

DESPRE BOLILE MICOTICE FRECVENTE ALE PIELII ȘI MUCOASEI

Orlik József

În ultimul timp literatura medicală se ocupă insistent cu modificările organelor interne, dar mai puțin cu leziunile pielii și mucoasei, cauzate de ciupercile levuriforme (mai cu seamă de candida albicans, ce se găsește pretutindeni și a cărei denumire veche e oidium albicans, sau monilia albicans). În comunicarea de față ne ocupăm de acestea din urmă.

S-a constatat că ciupercile candidae se înmulțesc nu numai sub efectul tratamentului cu antibiotice cu spectru larg, ca de exemplu tetraciclinele, ci și sub aceia al hormonului adrenocorticotrop (ACTH). Aceasta nu înseamnă că trebuie să ne gândim la candidiază numai în cazul când bolnavul a fost tratat cu fiecare dintre medicamentele amintite, deoarece deseori observăm acest fenomen și la indivizi cărora nu li s-a aplicat în prealabil nici un tratament. În unele ramuri profesionale (ca de ex. în industria prelucrării fructelor) apare ca boală profesională a pielii, alături această ciupercă ubicuă și saprofită devine patogenă în împrejurări care nu sînt întotdeauna cunoscute. Leziunile pielii și mucoasei cauzate de candidae sînt extrem de variate. Sînt îndeobște cunoscute următoarele boli ale mucoasei și pielii: soor-ul sugarilor și intertrigo micotica ce se dezvoltă pe miinile spălătoarelor. E mai puțin cunoscut faptul că candida cauzează la copii destul de frecvent perleche (angulus infectiosus oris), ba uneori chiar amigdalită. Perleche-ul cauzat de candida (angulus oris blastom) este deseori precedat de o plagă, alături însă apariția candidae este pregătită de coci banali. Clinic, aproape că nu se deosebește de angulus cocogen.

Practic vorbind, cea mai importantă blastomicoză a mucoasei este *colpita*, sau mai corect *vulvovaginita blastomicotică*. Mai demult se credea că colpita nu survine decît la diabetici; observații mai recente arată însă că e frecventă și la gravide, ba și la negravidă. La gravide se explică prin creșterea glicogenului din epiteliul vaginal, iar la negravidă prin micșorarea pH-ului secreției vaginale, sau prin infecții cocogene. Ea prezintă un tablou clinic foarte variat. Pe vulvă și în vagin am văzut uneori o pseudo-membrană ușor detașabilă de mîinca unui vîrf de deget, sub care s-a observat o eroziune superficială. Modificarea poate fi circulară sau ovală, separată sau confluentă. Alături se observă un simplu proces inflamator sau pustule mărunte și ulceratii superficiale. E frecventă scurgerea de o consistență cremoasă. Boala se extinde asupra bolții vaginale, și mai rar asupra uretrei. De cele mai multe ori colpita blastomicotica e însoțită de simptome subiective neplăcute (arsuri, prurit). Practic, e indicat ca în toate cazurile de prurit vulvar să se caute și prezența ciupercii.

Candida poate să cauzeze modificări nu numai în organele genitale ale femeii, ci și în uretra bărbaților, provocînd *uretrită negonoreică*. Trebuie să ne gândim la prezența unei balanite blastomicotice, mai ales dacă boala nu cedează la tratamentul obișnuit. Boala poate să debuteze acut, cu simptome inflamatorii, cu edeme și fisuri pe prepuțiu. Alături simptomele inflamatorii sînt atenuate. E frecvent pruritul.

În sfîrșit amintim proctita (anita), care survine de obicei ca o consecință a tratamentului cu antibiotice. Ea poate fi un simplu prurit sau alături o modificare în formă de ezemă.

