

Clinica dermato-venereologică a I.M.F. Tg.-Mureș (Cond.: Prof. Ujváry Imre).

UNELE PROBLEME ȘI ASPECTE ALE TUBERCULOZEI CUTANATE

Ujváry Imre

Rezultatele precoce, neașteptate ale tratamentului tuberculozei cutanate sînt îndeobște cunoscute, totuși problema nu poate fi socotită ca încheiată. Nu s-a concretizat un punct de vedere unitar în ceea ce privește eficacitatea unor medicamente antituberculoze, durata tratamentului, criteriile vindecării, profilaxia recidivelor, precum și felul tratamentului asociat. Lăsînd la o parte problema tratamentului, nici alte numeroase aspecte ale tuberculozei cutanate nu sînt încă clarificate, ca bunăoară profilaxia, organizarea și nu în ultimul rînd reîncadrarea bolnavilor de tuberculoză.

Mă voi ocupa în special de aceste probleme și în dezvoltarea lor voi utiliza experiențe și constatări făcute în clinica noastră.

I.

Dintre cazurile noastre de tuberculoză cutanată cel mai frecvent este lupusul. Această afirmație a noastră este în concordanță cu datele lui *Colbazi* și *Bologa* (12) și cu constatarea lui *Kroepfli* (23), după care tuberculoza cutanată cea mai frecventă în Europa este lupusul. Dintre 89 de bolnavi 34 s-au prezentat numai după 10 ani de la apariția bolii. Situația se prezintă și mai tragică dacă privim bolnavii suferind de lupus. Dintre 46 de bolnavi suferind de lupus numai unul singur s-a prezentat în timp de o lună de la apariția bolii, 28 după 10 ani (în primul an 10, în curs de 5 ani 15, după 5 ani 31). Datorită prezentării tardive starea unora este extrem de neglijată și chiar după vindecarea afecțiunii de bază se observă sechelele unor grave distrugereri și complicații iremediabile. Cauza prezentării tardive a bolnavilor suferind de lupus trebuie căutată, pe de o parte în însăși natura bolii, pe de altă parte în lipsa de încredere a bolnavilor în procedeele, fără nici un efect, aplicate înainte de descoperirea medicamentelor moderne antituberculoze și resemnarea lor precum și în lipsa de lămurire și recunoașterea la timp a bolii.

În ceea ce privește raportul între tuberculoza pulmonară și cea cutanată ne-au oferit date concrete 62 de bolnavi ai noștri examinați minuțios radiologic. În două cazuri am observat o tuberculoză activă, iar în 54 de

cazuri s-a putut pune în evidență, ca înaintea apariției tuberculozei cutanate în organism au existat focare tuberculoase, deoarece radiosopia a arătat sechelele unor focare calcificate, sau urmele unei tuberculoze inactivă în plămâni. Observațiile noastre confirmă datele lui *Peters* și *Brock* (30), *Blinder* (3) precum și constatarea lui *Kalkoff* (18) după care pe baza examinărilor radiologice se poate susține că orice tuberculos cutanat este în același timp și pulmonar chiar dacă procesul pulmonar este vindecat sau se afla în stare de latență. Tuberculoza tegumentară nu este deci o dermatoză cu caracter izolat, ci se afla în strinsă legătură cu procesul tuberculos anterior apărut în organism (2).

Din datele amintite izvoresc sarcinile primordiale ale profilaxiei. Prima și cea mai importantă sarcină este depistarea cât mai precoce a acestor bolnavi. Prezentarea tardivă a bolnavilor de lupus atrage după sine ivirea de complicații și formarea de sechele, eficacitatea mai diminuată a terapiei, tratamentul spitalicesc mai îndelungat, scăderea capacității de muncă și necesitatea operațiilor plastice etc. Recunoașterea precoce a tuberculozei cutanate cere ca medicii de rețea să cunoască întii ansamblul diferitelor manifestări ale bolii. Nu ne vom mulțumi cu prezentarea benevolă a bolnavilor, cu anamneze luate de cîțiva ani sau chiar cîteva decenii. Înainte de a începe depistarea, masele trebuie să fie iămurite asupra primelor semne ale bolii, asupra urmărilor grave în caz de neprezentare la tratament, precum și asupra eficacității terapiei moderne.

