

TRATAMENTUL MICOZELOR PICIORULUI

Gábor Incze, Erzsébet Török

Denumirea de „micoze ale piciorului“ o folosim ca o expresie larg cuprinzătoare, deoarece boala poate fi cauzată de diferite ciuperci. Se știe că aceeași ciupercă poate provoca afecțiuni felurite, după cum de asemenea e posibil ca diverși paraziți să dea naștere unor procese asemănătoare. În general putem afirma că tabloul clinic permite să stabilim natura agentului patogen numai cu o anumită aproximație.

Bolile micotice ale piciorului au devenit în ultimele decenii din ce în ce mai frecvente. Mai cu seamă manifestările cutanate alergice de acompaniament au atras atenția asupra acestor afecțiuni.

Datele statistice concordă în a arăta că 50—60% din locuitorii adulți de la orașe suferă de micoze ale piciorului.

50—60% din micozele piciorului sînt cauzate de *Epidermophyton Kaufmann Wolf* (E.K.W.) iar restul de *Epidermophyton inguinale* (E. i.) *Epidermophyton rubrum*, *Trichophyton gypsum*, *Trichophyton niveum* etc. (Arievici, Stepanisceva, Andriasian, Rozmersky, Kojevnykov, Fooz). Infecțiile mixte nu constituie o raritate.

Aoram și Alteraș relatează că E.K.W. a putut fi pus în evidență în 96% a cazurilor de epidermofitie, iar în 4% s-a găsit E. i. Boala a fost observată mai ales la sportivi, la persoanele care poartă cizme și la persoanele care lucrează în mediu umed.

Nu în toate cazurile care prezintă tabloul clinic al micozei se poate pune în evidență parazitul (*Marples, Bailey*). *Rosenthal* și colab. au identificat agentul patogen în 97,6% a cazurilor și într-o proporție de 12,5% la persoane care păreau sănătoase. Dintre 871 de bărbați, *Ajello* a constatat clinic o micoză la 59,9%, dar numai în 18% rezultatul culturilor a fost pozitiv (microscopic). Unii autori (*Orlik, Péntek*) susțin că epidermofitonilor li se atribuie un rol exagerat în patogenia umană. Fără îndoială că nu trebuie să pierdem din vedere nici lezurile care provoacă deseori croziuni interdigitale la picioare.

Importanța micozelor piciorului constă în faptul că datorită proceselor lor primare și secundare numărul zilelor de incapacitate de muncă e mare.

Prevenirea și vindecarea acestei boli constituie o problemă grea în practica zilnică a medicului. Scopul vindecării adică distrugerea definitivă a parazitului nu se poate realiza întotdeauna nici chiar aplicînd cele mai recente procedee de tratament. Diferiți factori de mediu compromit eficacitatea tratamentului (căldură, umezeală, ghetele, degetele de la picioare strînse), sînt tot atîtea fapte care favorizează în același timp instalarea recidivelor.

Se știe că asimptomatologia clinică nu înseamnă implicit dispariția definitivă a agentului patogen, deoarece acesta rămîne viabil multă vreme în teritoriul aparent vindecat, putînd provoca recidive. *Strauss* și *Klingmann* au pus în evidență parazitul, după abolirea simptomelor clinice, în 95% a cazurilor pe talpă, în 65% pe unghii și în 75% pe teritoriile macerate.

Rezultă deci că tratamentul micozelor piciorului cere multă stăruință și răbdare. În ce privește eficacitate tratamentul trebuie să se țină seama de următoarele principii :

1. E important să se înlătore stratul cornos infectat printr-o medicație decapantă, deoarece parazitul găsește un teren prielnic în acest strat;

2. Trebuie să luăm în considerare sensibilitatea pielii, caracterul procesului și natura agentului patogen;

3. Tratamentul să fie insistent, iar alegerea medicamentelor să se facă în concordanță cu situația dată;

4. E important să se suprimă șanțul subunghial prin tăierea părții libere a limbului, cunoscut fiind că acest șanț e un loc frecvent de localizare a parazitului;

5. Bolnavul să poarte încălțăminte aerisită, largă pe care s-o schimbe des și s-o dezinfecteze în prealabil;

6. În sfârșit numai un tratament prelungit poate asigura vindecarea completă.