Candidiaza pielii este și ea variată. Am amintit intertrigoul micotic care apare pe miini, de obicei între degetele III—IV. Boala poate să se dezvolte și

în celelalte cute, mai cu seamă la indivizii obezi, la femei mai frecvent ca la bărbați. E caracteristic pentru intertrigo blastomicotică că are marginile fin dantelate, foarte neregulate și dungi cu un guler epitelial larg de cca 1 cm. Modificarea aceasta este deseori bilaterală, de obicei pe o parte e mai extinsă decît pe cealaltă. De cele mai multe ori bolnavul are dureri pruriginoase și de arsuri.

Practic este foarte importantă *candidiaza sugarilor care imită boala lui Leiner*. Această boală debutează printr-un eritem gluteal infantil. După *Buda, Balogh* și *Madarász* cele mai multe eritoderme descumative, considerate drept boala lui Leiner, sînt de origine candidă. Examinînd materialul lor clinic, acești autori au pus în evidență candidela și au dovedit în același timp caracterul lor de agent patogen. Afirmațiile lor au la bază rezultatele terapeutice pe care le-au obținut.

Destul de des candidela cauzează onichie și paronichie (onichomicoza blastomicotică). Cînd apare pe mîini și pe unghii, cauza principală a bolii e candida, dar cînd apare pe picioare e epidermofitonul și trichofitonul. Boala survine la muncitorii din industria de prelucrare a zahărului, a fructelor și a zarzavaturilor, precum și pe mîinile femeilor casnice. Microtraumatismele manucului favorizează infecția. Leziunea se poate localiza pe o singură unghie sau pe mai multe.

De obicei procesul începe printr-o paronichie. Paronichia blastomicotică și onichia ce i se asociază sînt procese rebele, care persistă luni sau chiar ani. Pentru tabloul clinic sînt caracteristice tumefierea plicii unghiei, decolorarea ei livid-roșie, precum și faptul că prin apăsare, se scurge de sub plica unghiei o secreție purulentă, de obicei groasă. Această secreție nu se poate obține întotdeauna, deoarece uneori procesul rămîne sub lunulă. Puroiul care se secretează la rădăcina unghiei, formează abcese mărunte, de mărimea unui cap de ac cu gămălie, iar aceste abcese apar la suprafața unghiei sub forma unor pete galbene. De asemenea sînt caracteristice eroziunile murdare, de culoare verde, care pornesc din partea laterală a unghiei. Alteori într-un mod necaracteristic pentru candidă, rădăcina unghiei e neuniformă, cu dungi, mată, îngroșată. Încetul cu încetul procesul atacă toată unghia.

În ordinea importanței practice, ultimul loc îl ocupă candidiazele pielii independente de flexiuni. *Arievic* le împarte în următoarele grupe:

a) Dermatite infantile blastomicotice (circumscrise, generalizate) eritematoscuamoase și veziculo-pustuloase.

b) Dermatite blastomicotice eritematoscuamoase și veziculoase.

c) Dermatite blastomicotice palmare.

d) Dermatite blastomicotice mamelare.

Modificările de mai sus seamănă cu pioderma și eczema de care nu se pot diferenția decît prin examene de laborator.

Cunoașterea candidiazelor este importantă și pentru faptul că, la fel ca dermatofitele și bacteriile, ele pot sensibiliza organismul, cauzînd diferite manifestări alergice ale pielii și organelor interne. După *Schafer*, la 10% dintre toți bolnavii factorul alergic este candida. Acest autor crede că candidiaza poate să cauzeze următoarele boli alergice (nu amintim decît pe cele mai frecvente): eczema, urticaria, prurigo, astmul, cefaleea ș. a.).

În candidiaze, punerea în evidență a agenților patogeni e ușoară, cu condiția să ne gîndim la ei. Acești agenți pe frotiu se colorează bine cu albastru de metilen simplu. Sînt remarcabile ciupercile ovoide cu contur dublu sau levurile care se înmulțesc repede. Filamente se văd rareori. Se cultivă ușor; în mediul de cultură Sabouraud cresc în 4—7 zile.