În ceea ce privește raportul între tuberculoza colicvativă și lupus, dintre 46 de bolnavi suferind de lupus ne-au oferit date 11 și anume, în 5 cazuri lupusul s-a format în cicatricile colicvativei, în 4 cazuri în afara cicatricii, iar în 2 cazuri am observat coexistența lor. Aceste date confirmă constatările lui *Moncorps* (27) și *Kalkoff* (19) după care la o treime a bolnavilor, dar se poate că și mai mult decît la o jumătate a lor, lupusul se formează în locul scrofulozei cervicale înainte activă sau momentan pe cale de vindecare.

II.

Terapia cu vitamina D₂. Dintre 16 bolnavi 11 (68%) s-au vindecat, iar dintre aceștia la 9 (82%) au apărut recidive. În 7 cazuri de lupus vindecat, de la data încheierii tratamentului, între 5 luni și 4 ani boala a început din nou (43).

De la vindecarea în proporție de 100% afirmată de *Charpy* (10) rezultatele noastre și cele aflate în literatura medicală sînt divergente. *Charpy* ne atrage atenția asupra importanței regimului și a administrării sistematice a vitaminei D. Doza zilnică o fixează la 1 20 mg/kg corp, iar în cazul unui tratament mai îndelungat la 1/30 mg/kg corp (11). *Botvinnik* (6) pentru un adult recomandă 300.000—200.000 u. zilnic.

Pogorzelski și *Medzinski* (32) au obținut o vindecare de 54% din care 15,6% au recidivat între 1—5 ani. În 25,2% din cazuri au observat o renitență față de tratament. Cele mai multe cazuri vindecate s-au observat după administrarea unei cantități totale de 60.000.000—90.000.000 unități (1.500—2.250 mg). Se recomandă un tratament de la un an și jumătate pînă la trei ani și minimum, un tratament de 6 luni după vindecarea țesutului afectat. După părerea lor numai după un tratament de 3 ani

putem vorbi de insuccese, dar în cazul cînd simptomele nu reapar nici după 3—4 ani de la încetarea tratamentului, vindecarea este definitivă. Rezultatele slabe ulterioare ale cazurilor noastre se pot explica prin administrarea unei cantități mai reduse de medicament și prin durata diminuată a tratamentului. Numai la 2 bolnavi s-a administrat 3.000 mg de vitamina D. În cazul nostru nr. 8. în timpul tratamentului am observat formarea de carcinoame, probate și prin analize histologice (43). *Merklen* (26) în 2 cazuri pune problema efectului carcinogen al vitaminei D₂ pe baza carcinomului observat după 8 ani în urma unui tratament energetic cu vitamina D₂. *Deme* (13) în tratarea unor focare mai mici combină vitamina D cu iradiațiuni de raze Röntgen. Acest tratament nu este recomandat datorită eventualei acumulări a efectului carcinogen. *Pompe* (31) și alții au obținut rezultate în 85% a cazurilor administrînd vitamina D₂ asociată cu iradiațiuni Finsen-Kromayer. De eficacitatea administrării intrafocare a vitaminei D recomandată de *Jensen* ne-am putut convinge și noi în câteva cazuri. Se poate recomanda ca tratament adjuvant.