Cele mai eficace antimicotice sînt tinctura de iod, acidul salicilic, resorcina, acidul benzoic, crisarobina și badijonările cu coloranți de anilină care se cunosc demult.

Excelentul efect antimiotic al tincturii de iod e confirmat atît de observațiile clinice cit și de cercetările experimentale. Utilizată împreună cu o soluție de acid salicilic (1—10%) sau cu resorcina (1—5%), tinctura de iod are nu numai un efect fungicid ci și unul descumant. Dintre vechile combinații de medicamente folosim și astăzi adesea tinctura *Arnig* (Rp.: Anthrarobini 1.5;01. tumenoli, Glicerini aa 3.0; Aether sulf. 15.0; Spir. Vini conc. 20.0; sau Rp.: Tumenoli 8.0; Anthrarobini 2.0; Tinct. Benzoes 30.0; Aether sulf. 30.0; alifia decapantă *Arie-vici* (Rp.: Ac. salicil 12.0; Ac. benz. 6.0; vaselini ad. 100.0, Sabouraud; (Rp.: Ac. salicil 5.0; Chrisarobini 0.25—1.0; Vaselini ad. 100.0) sau alifia Whitefield (Rp.: Ac. salicil 1.0; Ac. benz. 2.0; Adip. benz. 15.0—30.0).

Sudeolul are de asemenea un efect bun (Rp.: Ac. salicil 0.75, Camph. trit. 25.0; Resorcini 5.0; Urethani 6.0; Aqua dest. 30.0); În clinica noastră pe lângă tinctura de iod acidă (Rp.: Sol. iodi spirt. 20.0; Ac. salicil 3.0 Ac. boric 5.0; Spir. Vini dil. 72.0), aplicăm pe scară largă o soluție avînd următoarea compoziție: Rp.: Acid. Salicil, Resorcini 1.0; Tinct. Arnicae, Tinc. benzoes, Spir. camphor. aa 3.0; Spir. Vini dil. 20.0 și soluția Castellani (Sol. Fuchsini cum resorcino). Pentru a se evita inesteticul colorației, Berde recomandă în locul acesteia următoarea compoziție: Rp.: Aqu. carbolis 5% 100.0; Aceton 6.0; Ac. boric crist. Ac. salicil aa. 2.0; Resorcini 10.0; Soluția tricolorată are un efect bun (Rp.: Xanthacidini 0.02; Viride nitens 0.20; Methirosanilini chlor. 0.40; Aqu. dest. 19.40 ca și soluția alcoolică 2% de mercurocrom (dibromhidroxymercuri) fluoresceină. În tratamentul micozelor piciorului dau rezultate bune și bazele cuaternare de amoniac, ca de ex. Sterogenolul (bromura de cetil-piridinium) care distruge E.K.W. și candida albicans. (*Szegö*). *Faragó* recomandă să se aplice de două ori pe zi comprese timp de 20 de minute cu sterogenol în soluție apoasă sau alcoolică (dacă pielea e uscată se adaugă glicerină), aplicîndu-se apoi un pansament steril.

Dintre acizii grași nesaturați se întrebuintează în primul rînd acidul undecilenic inodor sub formă de alifie 5%, sau de sare de Zn și Cu 20% ca pomadă sau pudră (micotin). *Longhin* și *colab.* susțin că ali-

fiu cu acizi grași nesaturați împiedică creșterea dermatofitonilor și este bine suportată de piele.

În ultimii ani s-au făcut încercări numeroase și cu derivații oxichinoleinei. Rezultate bune s-au obținut cu dermofunginul ce conține clor (5-chloro-8-oxichinolein) întrebuițat ca pomadă și soluție. Utilizând clorhidratul 8-oxichinoleic ca alifie, respectiv soluție apoasă 1,5—2,0%, *Longhin* și colab. au obținut vindecare în 76% a cazurilor și ameliorare în 19,7%.

