

UNIVERSITATEA »REGELE FERDINAND I.« DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Nr. 1402

**AFECTIONILE PATOLOGICE
ALE PIELEI
IN TIMPUL GRAVIDITĂȚII.**



PENTRU DOCTORAT
IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ
IN ZIUA DE 30 MARTIE 1939.
DE
LAZAROVITS ANDREI

**AFECTIUNILE PATOLOGICE
ALE PIELEI
IN TIMPUL GRAVIDITĂȚII.**



IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ
IN ZIUA DE 30 MARTIE 1939.

DE

LAZAROVITS ANDREI

24 MAY 2005

UNIVERSITATEA DE MEDICINA SI FARMACIE - MUREȘ
CATEDRA DE GINECOLOGIE SI OBSTETRICĂ
MUREȘ

4/4/81

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Decan : Domnul Prof. Dr. DRĂGOIU I.

Profesorii :

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 CR.
Clinica medicală	" "	HATIEGANU I.
Medicina legală	" "	KERNBACH M.
Chimia biologică	" "	MANTA I.
Clinica oftalmologică	" "	MICHAIL D.
Clinica neurologică	" "	MINEA I.
Igiena și igiena socială	" "	MOLDOVAN I.
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.	" "
Chimia	Prof.	SECĂREANU ȘT.
Balneologia	" "	STURZA M.
Clinica dermato-venerică	" "	TĂTARU C.
Clinica urologică	" "	ȚEPOSU E.
Clinica psihiatrică	" "	URECHIA C.
Anatomia patologică	" "	VASILIU T.
Biologia generală	" "	RACOVITĂ E.
Fizica medicală	Conf.	BĂRBULESCU N.

JURIUL DE PROMOȚIE :

PREȘEDINTE : Dl. Prof. Dr. C. TĂTARU

MEMBRII :	" "	Dr. V. BOLOGA
	" "	Dr. I. HATIEGANU
	" "	Dr. GH. POPOVICIU
	" "	Dr. T. VASILIU

SUPLEANT : Dl. Doc. Dr. T. POPOVICI

INTRODUCERE.

În timpul gravidității, organele genitale ale femeii iau o dezvoltare foarte accentuată, fapt care are drept consecință o modificare a întregului organism, datorită relației funcționale ce există între aparatele și sistemele sale constitutive. Dintre aceste modificări merită să fie amintite: distensiunea abdominală, jena circulatorie, turburări în metabolismul calciului și a colesterolului, turburări nervoase, endocrine, cât și o supraactivitate hepato-renală, datorită produselor catabolice fetale.

Dacă organismul femeii însărcinate e sănătos, viguros, el se va adapta ușor noilor cerințe și echilibrul biologic se restabilește relativ repede. Dacă însă organismul este debil sau slăbit prin cauze variate, el nu se va mai putea acomoda noilor condițiuni și astfel apar o serie de turburări sau boli gravidice, cum le numește Bumm-

Scopul lucrării prezente fiind mai mult evidențierea rolului gravidității în anumite afecțiuni patologice ale pielii, în cele ce urmează mă voi mărgini la expunerea numai a acelor turburări gravidice, cari au o oarecare legătură de cauzalitate cu diferitele dermatoze, care apar sau sunt atenuate de graviditate și anume:

1. Turburările endocrine. După fecundarea ovulului de către spermatozoid se formează în ovar corpul galben de gestație, care prin luteina secretată devine o glandă endocrină. Pe de altă parte, dela începutul lunii a treia apare o nouă glandă endocrină reprezentată prin placenta care secretă foliculina placentară, cât și niște hormoni de maturare și luteinizare cu proprietăți biologice identice hormonilor gonadotropi ipofizari. Apariția acestor glande endocrine și funcționarea lor, nu poate să rămână fără efect asupra celorlalte glande endocrine, și de fapt se poate constata cu ocazia gravidității: o hipertrofie a tiroidei, a lobului anterior al hipofizei, care se dezvoltă paralel cu

creșterea uterului și poate lui s'ar datori aspectul discret acromegalic al gravidelor, produs prin tumefierea pielii în special la nivelul buzelor și al nasului. Glandele suprarenale deasemenea sunt mărite, ajutând dezintoxicarea organismului prin cortina secretată de substanța corticală, iar disfuncția glandei este de mai mulți autori incriminată în etiologia pigmentațiilor gravidice, oarecum analoage cu cele din boala lui Addison.