Datele și rezultatul tratamentului cu Tb₁. Din 24 de cazuri, 12 s-au vindecat, mai tirziu însă au recidivat. E de remarcat că din 10 cazuri cu lupus numai unul a devenit asimptomatic. Numărul celor cu complicații terapeutice este de 7. (44). Numărul bolnavilor tratați de noi rămîne mult în urma celor peste 300 bolnavi ai lui *Kalkoff* (20) suferind de tuberculoză cutanată, sau celor 62 de cazuri mixte ale lui *Rávnay* (33), ori a celor 36 de cazuri cu lupus ale lui *Kimmig* (21). Dintre bolnavii lui *Kalkoff* 25% nu mai prezentau simptome, 34% s-au ameliorat într-un mod satisfăcător, iar 12% au prezentat numai o îmbunătățire minimă. Dintre 36 de cazuri cu lupus ale lui *Kimmig*, 14 au devenit asimptomatice, dar 11 dintre aceștia între 3—5 luni au recidivat. Efectul cel mai bun se poate obține în tuberculoza verucoasă și în tuberculide. Dintre tuberculide în primul rînd se accentuează eficacitatea deosebită în tuberculoza indurativă. Dintre 22 de cazuri de eritem indurat ale lui *Cabré* (9), după administrarea medicamentului prescris de *Kullmann* și *Knorr* (în primele două săptămîni zilnic 100 mg, în a patra săptămîină zilnic 150 mg, între săptămînilor 5 și 10 zilnic 200 mg, apoi timp de 5 luni zilnic 100 mg și în sfîrșit timp mai îndelungat zilnic 50 mg) 20 de bolnavi s-au vindecat. Cantitatea totală de Tb₁, administrată de noi într-o cură este considerabil mai mică decît cea folosită de *Cabré* sau *Rávnay*. Cei mai mulți autori recomandă un tratament de 1/2 an după dispariția simptomelor. *Joel* (16) prin intercalarea a 2 luni de repaus recomandă un nou tratament de siguranță timp de 3 luni. Datorită frecvenței complicațiilor se recomandă ca doza zilnică să nu depășească 100—125 mg și să se efectueze un control regulat de laborator. Complicațiile pot fi înlăturate, dacă medicamentul se administrează pe stomacul plin și pot fi contrabalansate cu antihistaminice (33). Pentru evitarea complicațiilor hepatice *Schimert* și *Stuhlfant* (34) recomandă ingerarea de levuloză.

Referitor la tratamentul cu Tb₁ și vitamina D₂ datorită numărului redus al cazurilor noastre nu putem trage concluzii precise, dar bazîndu-ne și pe datele din literatură putem constata că administrarea lor asociată este mai eficace decît cea separată (5, 36, 44).

Tratamentul cu HIN. 73,5% a tuberculozelor cutanate au devenit asimptomatice și 26% s-au ameliorat, deci o proporție destul de mare. Rezultatul este cu atât mai bun cu cât luăm în considerare faptul că un număr mare al bolnavilor ameliorați se află încă sub tratament, deși aceștia vor putea deveni asimptomatici. 17,9% a cazurilor devenite asimptomatice au recidivat. Observația durează de la 4 luni pînă la 2 ani. Apariția recidivelor demonstrează necesitatea precauției în stabilirea eficacității medicamentului (45).

Azi cunoaștem multe circumstanțe care demonstrează efectul favorabil al HIN-ului în caz de tuberculoză cutanată. E suficient dacă mă refer la opera lui *Schock și Fust* (35) care recapitulează munca a 21 de autori și din care reiese că numai 10% a cazurilor nu reacționează la acest medicament. În ceea ce privește dozarea, părerile sînt diferite. După unii — între aceștia ne socotim și noi — doza zilnică de 5 mg dă rezultate și e suficientă. Sînt însă autori care recomandă între 5 pînă la 10 mg/kg corp ba chiar 10 pînă la 15 mg/kg corp. *Smelov* (40) administrează în doze crescînde 1—2 g, *Anajev* (1) 2 g, *Sumbatov* (42) 3 g. Spre deosebire de aceste date *Simon* (37) anunță rezultate bune prin administrarea lui din 2 în 2 zile. Administrarea o putem face sub două forme: ori începem cu doze mai mari și după obținerea rezultatului dorit micșorăm treptat doza, ori dacă procesul nu reacționează la doza obișnuită mărim cantitatea medicamentului (*Brett și Braun — Falco*) (7). În ceea ce privește durata tratamentului, datele din literatură se referă la faptul că administrarea medicamentului trebuie continuată luni întregi și după dispariția semnelor bolii. În general se recomandă un tratament de 8 pînă la 12 luni cu o cantitate totală de 100 pînă la 140 g HIN. *Wehnert* (48) cu un tratament intermitent (2 luni tratament, 2 luni pauză repetat de mai multe ori) a obținut rezultate bune. Cazul nostru nr. 14 pare a ne dovedi eficacitatea tratamentului intermitent. Dacă rezultatul tratamentului intermitent cu HIN îl comparăm cu cel continuu, atunci se poate constata că efectul medicamentului administrat din nou, după întreruperi diferite, nu scade (28). Acest fapt demonstrează că spre deosebire de tuberculoza pulmonară, rezistența bacilului Koch față de HIN se dezvoltă foarte încet la nivelul pielii sau eventual de loc. (17). Este de relevat că *Marchionini, Spier și Röckl* (25) în 5 cazuri cauzate de bacili de tip bovin în vitro rezistent, au putut obține cu HIN o vindecare clinică. Pe baza datelor literare HIN-ul nu este lipsit de consecințe. În materialul nostru spre deosebire de datele din literatură (17) n-am sesizat leziuni ale sistemului nervos. În urma controlului regulat hematologic în multe cazuri s-a arătat o scădere redusă a leucocitelor, o anemie moderată. Numai într-un singur caz am observat tulburarea mai serioasă a hematopoezei (leucopenie, apariția mononuclearelor nediferențiate). După cei mai mulți autori HIN-ul n-are un efect toxic asupra ficatului. Alții însă relatează despre grave leziuni ale ficatului (46). *Brockhaus* (8) atrage atenția să procedăm cu precauțiune în administrarea HIN-ului la îmbolnăvirile hepatice. Pe baza experiențelor noastre putem constata că printr-un control adecvat și prin micșorarea, eventual suprimarea temporală a dozei prescrise se pot preveni accidentele mai grave.