Rodakovski recomandă soluția I.F.T. (Rp.: Formalin 5,0; Tanin 10,0 Sol. Iodi. spir. 2% 85,0) ca tratament preventiv. După o utilizare timp de 5 luni, morbiditatea a scăzut la 1/8. În cursul aplicării trebuie să ținem seama de capacitatea de sensibilizare a formalinei.

Difuzia fungistaticelor e stimulată de umflarea plasmei coloidale a elementelor parazitare (*Schirmer* și colab.). Odată cu scăderea umflării scade și sensibilitatea parazitului față de antimicoticele liposolubile. Așa se explică de ce elementele parazitare „bătrine”, cu o plasmă mai puțin umflată, ale micozelor cronice sînt mai rezistente la tratament, în timp ce tablourile patologice acute cauzate de elemente „tinere”, bogate în plasmă reacționează mai bine.

Utilizînd pentaclorfenolul — preparat de *Erdmann* și *Laurent* — într-o soluție de alcool 1%, alcoolul fiind de 70°, *Varsányi* și *Florián* au reușit să vindece 185 de micoze interdigitale după un tratament de 3 săptămîni. Tratamentul formelor hipercheratozice a necesitat un timp mai îndelungat. Simptome de intoxicație nu s-au observat; *Farkas* a obținut rezultate asemănătoare, făcînd zilnic o singură badijonare.

Uri, *Bognár*, *Békési*, și *Balogh* consideră esterul butilic al acidului para-oxi-benzoic ca fiind unul dintre cele mai eficace antimicotice. Acesta are un efect antimicotic chiar și într-o diluție de 1/200.000. Încă nu avem o experiență destul de bogată în ce privește eficacitatea antimicotică a antibioticelor. Dintre numeroasele preparate (actidion, ascosin, amphotericin B., clandidicin, clandidin, clavacin, filipin, flavofungin, fluvomicin, fradycin, frequentin, acidul gladiolic, griseofulvin, micostatin, micoticin, oligomicin, rinocidin, trichomicin, trichotecin), o largă utilizare a avut mîi cu seamă micostaticul (nistatinul). Potrivit comunicărilor publicate pînă acum cel mai puternic efect îl are asupra candidiazelor. *Nicolau* și colab. relatează că din 186 de bolnavi 159 s-au vindecat, 12 s-au ameliorat și numai la 15 s-au constatat recidive. În caz de recidivă, aplicarea din nou a medicamentului s-a dovedit a fi eficace. Se recomandă următoarea medicație locală: micostatin 2—3.000.000 U. (1 tabletă 500.000 U); propilenglicol sau glicerină 10—20 ml; zinci oxid, Amil. trit. aa. 15,0; Aqu. dest. ad. 100,0 — sau Rp. micostatin 3.000.000 U, vaselină, lanolină aa. 15,0. În sfîrșit dar nu în ultimul rînd, trebuie să amintim imunoterapia micozelor pielii, introdusă la noi de *Longhin*. Se administrează timp de 15—40 de zile tot a doua zi 0,1 ml sau în fiecare zi 0,01—0,5 ml extract de complexe glucido-lipidice al ciupercii. Sub acțiunea extractelor dermatofitice mono- și polivalente, s-au vindecat 32% din 210 cazuri de disidroză de origine micotică, fără nici un alt tratament. În cazuri rebele tratamentul local constituie un mijloc auxiliar prețios. Utilizarea acestui medicament e justificată mai ales în reacțiile alergice (mikide) rezultate din sensibilizarea pielii față de toxinele paraziților criptogamici.

Intrucit activitatea noastră terapeutică e influențată în mod decisiv de localizarea și caracterul bolii, considerăm necesar să prezentăm pe scurt tratamentul diferitelor manifestări ale micozelor piciorului.

