

PELADA (ALOPECIA AREATĂ)



TEZĂ

PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE 1930

DE

ILEANA VASINCA

24 MAY 2005

INST. MED. FARM. TG-MUREȘ ORG. FUD. G. DGT SZ. INT. VVH. M.M. Centrala - 22230011 K. 11111111
/195
Lot. sz. 444521

UNIVERSITATEA DIN CLUJ FACULTATEA DE MEDICINĂ

Decan: Domnul Prof. Dr. DRĂGOIU I.

Profesori :

Clinica stomatologică	Prof. Dr.	ALEMAN I.
Bacteriologie	" "	BARONI V.
Fiziologia umană	" "	BENETATO GR.
Istoria medicinei	" "	BOLOGA V.
Patologia generală și experimentală	" "	BOTEZ A. M.
Clinica oto-rino-laringologică	" "	BUZOIANU GH.
Istologia și embriologia umană	" "	DRĂGOIU I.
Semiologia medicală	" "	GOIA I.
Clinica ginecologică și obstetricală	" "	GRIGORIU C.
Clinica medicală	" "	HAȚIEGANU I.
Medicina legală	" "	KERNBACH M.
Chimia biologică	" "	MANTA I.
Clinica oftalmologică	" "	MICHAIL D.
Clinica neurologică	" "	MINEA I.
Igiena și igiena socială	" "	MOLDOVAN I.
" " " "	" "	M. ZOLOG
Radiologia medicală	" "	NEGRU D.
Anatomia descriptivă și topografică	" "	PAPILIAN V.
Clinica chirurgicală }	" "	POP A.
Medicina operatorie }	" "	POPOVICIU GH..
Clinica infantilă	" "	POPOVICIU GH.
Farmacologia și farmacognozia	Supl. "	SECĂREANU ȘT.
Chimia medicală	Prof. "	STURZA M.
Balneologia	" "	TĂTARU C.
Clinica dermato-venerică	" "	ȚEPOSU E.
Clinica urologică	" "	URECHIA C.
Clinica psihiatrică	" "	VASILIU T.
Anatomia patologică	" "	RACOVITĂ E.
Biologia generală	" "	Agr. SECĂREANU T.
Chimia	Conf.	BĂRBULESCU N.
Fizica medicală		

JURIUL DE PROMOȚIE :

PREȘEDINTE: D-l. Prof. Dr. C. TĂTARU

MEMBRII :	{	" " " M. STURZA
		" " " V. BOLOGA
		" " " D. MICHAIL
		" " " GR. BENETATO

SUPLEANT " Doc. " I. GAVRILĂ

Pelada este o afecțiune cutanată caracterizată prin plăci rotunde sau ovale lipsite complet de păr.

Se localizează mai frecvent pe pielea păroasă a capului, putându-se găsi însă și pe alte regiuni păroase ale corpului. La nivelul acestor insule alopecice pielea este netedă, de o albeață remarcabilă, având în aparență aspectul pielii normale.

În general interesează toate vârstele, totuși se întâlnește mai des în prima jumătate a vieții. În ceea ce privește sexul, s'a constatat că numărul bărbaților cu peladă este de două ori mai mare decât al femeilor.



Simptome și evoluție

Debutează printr'o cădere spontană a părului într'o anumită regiune, dând naștere unei plăci denudate, neregulate, care cu timpul se rotungește și ia de obicei o formă rotundă sau ovalară. Placa se extinde periferic, ajunge dela 2—3 cm. la 4—5 cm. sau chiar mai mult, păstrându-și forma sau în cazuri mai rare luând un aspect neregulat. În unele cazuri căderea părului nu e masivă, bruscă, ci se face incomplet, lăsând câteva fire de păr care cedează la cea mai mică tracțiune. Rezultatul va fi acelaș, tot părul cuprins în acea regiune circumscrisă va cădea. La nivelul acestei plăci adeseori pielea este subțiată, cu suprafața deprimată, având aspectul unei farfurioare, ceea ce se explică probabil prin dispariția rădăcinei firelor de păr. Pe fondul alb al plăcii, în cazul unei secreții exagerate a glandelor sebacee, se văd orificiile dilatate corespunzătoare foliculului pilos care lipsește. Pielea lucește și la presiune iese picături de sebum, (fenomen de hiperstea-

tidroză). În alte cazuri tegumentele sunt uscate, orificiile foliculare șterse.