Streptomicina sau P.A.S.-ul singure n-au fost folosite de noi în terapeutică tuberculozei cutanate. Cei mai mulți autori afirmă că streptomicina are o eficacitate rapidă și surprinzătoare, dar în majoritatea cazurilor procesul recidivează.

III.

Din datele literaturii și din observațiile noastre reiese că diferitele manifestări ale tuberculozei cutanate nu reacționează uniform la anti-tuberculoțice.

Din punct de vedere dermatologic, lupusul este piatra de incercare a anti-tuberculoțicelor. Din acest punct de vedere medicamentul cel mai eficace — cel puțin pe baza rezultatelor precoce — este HIN-ul. Avantajul lui constă pe de o parte în faptul că administrarea în doze de 3 mg/kg corp nu prezintă nici un pericol, că se poate administra și celor ambulanți, pe de altă parte influențează favorabil cazurile rezistente față de vitamina D și tebezon (22), precum și recidivele apărute după acestea (45).

Pe baza datelor din literatură indicația vitaminei D o constituie în primul rând lupusul, dar numărul recidivelor după încetarea medicamentului este mare. Pe baza experiențelor noastre recidivele nu reacționează la un nou tratament cu vitamina D (43).

Tebezonul are efect asupra lupusului exudativ, ulceros și verucos, dar rămâne mult în urma efectului obținut prin vitamina D. Are efect mai bun asupra lupusului mucoasei decât asupra celui cutanat.

HIN-ul are efect bun asupra tuturor formelor de tuberculoză cutanată. Avantajul lui față de vitamina D este că se poate administra și în cazul tuberculozei pulmonare active. În asemenea cazuri la începutul tratamentului se recomandă precauție deoarece după doze mari pot apărea cazeificări, necroze și caverne în plămâni. Unii autori au observat asemenea reacții și în tratamentul ganglionilor limfatici tuberculoși (36), noi le-am observat și în cazurile tuberculozei indurative (*Bazin*).

Vitamina D pe linga lupus este indicată în tuberculoza verucoasă. În general tuberculoza verucoasă prin administrarea vitaminei D sau a HIN devine mai curând asimptomatică decât lupusul. Este demn de demarcat că într-un caz de maladia Besnier-Boeck-Schaumann — care n-a reacționat la HIN, am obținut o vindecare durabilă cu vitamina D (43). În tuberculide să omitem vitamina D, pe de o parte pentru că în aceste cazuri are un efect nesigur, pe de altă parte pentru că poate cauza reactivarea focarelor tuberculoase existente în organele interne.