2. *Autointoxicația gravidică.* Produsele de catabolism ale fătului supraadăugându-se celor materne, pun la o grea încercare funcțiunea antitoxică a ficatului și cea depuratoare a rinichiului. Când aceste organe cu tot efortul depus, nu mai sunt în stare să neutralizeze și să elimine aceste produse toxice, ele se vor acumula în organismul gravidei și astfel apare autointoxicația gravidică.

3. *Turburări în compoziția și regenerarea sângelui.* Aceste turburări apar mai ales la gravidele prea tinere sau la cele surmenate, prost nutrite sau slăbite prin alte cauze și se manifestă prin scăderea cantitativă a albuminelor sanguine și a globulelor roșii și prin creșterea numerică a leucocitelor, realizând tabloul clinic al unei anemii de cele mai multe ori de tip clorotic, excepțional pernicios,

Aceste turburări în special cele endocrine și autotoxice, sunt capabile să producă ele înșile niște dermatoze, cum ar fi bunăoară herpesul gestațional, sau pruritul gravidic, sau ele sunt numai cauzele favorizante ale unei infecții cum e cazul impetigoului herpetiform, în orice caz graviditatea trebuie considerată ca o stare fiziologică, care singură nu-i suficientă ca să sproducă o dermatoză, fapt dovedit și prin raritatea foarte mare a dermatozelor speciale gravidității, ci cel mult ea crează condițiuni, cari uneori pot cauza, declanșa, agrava sau din contra ameliora anumite manifestațiuni cutante patologice.

După cum graviditatea favorizează apariția sau agravarea unei dermatoze, sau din contra ameliorează chiar face să dispară complet simptomele ei, putem să deosebim în mod schematic;

a) dermatoze favorizate de graviditate.

b) dermatoze ameliorate în timpul gravidității.

Înainte de a intra în subiectul propriu zis al acestor teze, aduc viile mele mulțumiri Domnului Prof. Coriolan Tătaru, pentru subiectul tezei cu care a binevoit să mă onoreze,

a) Dermatozele favorizate de graviditate.

În acest cadru foarte vast intră o serie de manifestări cutanate, foarte variate, având însă un caracter comun reprezentat prin faptul că ele sunt favorizate de graviditate, fie în sensul unei agravări, fie că ele apar pentru prima oară cu ocazia sarcinii. Lăsând la o parte manifestările cutanate oarecum fiziologice, cum ar fi diferițele pigmentații sau vergeturi, afecțiunile patologice ale pielii favorizate de graviditate, pot să apară, în mod special în timpul gravidității, sau sunt numai simple dermatoze banale agravate sau chiar declanșate de graviditate.

Deci putem deosebi:

- I. Dermatoze speciale gravidității,
- II. Dermatozele banale agravate sau declanșate de graviditate.

I. Dermatozele speciale gravidității.

Aceste dermatoze deși extrem de rar se găsesc și la femeile negravidă, merită totuși denumirea de speciale gravidității, datorită faptului, că în marea majoritate, aproape absolută majoritate a cazurilor, ele apar la femeile însărcinate și au o strânsă legătură de cauzalitate cu turburările endocrine și cu autointoxicația gravidității.

În acest grup o să studiem succesiv următoarele afecțiuni patologice: herpes gestațional, impetigo herpetiform și pruritul gravidic și edemul gravidic.

1. Herpes gestațional.

Herpesul gestațional este o dermatoză benignă, recidivantă, rară, care apare la gravide în proporție de

1 : 35.000 (Darier), E polimorfă, constituită fiind din elemente eritematoase, veziculoase și buloase.

Boala are patru caractere principale: polimorfismul erupțiilor, tendința spre recidive, simptome subiective locale pronunțate și simptome generale foarte atenuate. Herpesul gestaționis apare în timpul gravidității mai frecvent în luna 3-a și a 6-a. Debutul se face cu ocazia primei sau celei de a doua sarcini, ca apoi să recidiveze în mod aproape constant cu ocazia sarcinilor ulterioare. După Darier recidivele sunt din ce în ce mai precoce și de o durată mai lungă.