Această leziune nu este însoțită de niciun simptom inflamator sau subiectiv. Excepțional bolnavul semnalează înainte de căderea părului un prurit local, stare de hiperestezie, crieștezie etc. Placa peladică este înconjurată în decursul evoluției sale de așa numitul păr peladic, care este rupt, mai scurt decât părul normal, cu lungime dela $\frac{1}{2}$ până 1 cm. având forma unui semn de exclamație, mai gros la extremitatea superioară decât la punctul de implantare unde este mai subțire și mai decolorat.

Uneori acest păr bolnav se găsește neîntrerupt, pe o zonă de un cm. sau chiar mai mult în jurul plăcii, luând aspectul unui tondant trichofitic.

Această formă, Besnier, a numit-o »trichofitoidă«.

De cele mai de multe ori însă, părul peladic nu este prea numeros, înconjurând placa în mod discontinuu și pe o zonă mai îngustă. Acest păr îl găsim până în vecinătatea părului în aparență sănătos. El indică faptul că placa n'a ajuns în stadiul definitiv al evoluției sale. Se epilează ușor, fără durere și în scurt timp căderea lui va produce rotungirea plăcii.

Uneori părul din jurul plăcii are aspect normal și numai epilația va diferenția părul bolnav de cel sănătos.

După o anumită perioadă în care placa și-a atins maximum de extindere, această insulă alopecică rămâne înconjurată de părul sănătos. În acest stadiu se menține câteva săptămâni sau luni, apoi vor apărea fire de păr mici, fine, decolorate, care acoperind suprafața alopecică vor forma noul păr. Cu timpul aceste fire se recolorează și cresc până când placa dispare cu totul. Placa inițială poate fi unică sau multiplă.

Aprope întotdeauna pelada începe printr'o plaeă primitivă unică, iar în cazuri mai serioase după un timp de staționare de câteva săptămâni, se formează în apropiere noi plăci secundare, fiecare urmând aceeași evoluție ca prima, având o fază de creștere, staționare și

vindecare. Aceste faze însă, variază foarte mult, chiar la aceeași persoană.

Frecvent se întâlnește la nivelul leziunilor o laxitate a tegumentelor, țesul celular subcutanat fiind redus, pielea se poate deplasa făcând numeroase pliuri, fenomen numit hipotonia lui Jacquet. Uneori în pelada extinsă se poate observa un edem, o împăstare hipertrofică tot timpul boalei, fenomen care în formele circumscrise e trecător și poate lipsi în multe cazuri.

Forme

În afară de forma clasică a cărei evoluție am văzut-o mai sus, se cunosc și alte varietăți:

Pelada decalvantă, are un debut identic cu al peladei tipice, însă după o perioadă de acalmie survin noi plăci în număr mai mare, formând insule de dimensiuni diferite, fiecare reproducând evoluția plăcii primare. La sfârșit se produce o denudare completă a pielii păroase a capului. Uneori, după câteva luni, vindecarea poate surveni, dar incomplet. Chiar dacă se reface aproape complet, ceafa rămâne definitiv lipsită de păr.

Pelada de obicei debutează la nivelul pielii păroase a capului, unde poate rămâne staționară, sau în alte cazuri se extinde secundar la barbă, sprâncene și în restul corpului.

Uneori debutul se face la nivelul *bărbii* sau *sprâncenelor* și de aici în mod secundar trece la pielea păroasă a capului. În pelada sprâncenelor, părul cade de cele mai multe ori în mod difuz, fără a forma placa net delimitată. Această formă are un prognostic mai grav, căci dacă se produce o vindecare, aceasta necesită de două ori mai mult timp decât în cazurile unde nu s'a produs o cădere a sprâncenelor. Uneori se pot găsi plăci sau benzi peladice pe *membre*, chiar toată suprafața corpului își poate pierde părul în întregime ducând la *pelada generalizată*, care este o formă foarte gravă, dificil și incomplet curabilă.

Aproape în toate cazurile grave avem și o peladă a unghiilor. Se poate observa la nivelul unghiei o leuconichie, striatiuni albe paralele, iar între ele uneori marginea liberă a unghiei este ruptă : unghie crenelată. Mai caracteristică este unghia cu aspect ciuruit, datorită unor depresiuni mai largi și mai puțin profunde decât cele care se observă în psoriază, Aceste leziuni ale unghiei deasemenea agravează prognosticul.