Tebezonul este indicat în tuberculoza verucoasă și în tuberculide. Dintre tuberculide în primul rând se accentuează eficacitatea deosebită în tuberculoza indurativă (*Bazin*) (4). În general în caz de tuberculide durată rezultatului terapeutic depinde de posibilitățile noastre de influențarea agenților patogeni ai focarelor interne. Din acest punct de vedere merită atenție datele celor 87 de bolnavi suferind de diferite tuberculide examinați catamnestic de *Strauss* (41). În 17 a cazurilor tuberculidele au persistat încă timp îndelungat dar un timp și mai lung eritemul indurativ *Bazin* (timp de 30 ani). În 16% a cazurilor timp de 9 ani de la

apariția bolii au apărut și alte manifestări tuberculoase (limfadenită, tuberculoză pulmonară, pleurală și oculară).

Pe baza rezultatelor obținute pînă în prezent, s-a putut constata și faptul că nu s-a reușit depășirea cu nici un medicament administrat intern vindecarea clinică obținută prin tratamentul Finsen efectuat în bune condiții. Natural compararea și interpretarea rezultatelor nu este un lucru ușor, căci influențabilitatea lupusului depinde de forma clinică, de durata existenței bolii, de complicații etc. Este cunoscut că procesele cu caracter exudativ, proliferativ și ulceros, chiar și în cazul unei extinderi mari reacționează mai bine ca lupusul plan, recidive în cicatrice sau cel complicat cu elefantiază.

După fiecare stare asimptomatică obținută prin antituberculoze apar din nou recidive. În general este o părere acceptată că timpul minim în care se poate confirma vindecarea definitivă trebuie considerat de aproximativ 5 ani, dar și după acesta se pot ivi recidive.

Se ridică deci întrebarea, ce cauzează apariția recidivelor? Despre formele clinice hematogene diseminate — tuberculide — am vorbit. În celelalte forme clinice în primul rînd în lupus și tuberculoză verucoasă de obicei bacilii Koch rămași în focare ba uneori diseminările hematogene noi apărute din focarele organelor interne cauzează recidiva. De aici rezultă că tratamentul ar trebui urmat pînă cînd este distrus și ultimul bacil Koch din țesutul lezat. În majoritatea cazurilor clinic vindecate, examinarea histopatologică a biopsiei constată prezența infiltratelor reziduale și perivasculare (14), în care *Veltmann* (47) a putut pune în evidență prezența bacililor Koch virulenți. Tuberculoza cutanată poate oferi posibilități favorabile examinărilor histopatologice făcute în serii, prin care se pot urmări modificările survenite în structura tuberculoasă și țesutul excizat poate fi folosit și pentru demonstrarea prezenței, ori absenței bacilului Koch. Excizie repetată, în multe cazuri însă nu poate fi efectuată. În asemenea cazuri după vindecarea clinică se recomandă încă un tratament de la 6 la 12 luni în funcție de medicamentul aplicat. Pentru stabilirea activității procesului de tuberculoză cutanată nu este potrivită examinarea hemolizei și hemaglutinării (29). În afară de simptomele clinice viteza de sedimentare a hematiilor ne poate oferi o bază pentru aprecierea activității procesului. Stabilirea inactivității definitive a focarului organelor interne atinse de tuberculoză este și mai grea.

Recidiva îl pune pe medic în fața unei noi și grele sarcini. Administrarea vitaminei D₂ în cazul unei recidive nu dă rezultate satisfăcătoare. În cazul recidivelor de după Tb₁ nu l expunem pe bolnav pericolului repetării acestui medicament. Asupra recidivelor tratate cu vitamina D și Tb₁ are o influență binefăcătoare HIN-ul. În legătură cu tratamentul recidivelor de după HIN ne-am expus părerea mai înainte. Aici se ridică problema rezistenței față de HIN. Datele noastre par a dovedi că recidivele formelor clinice tipice, în special ale lupusului, care sînt cauzate probabil de bacili Koch rămași în focar, pot fi influențate printr-o nouă cură cu HIN, dar cele hematogene — datorită rezistenței agenților din organele interne — reacționează foarte puțin sau de loc la acest medicament. Natural toate acestea sînt numai observații clinice, e nevoie însă și de o confirmare bacteriologică. După părerea noastră, cîntînd pe posibilitatea

recidivei lupusului, în toate cazurile trebuie să avem la dispoziție un anti-tuberculos cu efect, D₂ sau HIN, adică aceste doua medicamente, dar în limita posibilităților să nu le asociem (45).