Simptomatologie. Boala debutează printr'un prurit penibil, urmat nu peste mult timp de erupțiunea caracteristică. Leziunile cutanate sunt polimorfe, dar caracterul lor predominant este veziculo-bulos.

Debutează de obicei simetric pe membrele superioare și formează plăcarde eritematoase cu contur neregulat, separate la început de pielea sănătoasă, pentru ca ulterior să conflueze. Pe acest fond roșu hiperemic, apar vezicule neregulate, bule de aspect și dimensiune variate, care după un timp anumit se crustifică. Între timp în părțile vecine apar noi elemente eruptive, producând astfel un polimorfism evolutiv.

Simptomele generale după cum am mai spus, sunt foarte atenuate în această afecțiune, cel mult poate să apară o insomnie, datorită pruritului uneori foarte accentuat.

Evoluția. Herpesul gestaționis evoluează în puseuri succesive, cari apar la câte 15-20 zile. Leziunile rămân de obicei localizate la membre, rar se întâmplă ca ele să intereseze și capul sau mucoasele. Nașterea, care pare a fi precedată de o perioadă de acalmie, este urmată de un ultim puseu eruptiv, analog cu precedentele, apoi boala e terminată. Cu ocazia sarcinilor ulterioare, boala poate recidiva. După Darier, recidiva ar fi o regulă, în realitate însă s-au descris cazuri, unde femei gravide, care prezentau deja odată herpes gestaționis, au putut trece prin sarcinile ulterioare fără să mai fi făcut vre-o recidivă. Deci recidivele deși sunt foarte frecvente, nu pot fi considerate ca o regulă.

Etiologia. Cauza prescrisă încă nu este cunoscută. Sunt o serie de teorii, care încearcă să o explice:

Teoria nervoasă. Ea este susținută de Brissaud, care se bazează pe simetria leziunilor, prurit, starea nervoasă a gravidelor respective, tot atâtea motive, care ne atrag atențiunea asupra sistemului nervos.

Teoria autotoxică. (Brock, Pinard). Conform acestei teorii, herpesul gestațional e produs de o autointoxicație, datorită acumulării în sângele matern a diferitelor produse de catabolism ale fătului.

Teoria endocrină. Partizanii acestei teorii consideră herpesul gestațional drept consecința unei discriinii și aduc ca argument rezultatele frumoase obținute prin opoterapie făcută cu extracte din corpul galben. În această ordine de idei, Tommasi explică patogenia acestei boli admitând o sensibilizare a organismului printr'un antigen, care provine din corpul galben alterat, iar administrarea luteinei n'ar face decât o desensibilizare a lui.

2. Impetigo Herpetiform.

Este o dermatoză gravă și mai rară chiar decât herpesul gestațional. Se caracterizează prin erupțiuni generalizate, formate din pustulițe miliare superficiale, care se grupează în plăci vaste și evoluează prin puseuri succesive subintrate.

Se observă mai ales la gravide și numai foarte rar la femeii înafară de graviditate.

Simptomatologia. Boala debutează la nivelul plicelor cutanate din regiunea inguino-crurală, axilară și intermamelară, ca ulterior să prindă tot corpul, având însă desvoltarea maximă tot în regiunea inguino-crurală. Simptomele subiective locale sunt puțin importante. Se constată o ușoară durere, pruritul fiind inconstant. Simptomele obiective sunt însă cât se poate de pronunțate. Boala debutează prin mici pustule, având dimensiunea unei gămălii de ac, cu un conținut purulent, opac și de culoare gălbuie. Aceste pustulițe se unesc în grupuri rotunjite, cu o tendință la extindere centrifugă. Centru acestor plăți se usucă, se crustifică, ia o culoare roșie-brună, iar zona periferică se prezintă ca o bordură roșie închisă acoperită de pustulițe, care reprezintă o generație mai tânără decât cele ce s'au transformat în cruste. Pustulele periferice vor avea

aceeași soartă ca cele centrale, iar la la periferia lor apar noi erupțiuni, prin puseuri succesive, așa că placa se extinde din ce în ce mai mult în mod excentric. După eliminarea crustelor, rămâne o suprafață denudată, succulentă, uneori destul de dureroasă.