O formă specială a peladei numită de greci *ophiazis*, studiată și descrisă de Celse, are o evoluție deosebită, Se întâlnește mai frecvent la copii. Incepe printr'o plăcă mediană localizată în regiunea cefeii, sau prin două sau mai multe plăci laterale simetrice de o parte și de alta a liniei mediane. Acestea se unesc prin progresiune periferică și formează o bandă inferioară de 2—3 cm., a cărei margine superioară arată numărul și dispoziția plăcilor primitive din a căror fuzionare a rezultat banda alopecică. Pielea păroasă a capului este micșorată prin această bandă alopecică circumferențială. În cursul acestui proces, se pot produce alte plăci la o oarecare distanță, în plină regiune păroasă, urmând simetria plăcilor ophiazice, fără însă a fi perfecte și geometrice. Uneori la nivelul marginii de extensiune a acestei benzi se observă părul peladic caracteristic, dar nu așa de tipic ca în pelada banală. În cazuri de ophiiazis la adulți, părul care va dispărea este altfel decât în pelada descrisă ; este gros, rupt, deformat, poate perzista, vindeca complet sau incomplet.

Etiologia peladei nu este încă perfect elucidată.

S'a susținut de unii autori prezența unui parazit în etiologia peladei.

În pelada ophiazică nu s'a găsit nici o floră microbiană, însă în pelada banală a adulților, Sabourand a găsit întotdeauna în infundibilul osteofolicular al părului, microbacilul seboreic. În aceste cazuri, pielea plăcii peladice este lucioasă și cu orificiile pilosebacee deschise și vizibile. Jaquet a fost primul care după o serie de cercetări a demonstrat că această afecțiune nu e contagioasă și a dat ideea originii endogene a peladei.

S'a observat că un mare număr de cazuri cari survin la adulți și aproape toate cari apar la copii sunt însoțite de fenomene teratologice dentare, defecte de implantare, de formă, de dispoziție a dinților, cari denotă un *sifilis hereditar*. Cu toate acestea nu se poate spune că pelada ar fi de origine sifilitică.

Multe *turburări endocrine* suntacompaniate de peladă; astfel în gușa exoftalmică uneori se poate remarca faptul că urmează fluctuațiile boalei, crescând în criză și diminuând în acalmie. Există numeroase cazuri în *mixe-dem*, *insuficiență ovariană*, *menopauză* etc.

Foarte rar s'au găsit cazuri de *peladă hereditară* la două sau trei generații. S'a observat o peladă gravă complicată și definitivă apărând brusc după *pirexii grave* cu turburării meningeale serioase. S'au semnalat cazuri în *turburări nervoase*, după stări mai lungi de depresiune, după surmenaj intens. Uneori apare în cursul unor *turburări digestive*: turburări ale secreției, hiperclorhidrie, aerogastrie. Intr'un mic număr de cazuri s'a observat ca accident în cursul *desvoltării dintelui de minte* pe cale reflexă de origine dentară.

Unii autori cari susțin originea nervoasă a peladei, vorbesc și de o formă prin șoc emotiv. S'a descris așa zisul „*deffluvium capilorum*“ care duce brusc la căderea părului. Intr'un caz descris, s'a produs o alopecie, difuză după 12 zile, iar după 3 săptămâni n'a mai rămas niciun fir de păr. După o lună de staționare în acest stadiu s'a refăcut complet. Sabouraud însă, susține că această diferă de simptomele și evoluția unei pelade și se apropie mai mult de alopecia consecutivă unei infecțiuni sau intoxicațiuni, căci el n'a observat niciodată ca în urma unui șoc emotiv să se producă pelada, ci numai o simplă cădere de păr după 15 zile.