I. *Tratamentul micozelor interdigitale.*

În cazuri de eroziune interdigitală e suficient să facem o badijonare cu tinctura de iod 1—5%. Pentru a preveni eventualele exicații sau crăpături ale pielii e indicată utilizarea alifilor grase (alifie cu acid salicilic 2—5%). Dacă procesul e mai grav, eroziune profundă, hiperkeratoze pronunțate sau macerație epitelială, se indică o medicație decapantă (alifie, *Anevici* sau *Whitefield*). După terminarea descuamării continuăm tratamentul cu badijonări de tinctură de iod acidă, 1—2 ori pe zi. Pentru noapte folosim alifie cu sulf sau de acid salicilic 5%. În timpul zilei putem pune între degete tifon cu alifie de acid salicilic. După vindecarea aparentă e necesar un tratament îndelungat în vederea prevenirii recidivelor. Merită să fie amintit procedeele lui Oláh: zilnic băi de picioare calde în hipermanganat de potasiu pentru îndepărtarea siacelurilor epiteliale și uscarea teritoriilor interdigitale, apoi badijonare cu una din substanțele fungicide amintite mai sus. Ca praf antiseptic se recomandă următorul: Rp.: Ac. Salicil. 2.0; Resorcin 3.0; Sulf. praecip. 10.0; Zinci oxid. Talci Ven. aa. 100.0. Dacă se produce crăpături, da rezultate bune badijonarea spațiilor interdigitale cu creion de nitru de argint. Descuamarea consecutivă badijonării înlătură paraziții rămași în stratul cornos. Dacă e nevoie badijonarea cu nitrat de argint se repetă de mai multe ori.

II. *Tratamentul formelor buloase și madidante.*

După îndepărtarea crustelor și a bulelor se face o baie cu soluție de hipermanganat. În cazuri de simptome acute sau superinfecții picocice (supurații, agravarea semnelor inflamatorii, limfangita etc.) evităm medicamentele cu efect puternic. Se aplica comprese cu hipermanganat, resorcină 1%, cloramfenicol 1%, sau o baie de picioare și badijonări cu soluție de coloranți. După dispariția simptomelor inflamatorii se face o badijonare cu soluție *Castellani* aplicându-se apoi o alifie antiseptică ușoară. Dacă survine o complicație piogenă ce necesită un tratament general, acordăm prioritate sulfamidelor, deoarece bolnavii care suferă de micoze ale piciorului sînt deseori foarte sensibili la penicilină.

III. *Tratamentul micozelor suavoase hiperkeratice.*

Acestea sînt forme cronice rebele la tratament și predispușe la recidivă. Tocmai de aceea e foarte important să înlăturăm stratul cornos infectat cu paraziți. Pentru contracararea efectului iritant al medicamentelor decapante mai energice, aplicăm în timpul nopții o alifie antiseptică ușoară (acid salicilic 2%, acid boric sau alifie sulfurată) care înmoaie stratul cornos, făcîndu-l astfel să poată fi ușor îndepărtat. În cazuri rebele, pe lângă alifiile descuamante pe care le-am amintit, mai poate fi întrebunțată cu rezultate bune alifia Dubreuilh (Rp.: *Chrisarobini*, Ac. Salicil. Sapo virid. aa. 3—5.0; Lanolin. 30.0). Înainte de tratament bolnavul să facă o baie de picioare caldă cu săpun.

Indiferent de forma clinică a bolii tratamentul prelungit e foarte important, întrebunțîndu-se paralel substanțe dezinfectante ușoare (alcool salicilat) și praturi antiseptice.

Pentru a se evita recidivele e bine ca bolnavul să schimbe ciorapi zilnic și să-i sterilizeze prin fierbere. E de dorit ca ghetele să se ștergă cu o soluție de formalină 10% și să se păstreze apoi împachetate în hîrte timp de 1—2 ore. Pentru evitarea sensibilizării cauzate de formalină efectuăm o neutralizare chimică prin amoniac, sau lăsăm ghetele cîteva ore să se aerisescă.

Tratamentul eficient și la timp al micozelor piciorului previne totodată fenomenele alergice (xeme micotice, epidermofizia etc.) ce se dezvoltă pe terenul alergiei parazitare.

Sosî la redacție 17 septembrie 1959.