În unele cazuri erupțiunile nu se mulțumesc cu pielea pe care o interesează aproape în întregime, ci prind și mucoasele în special cea vulvo vaginală și cea bucofaringiană. Spre deosebire de simptomele subiective locale discrete, impetigoul herpetiform se caracterizează prin simptome generale foarte pronunțate. Puseurile eruptive sunt precedate de frisoane, iar după apariția elementelor eruptive, temperatura se ridică, starea generală se alterează foarte mult, bolnavii prezentând turburări gastro-intestinale cu inapetență, limbă saburală, vărsături, diaree, uneori chiar adevărate stări tifoase.

Evoluția. Boala este foarte gravă. Evoluția se face în puseuri separate de perioade de remisiune de o durată variabilă. Mortalitatea variază după diferitele statistici, în orice caz însă ea e foarte ridicată. Boala dă foarte des complicațiuni peritoneale (peritonită purulentă), renale sau articulare, care reprezintă uneori cauza morții. Ca efect asupra sarcinii, impetigoul herpetiform poate produce avort, naștere prematură, alteleori însă nașterea deși se face la termen, copilul nu e viabil și sucombă în primele luni. Dacă femeia a supraviețuit, afecțiunea poate recidiva cu ocazia sarcinii viitoare.

Etiologia. Boala e probabil de natură infecțioasă. Brock o consideră ca o dermatoză infecțioasă, produsă de un agent încă necunoscut. Cultivarea puroiului din pustulă n-a dat încă nici un rezultat.

Autorii germani în frunte cu Brill, consideră impetigoul herpetiform drept consecința unei disfuncțiuni a glandelor endocrine, bazându-se pe faptul că după strumectomii s'au constatat dermatoze cari reaminteau impetigoul herpetiform cât și pe rezultatele obținute prin opoterapie.

Darier, bazându-se pe fenomenele septicemice cât și pe leziunea anatomo-patologică, caracterizată printr-o pustulă a corpului mucos și o infiltrație peripustuloasă cu polinucleare, consideră impetigoul herpetiform ca o infecție, iar autointoxicația gravidică și turburările endocrine ar avea aici cel mult un rol favorizant.

3. Pruritul Gravidic.

Pruritul observat uneori la femeile gravide, se caracterizează prin accese de mâncărime, care apar fără nici o cauză exterioară și în lipsa oricărei erupțiuni cutanate.

Simptomatologie. Aceasta afecțiune se localizează deseori la nivelul vulvei, dar se poate extinde mai mult sau mai puțin, interesând uneori întreaga suprafață cutanată. Au fost observate cazuri unde pruritul a fost localizat numai în regiunile palmare și plantare.

Boala debutează printr'o mâncărime localizată în puncte variabile, care crește ca intensitate din ce în ce mai mult. Bolnavii simt o necesitate imperioasă de a se grata. Gratajul mărește la început senzația de mâncărime, care nu vă fi calmată decât atunci, când pielea va fi plină de excoriațiuni, uneori chiar sfâșiată. Afară de simptomele subiective, bolnavul la început nu prezintă nici o modificare cutanată vizibilă. Ulterior însă, apar leziunile datorite gratajului, a căror dimensiune și formă depinde de intensitatea pruritelui. Mâncărimea survine în accese frecvente atât noaptea cât și ziua și putând fi declanșate de mișcări violente, emoțiuni, sau din contra, prin repaus în pat, mai ales în cursul nopții, producând astfel insomnie.

Evoluția. Pruritul poate să apară oricând în timpul gravidității. El evoluează în accese ale căror intensitate crește pe măsură ce se apropie nașterea. Vinay a observat o creștere a frecvenței și a intensității acceselor în perioadele corespunzătoare perioadelor menstruale. În unele cazuri de prurit gravidic s'au observat nașteri premature, datorită mâncărimei generalizate extrem de violente. Nașterea duce în mod constant la dispariția rapidă a pruritelui, care însă recidivează destul de frecvent dacă femeia devine din nou gravidă.

Etiologia: Cei mai mulți autori consideră pruritul gravidic ca o autointoxicație gravidică, fiind rezultatul combinat al colitei, al insuficienței hepatice, al unei avitaminoze B și al unui exces de colemie și uricemie. Această părere este confirmată și prin rezultatele terapeutice bune, obținută printr'un regim lăctat, care duce la vindecare în câteva zile.