Anatomia patologică: Incă nu este cunoscută decât într'o măsură mică. Primele turburări istologice ce se observă sunt turburări pigmentare la nivelul papilei pilare. Granulațiunile pigmentare încep să urce luând o direcție spre firul de păr și astfel dispar dela nivelul papilei. Dea-

semenea din stratul pigmentar al epidermului cantitatea de pigment e redusă, fapt care explică leucodermia plăcilor peladice. Din părul cu bulb gol se formează un păr cu bulb plin, care urcă în folicul până aproape să fie aruncat afară. Sub bulb papila încearcă o regenerare. În această fază, pelada e în regresie. Dedesubtul părului care va fi eliminat, noul folicul prezintă turburări de formațiune. În țesutul conjunctiv corespunzător folicului bolnav, găsim grămezi de celule mononucleare. Mai târziu, epidermul se subțiază și pigmentii dispar. Foliculii pilari diminuează ca număr, iar în jurul celor rămași, a celor neoformați dealungul vaselor găsim diseminate grunolațiuni bazofile. Pe suprafața insulei peladice care pare glabră și rămâne așa câțva timp, se poate observa microscopic un puf decolorat care moare la rândul său ca și precedentul, apare altul și acest fenomen se continuă până la vindecerea peladiei.

În rezumat: toate leziunile peladice cuprind turburări de pigmentare cari persistă până la sfârșitul afecțiunii. Acest fapt exclude o etiologie microbiană și face să ne gândim mai mult la turburări datorite intoxicațiilor sau iritației locale, ori la turburări a căror natură ne scapă.

Părul peladic în formă de semn de întrebare, cu o lungime de $\frac{1}{2}$ —2 cm, e rar, aderă la nivelul zonei marginale a plăcii până la complectă evoluție și dispăre când extensiunea plăcii s'a terminat. Într'un punct al extremității superioare se văd celule corticale disociate și la acest nivel părul se va rupe spontan sau la tracțiune. Sub punctul de fractură al firului de păr se observă o umflătură datorită dislocării celulelor corticale. În centru găsim adeseori o destindere a substanței medulare care e încărcată cu pigment, când firul ia forma unui spic. Pe un același cap peladic, părul bolnav ia întotdeauna o formă analogă. La extremitatea proximală, firul se subțiază și substanța medulară de obicei e dispărută. La tracțiune opune o rezistență mică. De remarcă că tot părul bolnav este sortit să urmeze moartea lentă a papilei care l-a format.

Înainte de a dispărea foliculul, secreția papilei nu se mai face.

La examenul cu lupa dacă terenul e seboreic, pielea este lucioasă, cu porii deschiși, iar în locul părului dispărut se vede un puf care e părul pe care papila încearcă să-l formeze în locul celui căzut, dar nu este acesta părul regenerat definitiv. În alte cazuri, mai ales în pelada ophiatică, pielea este netedă, uscată, cu porii aproape dispăruți. În ambele cazuri pielea este leucodermică, ceea ce dovedește că turburarea de pigmentație e prezentă. Un alt semn observat în multe cazuri, e un edem care păstrează urma impresiunii digitale.

În alte cazuri pielea e atrofiată, subțiată și aderentă de planul subjacent, contrar pielei laxe descrisă de Jaquet. Edemul epidermic acompaniază pelada banală, iar acea subțiere atrofică se găsește în majoritatea cazurilor în pelada ophiatică.

Diagnosticul: Pelada se recunoaște ușor după simptomele și evoluția descrisă și dacă examinarea se face cu atenție.

Diagnosticul diferențial al peladei se face cu următoarele boli: *Cu alopeciile parazitare* ce nu pot fi confundate cu pelada în formele lor tipice, numai în varietățile lor fruste sau anormale s'ar putea face o confuzie.

În alopecia cicatricială favică vindecată, cicatricea albă strălucitoare și antecedentele cu tratamentul specific aplicat ne ajută la diagnostic. În favusul nevindecat, unul sau mai multe fire de păr străbat godeul format dintr'un conglomerat de ciuperci care intră în foliculul pilos până la bulb, înconjurând întreg părul. La început godeul este mic, acoperit de un strat cornos subțire și înconjurat de o zonă inflamată. Semn diferențial important e și faptul că părul nu se rupe, se epilează ușor și iese împreună cu bulbul pilos care e înconjurat de godeu.

Trichofitia superficială a pielii păroase a capului prezintă leziuni rotunde ovalare cu o zonă periferică eritematoasă proeminentă și una centrală scufundată acoperită cu scoame cenușii. Părul devine friabil, se rupe la 2—3 mm.