Dovedirea rolului patogen al ciupercii creează greutăți. Se știe că candida se găsește deseori și la indivizii sănătoși. După *Ravaut* și *Rabeau*, ea se află

în diferitele regiuni ale corpului în următoarele proporții: 80% în gură, 100% în scaun, 40% în regiunea inghinală, 20% între degete, 0% pe pielea brațului.

Diferite examinări arată că în vagin candida se găsește în proporție de 10—30%.

După *Ravaut* și *Rabeau*, rolul etiopatogen al candidiei trebuie identificat: 1. dacă găsim candida în stare pură, 2. dacă o punem în evidență în conținutul vezicii și 3. dacă proba i. c. a levurii (extract de candidă) e intens pozitivă.

După *Florián*, ciuperca poate fi considerată agent patogen, în cazul în care cultivând-o într-un mediu de cultură și aplicând-o pe piele, provoacă aceeași modificare ca și boala inițială (comunicare personală).

Tratament. Și astăzi tratamentul soorului sugarilor se face cu badijonări de borax-glicerină, eventual 2% pioctanină (pyoctanin coeruleum 2.0 — aqua destillata ad 100.0).

În caz de *angulus blastomicoticus*: dimineața badijonări cu soluție de nitrat de argint 2%, seara cu soluție de pioctanină 2%, sau cu tinctură de iod 2%.

Pentru tratamentul candidiazei vaginale, *Szendy* recomandă următorul procedeu bine verificat: după spălătura vaginală cu clorogen, se îndepărtează impuritățile, apoi se introduce o meșă îmbibată cu glicerină boricată 20% (natrium boricum 20.0 glycerin ad 100.0), astfel încît capătul din afară al meșei să acopere organele genitale externe. Meșă se schimbă din 24 în 24 de ore. Regiunea din jurul vulvei se unge cu glicerină boricată și se presară un strat gros de talc de acid boric (Na boricum 5.0 — talcum venetum ad 100.0).

Cazurile de balanită și proctită se tratează cu comprese de hipermanganat de potasiu și cu badijonări de soluție Castellani.

În caz de candidiază a sugarilor care imită boala lui Leiner: se aplică local badijonări cu soluție 2% pioctanină, sau mercurocrom 2%, ulei de zinc boricat. Tratament general: transfuzie de plasmă timp de 10 zile, zilnic 40—50 ml i.v., în afară de aceasta vitamine C, B₁ și B₁₂.

Metoda bine verificată a lui *Fejér* pentru tratamentul paronichiei e următoarea: dacă e prezentă numai paronichia, atunci injectăm zilnic posterior și lateral în plica unghiei soluție Castellani cu siringa Record, aplicind un ac bont. Dacă procesul se extinde și în unghie, atunci după extirparea chirurgicală a acesteia, patul unghiei trebuie badijonat zilnic cu tinctură de iod 5%, injectându-se mai departe în plica unghiei soluție Castellani, cu ajutorul procedurii descris mai sus. Tratamentul trebuie continuat pînă la creșterea noii unghii.

În caz de intertrigo blastomicotic: badijonări cu soluție Castellani, sau cu soluție de pioctanină 2%.

În tratamentul candidiazelor și mai cu seamă al colpitelor, recent se întrebunțează cu succes nistatinul sau micostatinul, un antibiotic ce se obține din streptomicis noursei. La noi, acest medicament nu a fost pus încă în circulație. El exercită asupra candidiei un puternic efect micostatic. Modul de întrebunțare: dimineața și seara se introduce câte o tabletă (100.000 unități) în fundul de sac vaginal. Tratamentul poate fi completat, administrîndu-se zilnic per os 2—5 tablete. Unii autori susțin că rezultatele sînt foarte bune, medicamentul influențînd favorabil îndeosebi pruritul vulvei. Tratamentul trebuie continuat timp de 10—12 zile.

Sosit la redacție: 14 mai 1958.