4. Edemul gravidic.

Edemul gravidic de fapt nu e o dermatoză, dar merită totuși să fie amintit printre dermatozele speciale gravidității, datorită faptului că este cauzat de graviditate, fără ca să avem concomitent nici o leziune cardiacă sau renală, cât și datorită faptului că edemul reducând vitalitatea pielii, o predispune pentru diferite afecțiuni, cum ar fi bunăoară eritemul, eczema sau furunculoză.

Edemul gravidic debutează după luna a 7-a a gravidității și se caracterizează printr'o infiltrație interstițială a cutisului și a țesutului celular subcutanat, localizată mai frecvent pe membrele inferioare, dar se poate extinde și pe peretele abdominal, uneori chiar pe membrele superioare și pe față. Regiunea e tumefiată și palidă. După terminarea gravidității edemul dispăre. Dispariția se însoțește de o poliurie, a cărei intensitate e proporțională cu gradul edemației.

Ca etiologie, Vinay ia în discuție două feluri de cauze: cauze mecanice, cari ar împiedica circulația venoasă (hidramnios, sarcini gemelare) și o anemie de tip clorotic, care apare la femeile slăbite, prost nutrite, producând ca și cloroza adevărată, o infiltrație a tegumentelor, datorită faptului că în aceste anemii scăzând albuminele sângelui, tensiunea osmotică a proteinelor va fi diminuată și dominând astfel presiunea hidrostatică, se va produce un curent de lichid dinspre vasele sangvine spre țesuturile interstițiale, imbibându-le și producând astfel edemul.

Primele cauze explică bine edemul gravidic localizat la extremitățile inferioare, dar sunt insuficiente pentru explicarea celui extins și la restul corpului, care e explicabil însă prin anemia clorotică a gravidelor slăbite.

II. Dermatozele Banale agravate sau declanșate de graviditate.

Graviditatea are o influență evidentă asupra sistemului cutanat, producând turgescența pielii, creșterea depozitelor pigmentare în anumite regiuni, depozitarea grăsimilor în regiunile fesiere, un eretism nervos, care dilată vasele cutanate, excită funcțiunile glandelor sudoripare și sebacee și favorizează astfel erupțiunile cutanate. Rezultă de aci că în acest cadru ar intra cea mai mare parte a dermatozelor și de aceea mi-am propus să mă ocup în acest capitol numai cu dermatozele banale mai importante, asupra cărora graviditatea exercită o influență evidentă.

În această categorie intră manifestațiunile cutanate ale sifilisului, eczema, acnea rozacee și pitiriază verzicolară

1. Manifestațiunile cutanate ale sifilisului.

Sarcina are o influență net vizibilă asupra sifilisului, care devine foarte grav, cu o evoluțiune supraacută, „elle brulle les étapes” cum spun autorii francezi. Influența gravidității asupra mersului sifilisului cutanat și mucos este cu atât mai accentuată, cu cât erupțiunile sifilitice sunt mai recente, ea fiind aproape nulă în cazul unui lues vechiu. Această agravare durează tot timpul gravidității, erupțiunile rezistând chiar tratamentului antisifilitic, ca să dispară după naștere prin regresiune și vindecare rapidă.

Afară de accentuarea simptomelor locale, apar și simptome generale (cefalee, temperatură și anemie), cu mult mai accentuate ca de obicei.

În cele ce urmează vom studia principalele erupțiuni sifilitice influențate de graviditate.

Sancrul sifilitic. Sub acțiunea gravidității șancrul sifilitic localizat pe organele genitale crește atât în întindere

cât și adâncime, putând deveni uneori chiar fagedenic. El ocupă o suprafață foarte mare, ia adeseori aspectul de șancru în cocardă, de o culoare arămie închisă. Evoluția lui e mult prelungită, durând 8 și chiar mai multe săptămâni în loc de o lună cum este mediă obișnuită. Creșterea șancrului este cu atât mai accentuată, cu cât femeia însărcinată se infectează într'o perioadă mai apropiată de naștere, deci desvoltarea șancrului merge oarecum paralel cu cea a fătului.

Sifilidele secundare. Erupțiunile secundare sunt și ele influențate de graviditate. Durata lor se dublează având uneori o evoluție de 4 luni, chiar mai mult, iar recidivele survin cu o tenacitate într'adevăr îngrijorătoare.