și nu se poate epila. Acest tondant trichofitic, aproape niciodată, nu e urmat de o alopecie totală și cicatricile foliculare cari persistă sunt un indiciu pentru diferențiere.

Sicoza bărbii (trichofitia profundă a bărbii) da o alopecie permanentă. Găsim pustule ce confluează, leziunea luând forma unei tumori acoperită cu scuame groase. Părul e mai scurt, se epilează ușor împreună cu bulbul care e înconjurat de o masă de puroi.

Microsporia începe printr'un placard mare, de formă rotundă, înconjurat de altele mai mici, acoperite cu scuame cenușii, fără fenomene inflamatorii. Părul e rupt la 2—5 mm. Alopecia în microsporie nu este definitivă, căci în pubertate se vindecă. Sunt procese de atrofie foliculară datorite unor fenomene inflamatori perceptibile, sau atât de mici, încât ne putem îndoi de ele :

În *pseudopelada Brocq* e deficitul de găsit chiar un punct roșu la nivelul orificiului folicular unde va fi eliminat părul. Se observă plăci ovale, alungite, de $1\frac{1}{2}$ —2 cm., grupate pe una sau mai multe regiuni ale pielei păroase. Afară de absența unui fenomen inflamator evident, s'a remarcat o scleroză în derm, fără să se vadă dispariția foliculului în întregime. Suprafața cicatricială prezintă o alopecie definitivă. La fel se produce o scleroză foliculară din cauza *seboreei* caracterizată prin căderea firelor de păr împreună cu bulbul lor, mai ales în regiunea frontală și creștet. Pe pielea paroașă a capului se găsesc scuame groase cu aspectul unui depozit uleios.

Alopeciile inflamatorii în: *erizipel*, *abcese*, duc la o depilație bruscă, fără însă a manifesta o tendință de extindere. Alopeciile *post-furunculoase* se prezintă ca plăci multiple de dimensiuni mici, cu cicatrici roșii deprimite la centru. Frecvent se întâlnește o alopecie cu mici plăci cicatriciale în urma unei foliculite diseminate sau în placarde mai mari ca *impedigo* al pielei păroase. Crustele căzând cu firele de păr, lasă o suprafață de culoare roz, rotundă, care se va acoperi în câteva săptămâni cu un păr nou. Rar, poate da o alopecie cicatricială și definitivă, în urma crustelor cari stagnează mult timp în acelaș loc,

iar sub ele persistă supurația.

În *lupusul eritematos* avem plăci roșii cu o depresiune în centru, marginile roșii, proeminente, acoperite cu scoame aderente și sensibile la presiune.

Alopecia sifilitică e caracterizată prin plăci mai mici și mai numeroase lipsite de păr.

După *pirexii grave* (febra tifoidă, tifos exantematic, etc.) alopeciile incomplete și difuze nu prezintă limita neta a plăcilor din peladă.

Sclerodermia în plăci într'o regiune păroasă duce la alopecie absolută. Se pot găsi plăci rotunde ca în peladă, dar aici infiltrația, atrofia și consistența cartonată a pielii, apoi prezența unui lila ring fac ușor diagnosticul diferentiar.

Există alopecii în urma unei *atrofii cutanate progresive* fără cicatrici la suprafață. Astfel sunt alopeciile situate la creștet sau la ceafă, la femeile de o anumită vârstă. Sunt plăci mari, rotunjite sau bilobate de o parte și de alta a linii mediane. Găsim acest fel de alopecii definitive și fără cicatrici în regiunea frontală sub forma unei panglici de 1 jum. cm. lărgime, dela o tâmplă la alta, iar la cele două capete terminându-se prin două plăci alopecice triunghiulare deasupra urechilor. Toate cicatricile vechi *traumatice* lipsite de păr, ar putea fi confundate cu alopecia aretată. De cele mai multe ori însă, aceste alopecii desenează forma corpului contondent care le-a produs.

Razele X și radium pot da unele radiodermite cu evoluție cicatricială. Placa alopecică de obicei e străbătută de mici vene cu aspect de nevi stelari și e înconjurată de un păr gros, dur. În antecedente găsim aplicarea tratamentului cu raze X, cari fac dificil diagnosticul.

Prognostic.