IV.

Din cauza rezultatelor terapeutice incomplete și a recidivelor considerăm necesar tratamentul complex al tuberculozei cutanate. În zilele noastre în terapia tuberculozei cutanate vom aplica toate procedeele interne, generale și locale care dau cel mai sigur și promițător rezultat terapeutic. Să nu lăsăm terapia tuberculozei cutanate în seama unuia sau a doua antituberculoze, ci să luăm în considerare atât procedeele igienico-dietetice și eisofilactice, cât și imuno-terapia, precum și procedeele terapeutice locale. În toate cazurile cu tuberculoză cutanată să asigurăm înlăturarea proceselor de apărare naturală printr-un trai sănătos, un regim bogat în calorii și vitamine, prin aplicarea excitanților naturali, cu efect antrenant, întărind eisofilaxia prin procedee mecanice, foto și hidroterapeutice. În aplicarea terapiei complexe trebuie să procedăm întotdeauna de la caz la caz. Trebuie să luăm în considerare simptomele clinice, datele de laborator și cîntărindu-le putem recurge la asocierea diferitelor procedee terapeutice. Este foarte importantă vindecarea tuberculozei organelor interne, dar mai ales a așa zisei „tuberculoze chirurgicale”, sau tuberculoză subcutanată. Scopul meu nu poate fi enumerarea tuturor procedeele terapeutice asociate, de aceea le amintesc numai pe acela de la care se pot aștepta rezultate bune.

În caz de lupus procedeul cel mai eficace, pînă în prezent este tratamentul Finsen asociat cu HIN (38). El reduce la jumătate timpul necesar asimptomatizării. Este eficace în tratamentul lupusului nazal și bucal. Aplicarea acestui tratament este împiedecată de lipsa unei aparaturi corespunzătoare. Aplicarea tratamentului Finsen nu poate scurta durata tratamentului cu HIN și nici micșora doza zilnică sau totală a medicamentului.

În cazul tuberculozei colicvatice cutanate și în primul rînd în caz de limfadenită cervicală pe lângă procedeele generale și chemoterapice, din nou se recurge tot mai des la o intervenție chirurgicală radicală, respectiv la asocierea acestora (17,39).

În cazul tuberculozei verucoase cutanate, pe lângă tratamentul general intern, poate intra în combinație excizia totală sau excochleația focarului.

În toate formele de tuberculoză cutanată, dar în special în tuberculide, are un efect foarte bun asocierea imuno-terapiei, despre care în țara noastră pentru prima dată vorbește *Longhin* (24). Diferitele modalități ale imuno-terapiei trebuie să le aplicăm în terapia complexă a tuberculozei cutanate. Merită atenție observația lui *Jeney* (15) după care extractele de ficat accentuează procesul de bacterioliză și sub influența lor o parte a bacililor Koch își pierd acido-rezistența și proteinele tuberculine eliberate își pot manifesta mai puternic efectul lor antigenic.

Se pune întrebarea : ce atitudine să avem în ceea ce privește extirparea neapărată (excisio in toto) a lupusului incipient, a tuberculozei colicvatice, a tuberculozei verucoase și a tuberculozei ulceroase, depistate

la timp? Mai de mult!, deși extirparea precoce nu apără fața de o nouă diseminare endogenă, putînd apărea noi recidive chiar în cicatrice, totuși soarta acelor bolnavi a fost socotită ca asigurată a căror focare tuberculoase au putut fi extirpate (2). Antibioticele moderne nu pot înlocui „excisio in toto” (17) însă pot asigura efectul favorabil obținut prin acest procedeu. După părerea mea în cazul lupusului, tuberculozei colicvative cutanate, a tuberculozei verucoase dacă localizarea leziunii o permite să nu întîrziem cu extirparea precoce a leziunii, dar „excisio in toto” sa se facă sub protecția antibioticelor și bolnavul să fie tratat în așa fel ca și cînd focarul n-ar fi fost înlăturat. Doresc să menționez că procedeu „excisio in toto” aplicat la față necesită precauție.