Sifilidele secundare din regiunea genitală, iau aspectul vegetant, hipertrofic, formând adevărate tumori, sau se prezintă sub forma de sifilide ulceroase, de culoare violacee, cu țesuturile înconjurătoare turgescente.

Vinay plecând dela constatarea sa, că graviditatea influențează numai erupțiunile sifilitice localizate pe organele genitale, (șancrul, cât și sifilidele secundare extragenitale, nesuferind după el nici o modificare) a ajuns la concluzia să graviditatea influențează aceste erupțiuni prin hiperemia permanentă a organelor genitale. În realitate însă și erupțiunile sifilitice extragenitale pot suferi o oarecare hipertrofie, așa e cazul sifilidelor pigmentare dela nivelul gâtului cât și al plăcilor mucoase sau chiar a sifilidelor cutanate papuloase, care uneori devin foarte floride la femeia gravidă.

Deci agravarea sifilisului prin graviditate derășind cadrul localizărilor genitale, hiperemia organelor genitale nu e suficientă pentru explicarea ei și e probabil că intervin și alte cauze care scad rezistența organismului față de infecție.

2. Eczema.

Graviditatea agravează sau poate declanșa o eczemă, mai mult chiar, unele femei gravide sunt avertizate de starea lor tocmai prin recidivarea unei eczeme, pe care au mai avut-o într'o sarcină anterioară.

Eczema gravidelor se localizează pe regiunile genitale, pe mână, picior sau pe sân. Este foarte rebelă la

tratament, dar dispare după naștere, putând recidiva cu ocazia gravidităților viitoare.

În cazuri rare eczema se poate generaliza, determinând uneori chiar avortul.

3 Acnea Rozacee.

Este o dermatoză care poate fi produsă de graviditate și ca și sifilismul și eczema, ea este foarte rebelă la tratament, dar dispare rapid după ce femeia a născut.

Erupțiunea apare pe nas, frunte, în jurul gurii sau pe bărbie.

Barthelemy a observat la o femeie o deformațiune nasală cauzată printr'o acneie rozacee, care a recidivat de 6 ori cu ocazia a 6 sarcini succesive. Fapte asemănătoare au mai fost constatate și de alți autori.

4. Pitiriază Verzicolară.

Este o micoză produsă printr'o ciupercă numită mic rosporon furfur. Această micoză e destul de frecventă la gravide. Se localizează numai în acele părți ale pielii, care sunt acoperite de vestiminte, având o predilecție pentru piept, gât, spate, fețele flexorice ale extremităților, putând interesa uneori întreg corpul, cu excepția feței și mai ales a mâinilor și a picioarelor, care sunt totdeauna îndemne. Pitiriază verzicolară se caracterizează prin pete gălbui brune, detașabile cu unghia sub forma unor scoame foarte fine. Mărimea petelor variază dela o gămălie de ac până la mărimea unei monede, care adeseori confluează formând plăcarde întinse. Ca simptome subiective constatăm un ușor prurit, care uneori poate să treacă neobservat de bolnavă.

Pitiriază verzicolară durează tot timpul gravidității, ca să dispară spontan sau foarte ușor prin tratament după ce femeia a născut. Fapt care relevă importanța gravidității în etiologia acestei afecțiuni. În cazul de față, graviditatea intervine probabil prin vazo-dilatația cutanată de origine nervoasă, care are drept urmare o axagerare a funcțiunii glandelor cutanate, secrețiunea cărora favorizează desvoltarea ciupercii.

Înainte de a termina acest capitol voi aminti încă

anumite modificări patologice banale ale pielii influențate de graviditate, dar care nu meritau să fie separat studiate.

Este cazul pemfigusului, care mai demult era foarte des notat în timpul gravidității, dar după individualizarea herpesului gestațional, cazurile observate au devenit din ce în ce mai rare. Ca și dermatozele descrise până aici și pemfigusului apare în timpul gravidității, dispăre după naștere, ca să poată recidiva în timpul gravidităților ulterioare.

S'au mai notat la femeile gravide turburări cutanate hipertrofice, care au regresat după graviditate.

Alții notează alopecia gravidică, care ar trăda foarte frecvent o insuficiență tiro-hipofizară.