Gravitatea unui caz de peladă variază foarte mult, în general fiind în legătură cu dimensiunea și numărul plăcilor. De obicei după un timp de câteva săptămâni,

luni sau chiar mai mult în cazuri grave, părul se reface complet, și nu rămâne nici o urmă a stării morbide. Alopecia difuză a sprâncenelor și leziunile unghiei peladice agravează prognosticul, căci ele acompaniază întotdeauna o peladă care se vindecă foarte încet.

În forma decalvantă chiar dacă după câteva luni survine vindecarea, aceasta e incompletă. Dacă se reface aproape complet, totuși ceafa rămâne definitiv lipsită de păr.

În cazurile cele mai serioase pelada nu se vindecă niciodată complet și recidivează întotdeauna.

Sunt persoane care n'au suferit decât un singur atac de peladă în viața lor, altele au câte două-trei-zece sau chiar mai multe recidive.

Sunt cazuri subintrante de peladă în care fiecare placă se vindecă, în timp ce în jur se formează altele noi — »pelada perpetuă« a lui Besnier.

De remarcat că o peladă recidivantă, păstrează adeseori caracterele sale particulare, identice. Deasemenea e rar ca o peladă recidivantă care a rămas mult timp benignă, la sfârșit să devină gravă. Când o peladă gravă se prezintă, e așa dela început. De obicei pelada, afară de cea decalvantă, cu timpul se ameliorează puțin. S'a observat că mulți peladici vechi au mai mult păr la vârsta de 50 ani decât la începutul boalei lor.

Tratamentul.

Programul terapeutic urmărește suprimarea cauzei, regenerarea părului și prevenirea extinderii alopeciei prin împiedecarea apariției unor noi plăci.

Tratamentul general: se iau măsuri de igienă generală, repaus la munte sau mare, plimbări, sport, băi, hidroterapie.

În heredosifilis se face tratament antisifilitic care după Sabouraud trebuie să fie lung și de intensitate mijlocie. Preparătele de Hg își regăsesc aici valoarea. Vechiul sirop Gibert e bine tolerat de toți copiii.

Anemia, denutriția și nervozitatea se combat prin fier, arsenic, fosfor, untură de pește.

Se face opoterapie cu extract de tiroidă mai ales în turburările glandei tiroide, apoi extract de paratiroidă, suprarenală sau endocrinoterapie poliglandulară 1—3 tablete zilnic, adecvată, sau opoterapie inversă, prescriind la bărbați preparate poliglandulare feminine sau extract de ovar iar la femei tablete Testosan.

În pelada de origine dentară se tratează dantura. Turburările digestive deasemenea nu trebuiesc neglijate.

Tratament local.

Paliativ. Se face o epilație pentru a se putea observa zonele de extindere ale plăcii alopecice. Epilația poate fi înlocuită prin raderea zilnică a bărbii sau de două ori pe săptămână la pielea păroasă a capului.

Tratamentul curativ are o acțiune locală de excitație cu scopul de a menține plăcile alopecice într'o stare de iritație constantă, dar ușoară, căci trebuie să se evite o eventuală dermatită. Nu trebuie încetat acest tratament când părul începe să se regenereze, ci trebuie continuat până când noul păr are calibrul și aderența normală.

Tratamentul local prin metode fizice și mecanice: quartz, zilnic sau de 2—3 ori pe săptămână (dermatită actinică buloasă la 30 cm. 5—20 minute) are efect stimulant. Roentgenterapia deasemenea provoacă o regenerare a părului. Masajul cu o perie aspră a întregii regiuni păroase a capului, de mai multe ori pe zi, produce o hiperemie locală. Faradizarea e încă o metodă de a reda vitalitatea tegumentelor peladice, mai ales prin curenți de înaltă frecvență. Metoda Finsen a dat uneori rezultate.

Tratament local medicamentos: se face cu loțiuni sau pomezi desinfectante și hiperemizante (iritante) sub formă de fricțiuni locale energice. Prescriem tinctură de iod sau alcool iodat 2% pentru badijonare locală zilnică sau sublimat în soluție alcoolică 1—2% ce se bate în piele

cu o perie moale, trecând limitele focarului alopecic cu un cm. în jur. Badijonarea și fricțiunile se repetă până ce pielea devine roșie inflamată. Tinctura Capsici are aceeași acțiune. Acidul acetic disolvat în cloroform sau eter produce la fel o congestie a pielii :

Rp. ac acetic crist. 1.0 gr.
cloralhidrat 4.0 gr.
aether sulfuric 3.0 gr.
Rp. ac acetic crist. 0.5—2.0 gr.
cloroform 20.0 gr.

