm. Marginile acestui placard sunt bine delimitate, ușor policiclice. Suprafața placardului este acoperită de o crustă groasă galbenă-brună destul de aderentă, prezentând numeroase

crăpături, prin care se elimină un puroi fetid. După detașarea crustelor, se observă un fond neregulat, amfractuos, papilomatos, de culoare roșie-sângerândă și care se ridică peste planul pielii. În șanțurile care se intretaie, se aglomerează o secreție purulentă. La baza placardului se observă un ușor edem. Subiectiv ușoară sensibilitate. Dedesuptul mamelei stângi prezintă suprafețe erozive, roșii, cu marginile neregulate, acoperite cu o secreție clară. Mucoasele intacte. Ganglionii nu sunt interesați. *Tratament*: Se aplică vaselină salicilată, iar după deteșarea crustelor, comprese cu zefirol, se nitratoază zilnic placardul. Primește ședințe de Röntgen. Placardul s'a epitelizat, însă cicatricea e proeminentă. Părăsește serviciul clinicii la 23. V. 1940 fiind complet vindecată.



CONCLUZIUNI.

1. Piodermiile vegetante sunt afecțiuni cronice ale pielii.
2. Ele sunt produse în special de stafilococi (aureu alb) la care se adaugă slăbirea rezistenței pielii și organismului.
3. Ele interesează copiii, adulții și bătrâni, atât femeile cât și bărbații, cu o igienă defectuoasă în special clasele muncitorești.
4. Din punct de vedere morfologic sunt piodermii vegetante pure și piodermii ulcero vegetante.
5. Piodermiile vegetante pot interesa atât epidermul cât și dermul cu toate anexele.
6. Piodermiile vegetante sunt lipsite de alterarea stării generale.
7. Ele se pot propaga în profunzime, producând complicațiuni la nivelul oaselor (osteomielite) etc.
8. Diagnosticul clinic trebuie complectat cu diagnosticul bacteriologic și biopsic.
9. Pentru a stabili diagnosticul precis, trebuie examinați toți factorii care pot produce piodermiile vegetante.
10. Tratamentul va fi local și general.
11. Piodermiile vegetante sunt relativ rare, deoarece în de curs de 20 ani la Clinica Dermato-Venerică din Cluj, am găsit numai 6 cazuri.

Văzută și bună de imprimat,

DECANUL FACULTĂȚII,
ss. Prof. Dr. I. Drăgoiu.

Președintele Tezei,
ss. Prof. Dr. V. Bologa.

BIBLIOGRAFIE.

**DARIER, SABOURAUD, GOUGEROT, MILIAN PAURIER
RAVAUT, SEZARY, CLÉMENT SIMON:**

Nouvelle Pratique Dermatologique.
Tom. IV. p. 197, 199, 215, an 1936.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie. Tom. VI.
p. 673 anul 1935. Tom. VII. anul 1936. p. 884.

TATARU C.: Rivanol un nou antiseptic in tratamentul
dermatozelor piogene. Clujul Medical, No. 2. 1935. p. 92.

PĂCESCU N.: Piodermiile cu considerațiuni speciale
asupra efectului noilor antiseptice chimio-terapice. Teză.
1935. p. 18, 41. Cluj.

*Bulletin de la société française de dermatologie et de la
Syphiligraphie* Anul 1937. pag. 163, 166, 728, 1113, — Anul
1939. pag. 1426. Tom. 46.

CIMOCA V.: Dermatologia. Anul 1930. p. 230. Cluj.

CIMOCA V.: Formular terapeutic, Anul 1934. pag. 931.
Cluj.

BESNIER E.; BROCK L. & JAQUET L.: La pratique
Dermatologie. Tom. I. p. 704. Anul 1900.

ARTOM: Contributo allo studio delle dermatitti stafilo-
gene vegetanti Februarie 1923. p. 43.

**BELOT, PAUL, CHEVALLIER, GATÉ J., JOULIA
P., PINARD M., RAMMEL, SCHULMANN, TOURAINE,
WEISSENBACH:** Traité de Dermatologie. Clinique & thé-
rapeutique. Anul 1933. Tom. I. pag. 194.

STRASBOURG MEDICAL: Réunion Dermatologique
de Strassbourg. Anul 1937. p. 176.

ARTZ-ZIELER: Die Haut und Geschlechtskrankheiten
(Lfg. 4. Bd. III. pag. 173 - 288, anul 1935.