În fine se mai constată deseori adipozitatea și creșterea secrețiunii sebacee, cari de fapt nu sunt dermatoze propriu zise, au însă o importanță prin faptul că ele pot avoriza diferite manifestațiuni cutanate patologice.



b) Dermatozele ameliorate prin graviditate.

În general graviditatea are un rol agravant asupra mersului dermatozelor și numai unele, foarte puține la număr beneficiază de acțiunea ameliorantă a gravidității.

Lăsând la o parte mixedemul, care este mai mult o afecțiune generală prin insuficiență endocrină de cât o dermatoză, ne rămâne de studiat în acest capitol numai două afecțiuni cutanate cu o oarecare importanță și anume: psoriaza și urticaria, care sunt influențate de graviditate în sensul unei ameliorări sau chiar stingeri a tuturor simptomelor.

1. Psoriaza.

În ceea ce privește raportul dintre graviditate și psoriază, părerile autorilor sunt foarte variate.

Unii dermatologiști cum e Brock, Kaposi și Hebra, neagă orice relație între psoriază și graviditate. Hebra în 1872 scria: „eu n'am observat nici un caz unde o turburare importantă a menstruației, a gravidității sau a nașterii, să fi declanșat un acces de psoriază”

Alți medici descriu cazuri observate de ei, unde psoriaza a fost agravată de graviditate, în sensul că erupțiile vechi s'au accentuat și au mai apărut erupții noi, toate fiind însoțite de un prurit intens. Așa este cazul medicului american Bulkley care descrie câteva cazuri, unde psoriaza s'a agravat cu ocazia menstruației și a sarcinii lor succesive.

Cu toate acestea, observațiuni mai recente și destul de numeroase, ne îndreptățesc să grupăm psoriaza prin-

tre dermatozele amel orate de graviditate. Iată observațiunile cele mai importante :

În 1923, Levy, Franckel și Juster publică o statistică, după care dintre 9 femei suferinde de psoriază, la 8 din ele toate manifestățiunile cutanate au dispărut în timpul gravidității, ca să reapară destul de repede după naștere.

Într'un caz observat de Eduardo Ledo, psoriaza debutează e la o femeie, la 2 iuni după ce a născut. Ea dispăre în cursul a 3 gravidități succesive, recidivând însă totdeauna după naștere. Ea dispăre din nou cu ocazia ultimei gravidități pentru ca să recidiveze în urma unui avort.

L. Spillmann, I. Parisot și P. Simonin raportează cazul unei fete care la vârsta de 11 ani a fost atacată de o psoriază, care dispăre pentru timp de 2 ani cu ocazia pubertății. Femeia se căsătorește și psoriaza reapăre, ca să dispără cu ocazia a 3 sarcini succesive. După fiecare naștere psoriaza a reapărut.

În fine Maurice Lefranc în 1938 publică cazul unei femei la care psoriaza a apărut la 1 an după nașterea primului ei copil. Diferitele tratamente externe și interne încercate n'au adus nici o ameliorare, boala nelăsându-se influențată decât de graviditățile ulterioare care erau în număr de 6, fiecare fiind însoțită de o remisiune, care dura tot timpul gravidității, ca să dea loc recidivei, ce urma în mod matematic după fiecare naștere.

Toate aceste cazuri ne evidențiază rolul gravidității în ameliorarea sau chiar dispariția psoriazei, faptele numeroase observate exclud posibilitatea unei simple coincidențe.

Interpretarea acestor fapte este însă cât se poate de complexă. S'au emis o serie întreagă de păreri urmate de încercări de tratament corespunzătoare, rezultatele obținute au fost variate.

Spillmann, Parisot și Simonin cred că împreună cu graviditatea, femeile dobândesc o oarecare imunitate față de psoriază. Plecând dela aceasta concepție, ei încearcă să trateze psoriaza cu serul animalelor gravide și obțin chiar oarecare ameliorări. Se pune însă întrebarea, dacă prin injecția serului se face o imunizare pasivă sau este vorba numai de efectul nespecific al proteinei streine?