V.

Este o problemă extrem de importantă reîncadrarea în muncă a bolnavilor de tuberculoză cutanată. În legătură cu aceștia se ridică problema corectării amputărilor și a cicatricelor deformate prin diferite operațiuni plastice. Oare antibioticele moderne influențează data intervenției? Este un fapt cunoscut că în regiunea cutanată atinsă de lupus, deși din punct de vedere clinic se prezintă asimptomatici, totuși bacilii Koch ani de-a rîndul pot fi prezenți și de aceea se va indica operația numai după trei ani de la dispariția lupomelor. Noi la patru bolnavi (unul a fost tratat cu Tebezon, unul cu Tebezon și vitamina D₂ și doi cu HIN) n-am respectat perioada asimptomatică de trei ani și am executat operația în baza rezultatelor negative ale examenului histologic. Am acceptat drept condiție a operabilității absența infiltrărilor reziduale, am administrat HIN, pre- și post operator. Intervenția precoce n-a dat rezultate negative în nici un caz, iar două cazuri în supraveghere de cîțiva ani n-au recidivat. Se pare că sub efectul protecției antituberculoase se scurtează timpul de așteptare și se potențiază rezultatele operației.

VI.

În fine vreau să amintesc și unele probleme organizatorice. Profilaxia tuberculozei cutanate în general este identică cu profilaxia tuberculozei. De aceea tuberculoza cutanată ca o manifestare a tuberculozei extrapulmonare este o sarcină a rețelei de ftiziologie.

După părerea noastră este actuală înființarea unui centru de cercetare a lupusului în cadrul dispensarului antituberculos regional și care să fie prevăzut cu un post de medic dermatolog. Medicul acestui centru ar lua parte la examinările de depistare ale rețelei antituberculoase, ar continua terapia bolnavilor ieșiți din secțiile dermatologice, ar avea grijă de asigurarea acestora cu medicamente, de efectuarea celor mai indispensabile examene de laborator și control conform indicațiilor primite. Concomitent ar asigura legăturile necesare între cele două rețele.

De asemenea ar fi oportun ca unitățile dermatologice mai mari să fie înzestrate cu aparate moderne adecvate tratamentului Finsen (lampă Finsen, Finsen, Lamholt și Kromayer), indispensabile tratamentului complex al tuberculozei cutanate.

În vederea asigurării succesului combaterii tuberculozei cutanate considerăm că este necesar ca în cadrul Centrului dermato-venerologic să se

înfiiințeze o secție de lupus, a cărei plan de muncă să fie coordonat atît din punct de vedere profesional, cit și organizatoric cu cel al institutului de ftziologie. Sarcina profesională a centrului de lupus ar fi analiza cam-tamnestică a procedeelor terapeutice aplicate pînă în prezent și elaborarea unui ghid terapeutic, care să ofere fiecărui medic directive detaliate.

Am putut aborda doar cîteva probleme actuale din domeniul tubercu-lozei cutanate. Cu toate că recidivele au eclipsat în mod simțitor atmosfera optimistă creată de succesele de la început ale antituberculoțicelor, totuși am convingerea că printr-un efort comun, prin schimburi de experiență, printr-o muncă organizatorică corespunzătoare și prin introducerea noilor medicamente mai eficace decît cele cunoscute pînă acum se va putea realiza prevenirea gravelor afecțiuni cauzate de tuberculoza cutanată și vin-decarea completă a bolnavilor.

Primit la redacție : la 29 noiembrie 1956.