După aplicarea următoarei pomezi a lui Sabouraud :

Rp. oleu de cad
lanolină
vaselină aa 10.0 gr.
ac. pyrogalic
sulf pp
resorcină aa 1 gr.
Mf. ung Ds pomadă

în rare cazuri apar noi plăci. Se face seara un masaj pe întreaga piele (părul fiind tăiat scurt), iar dimineața spălare cu apă și săpun, apoi se fricționează cu o loțiune tonică :

Rp. Crisarobină 0.15 gr.
Cloroform 30.0 gr.

Sau în idiosincrazie pentru crisarobină :

Rp. Ac. acetic crist. 1.0 gr.
Acetonă anhidră 30.0 gr.

Prin acest tratament se împiedică extinderea boalei în regiunile sănătoase.

În cazuri rebele se aplică pomada cu crisarobină și ichtioli 5% sau fricțiuni revulsive cu acid carbonic și masaj local cu alifie sulfuroasă 5%.

În alopecia bărbii, care evoluează încet și e mai dificil de împiedecat extinderea în părțile sănătoase prin tratament local, aplicăm pomada cu pp. alb de Hg. sau după Sabouraud :

Rp. Xilol L pic.
Liq. Hoffman 30.0 gr.

prin fricțiuni energice.

Pelada sprâncenelor nu se poate trata decât cu medicamente anodine.

Tratamentul local al peladiei corpului nu se prescrie decât uneori pentru efect moral.

În formele decalvante toate metodele locale descrise au un efect foarte slab, încât se face mai mult un tratament general în aceste cazuri.

Unii au încercat să aplice pe suprafața corpului, pentru a penetra medicamentul mai bine în tegumente, scarificări, cari ar fi utile chiar izolat făcute.

Injectiile intradermice cu proteine (lapte sau alte preparate) injectate în focar produc reacțiuni locale și generale.

Local: hipertemie urmată de o mică reacție inflamatorie care produce regenerare și oprește extinderea.

General: produce o excitare a întregului organism prin intermediul sistemului nervos, căci și în plăcile neinjectate după cum au observat unii autori, s'a produs o regenerare.

S'a constatat că injectiile intradermice ar avea o acțiune mecanică, chimică și termică.

După Löwenstein injectiile intradermice acționează prin următorii factori:

1. Procese care se produc pe cale reflexă datorită iritației produse de lichidul injectat asupra sistemului nervos vegetativ.

2. Prin formația histaminei datorită distrucției celulelor cutanate.

Toate cazurile ameliorate în urma acestui tratament se însoțesc de o mărire a metabolismului. Eșecurile coincid cu scăderea metabolismului.

Mai nou, pe lângă tratamentul descris se aplică cu succes histamino terapia. În urma constatărilor că proteino-terapia modifică tonusul neurovegetativ, s'a încercat să se injecteze acizi aminați produși ai desintegrării albuminelor, în loc de a utiliza soluția clasică de peptonă.

Se injectează soluție de histamină biclorhidrată 1',

mgr. pe 1 cm² sau preparatul original Histamil Plé. Se infiltrează în mai multe puncte placa alopecică odată sau de două ori pe săptămână. Rezultatele se obțin la 6 săptămâni.

În general injecțiile intradermice cu histamină au efect vasodilatator al capilarelor periferice, efect neurotrop și antifalgic.

Prin injecția cu histamină se mai observă la nivelul înțepăturii un punct roșu înconjurat de o bulă edematoasă iar la periferie un eritem așa zis reflex.

Punctul roșu și edemul sunt datorite unor fenomene vasculare.

Mecanismul eritemului reflex este mai complicat. S'a constatat după minuțioase cercetări că în provocarea lui ar avea rol sistemul nervos și s'a ajuns la concluzia că există la nivelul pielii un reflex vegetativ continuu prin a cărui excitație cu histamină se produce eritemul reflex.