Alții caută să explice stingerea psoriazei în graviditate, prin intervenția glandelor endocrine fetale. Se știe că timusu dispăre la adulți, însă este prezent la făt. Presupunând că timusul ar avea un efect asupra psoriazei,

ne-am putea explica acțiunea gravidității asupra ei prin intervențiunea timusului fetal. Rezultatele obținute în psoriază de Cohen cu opoterapie timica, par a confirma această părere. Faptul însă că gravitatea ameliorează uneori psoriaza chiar în primele luni ale sarcinii când încă nici nu poate fi vorba de glande endocrine fetale, ne atrage atențiunea asupra inexactității și a acestor teorii.

Alți autori incriminează cele mai variate glande endocrine, a căror funcțiune modificată prin graviditate ar produce stingerea psoriazei la femeile respective. Pe această teorie se bazează diferitele tratamente opoterapice cât și aplicațiunea agenților fizici pe glandele endocrine suspecte de a fi cauza ameliorării acestei dermatoze în timpul sarcinii.

În sfârșit sunt unii autori, care caută a stabili o legătură între psoriază și turburările de metabolism ale lipidelor, în special ale colesterolului, bazându-se pe constatarea că la bolnavii cu psoriază se găsește în mod constant o hipocolesterinemie, iar la gravide o hipercolesterinemie. Bernard și Zalewski admit importanța turburării de metabolism a lipidelor, care după părerea lor însă ar fi o consecință a turburărilor endocrine.

2. Urticaria.

Urticaria poate surveni în timpul gravidității sub forma plăcilor urticariene caracteristice și bine cunoscute, denotând întotdeauna o autointoxicație gravidică sau o hipersensibilizare a organismului prin alergeni variabili.

În general însă graviditatea face să dispară crizele de urticarie, fapt demonstrat și pe animale în mod experimental, stabilindu-se că turburările anafilactice și ca atare și urticaria sunt foarte atenuate sau chiar complet absente la animalele gravide.

Această desensibilizare a organismului prin sarcină s-ar datori creșterii masei sanguine prin graviditate.

Achard explică absența reacțiilor anafilactice la gravide prin prezența lecitinei.



C O M C I U Z I U N I .

1. Graviditatea prin modificarea întregului organism, are o influență destul de importantă asupra afecțiunilor patologice ale pielii.

2. Graviditatea poate crea uneori adevărate dermatoze speciale gravidității, intervenind fie ca o cauză directă prin turburările endocrine și autointoxicația gravidică, cum este în cazul pruritului gravidic, fie că aceste turburări reprezintă numai factorii favorizanți ai unei infecții cum este cazul impetigoului herpetiform.

3. Graviditatea produce agravarea celor mai multe dermatoze banale, putând fi uneori chiar factorul declanșant al acestora, fie prin scăderea rezistenței organismului, fie prin modificarea pe cale nervoasă a circulației cutanate în sensul unei vazodilatații, care are drept consecință hiperfuncția glandelor sebacee și sudoripare, care favorizează apariția erupțiilor cutanate.

4. Graviditatea poate ameliora chiar stinge unele dermatoze, cum e cazul psoriazei și al urticariei, prin mecanisme foarte complexe și neprecizate încă la prima, prin desenzibilizarea organismului la cea din urmă.

5. Acțiunea gravidității asupra dermatozelor este temporară. Efectul durează tot timpul gravidității, dispăre după naștere, putând însă să reapară din nou cu ocazia sarcinilor ulterioare.

Văzută și bună de imprimat.

Decan,
s. s. Prof. I. DRĂGOIU.

p. Președinte,
s. s. Prof. V. BOLOGA.



Bibliografie.

- Bohnstedt* : Kasuistischer Beitrag zur Frage Impetigo herpetiformis und Tetanie (Arch. f. Dermat. u. Syphil. 1933.)
- Bumm* : Grundriss zum Studium der Geburtshilfe.
- Dantin* : Thèse de Bordeaux 1913.
- Darier* : Précis de dermatologie.
- Fournier* : De L'herpes gestationis.
- Hebra* : Traité des maladies de peau.
- Julie* : Grossesse et dermatoses (Gaz. des hop. No. 79. 1. Oct. 1932).
- Lefranc* : Psoriasis et grossesse (Algerie Med. Janvier 1932)
- Margarot* : Psoriasis et grossesse (Gazette Med. de France 1931)
- Metzger* : L'accoucheur moderne.
- Popoviciu* : Elemente de fiziologie medicală, vol. II.
- Vignes* : Prurit chez les femmes enceints.
- Vinay* : Maladies de la grossesse.