Bibliografie

1. *Anaiev* : Soviet. Med. 1953, 2, 38; 2. *Berde* : Orvosképzés (börtuberkulózis külön füzet) XXXIV, 1944, 68—82; 3. *Blinder* : cit. Berde; 4. *Bologa, Moldovan* : Reuniunea dermatologică, 1955, 239—247; 5. *Bosco* : cit. Kroepfli, Dermatologica, 109, 4, 252—272; 6. *Botvinnik* : Vestnic ven. i dermat. 1949, 2, și Bőrgyógyászati és venerologiai szemle 1950, 1, 37—38; 7. *Brett, Braun-Falco* : Dermatologische Wochenschrift 1953, 1, 127; 8. *Brockhaus* : cit. Kroepfli, Dermatologica 111, 3, 168—176; 9. *Cabré* : cit. Kroepfli, dermatologica, 109, 4, 252—272; 10. *Charpy* : cit. Rávnay, Bőrgyógyászati és venerologiai szemle, 1951, 5, 131—135; 11. *Charpy* : cit. Kroepfli, Dermatologica, 109, 4, 252—272; 12. *Colbazi, Bologa* : Reuniunea dermatologică, 1955, 191—219; 13. *Deme* : Bőrgyógyászati és venerologiai szemle, 1950, 4, 133—134; 14. *Gyergyay Ujváry* : Revista Medicala, 1955, 1—2, 111—114; 15. *Jeney* : cit. Rávnay, Orvosképzés, tbc. külön füzet. XXXIV, 149; 16. *Joel* : cit. Rávnay, Bőrgyógyászati és venerologiai szemle, 1954, 4, 110—116; 17. *Jordan, Ehring* : Fortschritte der praktischen Dermatologie und Venereologie, II. Band, 1955, 127—135; 18. *Kalkoff* : cit. Berde; 19. *Kalkoff* : cit. Simon, A dermatovenerologia haladása, III, 1955, 41—71; 20. *Kalkoff* : cit. Rávnay, Bőrgyógyászati és venerologiai szemle, 1954, 4, 110—116; 21. *Kimmig* : cit. Kroepfli Dermatologica, 109, 4, 252—272; 22. *Kimmig, Meyer-Rohn* : Der Hautarzt, 1953, 4, 24; 23. *Kroepfli* : Dermatologica, 111, 3, 168—176; 24. *Longhin* : Reuniunea dermatologică, 1955, 356; 25. *Marchionini, Spier, Röckl* : cit. Jordan Ehring; 26. *Merklen* : cit. Kroepfli, Dermatologica, 109, 4, 152—172; 27. *Moncorpe* : cit. Berde; 28. *Nékám* : Bőrgyógyászati és venerologiai szemle, 1956, 1, 12—17; 29. *Nékám, Angyal* : Bőrgyógyászati és venerologiai szemle, 1955, 6, 205—211; 30. *Peters, Brock* : cit. Berde; 31. *Pompe* : cit. Kroepfli, Dermatologica, 109, 4, 152—172; 32. *Pogorzelski, Miedzinski* : Dermatologica, 109, 4, 355—369; 33. *Rávnay* : Bőrgyógyászati és venerologiai szemle, 1954, 4, 110—116; 34. *Schimert, Stuhlant* : cit. Rávnay; 35. *Schoch, Fust* : Dermatologica, 1953, 107, 292; 36. *Simon* : Bőrgyógyászati és venerologiai szemle, 1953, 4, 100—108; 37. *Simon* : Bőrgyógyászati és venerologiai szemle, 1952, 4, 125; 38. *Simon* : Bőrgyógyászati és venerologiai szemle, 1955, 6, 212—217; 39. *Simon* : A dermatovenerologia haladása, III, 1955, 40—66; 40. *Smelov* : Probl. tbc. 1953, 2, 21; 41. *Strauss* : cit. Kroepfli, Dermatologica, 111, 3, 169—176; 42. *Sumbatov* : Probl. tbc. 1953, 2, 29; 43. *Ujváry și colab.* : Reuniunea dermatologică, 1955, 172—184; 44. *Ujváry și colab.* : Dermato-venereologie, 1, 1936, 70—77; 45. *Ujváry și colab.* : Cercetări de ftziologie, vol. V, 344—346; 46. *Váradí, Kelleher* : Lancet, 1953, 6, 751, 145; 47. *Veltmann* : cit. Jordan, Ehring; 48. *Wehnert* : cit. Kroepfli, Dermatologica, 111, 3, 168—176.