După repetate experimentări s'a constatat că această rețea neurovegetativă nu poate aparține nici sistemului simpatic nici parasimpatic, ci se crede că ar exista un sistem nervos vegetativ histaminergic.



Statistica bolnavilor de peladă prezentați în anii 1924—1938 la Clinica Dermato-Venerică din Cluj

ANII	Vârsta și sexul																								Total pe sexe		Total		
	1—5		5—10		10—15		15—20		20—25		25—30		30—35		35—40		40—45		45—50		50—55		55—60					60—65	
	B	F	B	F	B	F	B	F	B	F	B	F	B	F	B	F	B	F	B	F	B	F	B	F	B	F		B	F
1924					1				1	2	3		1		1												7	2	9
1925						1	1	1	1	4	3		1		1		1										11	2	13
1926					1		1	1	1	1	1		1		1		1			1						8	1	9	
1927						1	1	1	3		1	1	3		1		1		1			1				10	3	13	
1928					1		2	2	1	2		4		1												10	1	11	
1929			1		2					2																9		9	
1930					1		2	2					1		1											4	1	5	
1931						1		1				3		1												5		5	
1932			1		1	1	3	1	2				2	1	1											10	3	13	
1933								1		1			1			1										4		4	
1934		1	1				1	1		3	1		1	1	1											4	7	11	
1935					1					3	1		1	2			3		2			1				14	2	16	
1936		1			3					1	1		1	2		2										5	6	11	
1937		1			2		2	1	2		2		2	2	3	1	1		1		1	2				14	9	23	
1938				1			2		2		2		4		1	1				1						3	10	13	
1924—1938		3	3	6	8	2	17	9	22	6	23	8	20	4	10	3	9	1	3	2	3	2				1	118	47	165



CONCLUZIUNI

1. Pelada este o afecțiune cronică a pielii păroase a capului, putând interesa și alte regiuni păroase ale corpului.

Se caracterizează prin una sau mai multe plăci alopecice la nivelul cărora pielea în aparență este normală. În jurul plăcii se găsește uneori așa numitul păr peladic, care se epilează ușor, e rupt la $\frac{1}{2}$ —1 cm. dela nivelul implantării, cu aspectul unui semn de exclamare. Nu e însoțită de nici un simptom inflamator.

2. Pelada are trei faze evolutive :

Prima fază e caracterizată prin căderea spontană a părului dintr'o regiune circumscrișă, dând naștere unei plăci alopecice, înconjurată de părul peladic.

În faza a doua de staționare nu se mai extinde periferic și e înconjurată de păr aproape sănătos. Durează câteva săptămâni sau luni.

În faza a treia se produce regenerarea părului.

3. Etiologia încă nu e perfect elucidată.

Sindromul peladic indică existența unei stări morbide care interesează organismul : turburări endocrine (tiroidă, ovar), heredosifilis, pirezii grave, turburări digestive, turburări nervoase (depresiuni, surmenaj). Nu e contagioasă.

4. Diagnosticul se face ușor în baza simptomelor obiective.

5. Pelada e o afecțiune relativ frecventă.

Din statistică reese că, în decurs de 15 ani (1924—1938) la Clinica Dermatologică din Cluj, s'au prezentat 165 cazuri de peladă.

6. În ceea ce privește vârsta și sexul e mai frecventă în prima jumătate a vieții, numărul bărbaților cu peladă (118) fiind de două ori mai mare decât al femeilor (47).

7. Prognosticul variază dela caz la caz. În general se vindecă. Recidive se observă destul de des.

8. Tratamentul variază (în primul rând) cu etiologia.

Mai nou în urma tratamentului cu histamină vindecarea se obține în 6 săptămâni.

Decanul Fac. de Medicină :

ss. Pof. Ioan Drăgoiu

Președintele tezei :

ss. Prof. C. Tătaru

BIBLIOGRAFIE

Annales de dermatologie et de syphiligraphie 1935.

L'avenir médical 1938.

L. BROCCQ: La pratique dermatologique. Vol. III.

La presse médicale 1937, 1938.

R. SABORAUD: Entretiens dermatologiques.

R. SABORAUD: Diagnostique et traitement des affections du cuir chevelu.

R. SABORAUD: Nouvelle pratique dermatologique. Vol. VII, VIII.

Zentralblatt für Haut und Geschlechts — Krankheiten, Berlin, 1932.

