

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I.“ DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Nr. 1596

HIPERIDROZA ȘI TRATAMENTUL EI



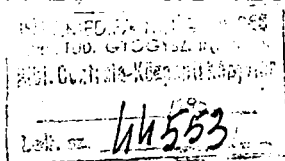
pentru

DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE.....1940.

DE

KLEIN ANDREI



24 MAY 2005

Tip. „H E R M E S“ Polongi & Co. Cluj, Strada Gh. Dima No. 2.

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I.“ DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Decan: Profesor Dr. I. DRĂGOIU

P R O F E S O R I :

Anatomie umană — — — — —	Prof. Dr.	Papilian V.
Chimie generală medicală — — — — —	”	” Secăreanu Șt.
Chimie biologică — — — — —	”	” Manta I.
Istologie și embriologie — — — — —	”	” Drăgoiu I.
Fiziologie și fizică medicală — — — — —	”	” Benetato Gr.
Anatomie patologică — — — — —	”	” Vasiliu T.
Bacteriologie — — — — —	”	” Baroni V.
Patologie generală și experimentală — — — — —	”	” Botez M. A.
Igienă și medicină preventivă — — — — —	”	” Moldovan I.
Clinica medicală I. — — — — —	”	” Hațieganu I.
Clinica medicală II. (semiologie) — — — — —	”	” Goia I.
Clinica chirurgicală (semiologie) — — — — —	”	” Pop A.
Clinica chirurgicală și boalele căilor urinare — — — — —	”	” Țeposu E.
Clinica obstetricală și ginecologică — — — — —	”	” Grigoriu C.
Clinica dermatologică și sifiligrafică — — — — —	”	” Tătaru C.
Clinica infantilă și puericultură — — — — —	”	” Popoviciu Gh
Clinica neurologică — — — — —	”	” Minea I.
Clinica psihiatrică — — — — —	”	” Urechia C.
Clinica oftalmologică — — — — —	”	” Michail D.
Clinica balneologică și dietetică — — — — —	”	” Sturza M.
Clinica oto-rino-laringologică — — — — —	”	” Buzoianu Gh
Clinica stomatologică — — — — —	”	” Aleman I.
Medicina legală — — — — —	”	” Kernbach M.
Radiologie — — — — —	”	” Negru D.
Istoria medicinei — — — — —	”	” Bologa V.
Farmacologie — — — — —	Supl.	” Baroni V.
Fiziologie și fizică (conferință) — — — — —	—	—
Igienă și medicină preventivă (conferință)	Agr.	” Zolog M.
Clinica boalelor contagioase	Conf.	” Gavrilă I.

JURIUL DE PROMOȚIE:

Președinte: Dl. Prof. Dr. Bologa V.

MEMBRII: {

- ” ” ” Buzoianu Gh.
- ” ” ” Benetato Gr.
- ” ” ” Țeposu E.
- ” ” ” Sturza M.

Supleant: ” Conf. ” Gavrilă I.

Introducere

Hiperidroza este una dintre cele mai des întâlnite și în acelaș timp și una dintre cele mai penibile turburări funcționale, și din această cauză cred că lucrarea de față prezintă oarecare importanță practică.

În foarte multe cazuri hiperidroza este un simplu simptom, fie al unei afecțiuni aparținătoare medicinei interne fie al uneia aparținătoare neuro-patologiei. În afară de aceste cazuri mai sunt și hiperidroze, cari nefiind simptom al niciunei boli le putem numi hiperidroze esențiale. Deci voi împărți această lucrare în următoarele capitole: Hiperidroza ca simptom, cu subcapitolele: Hiperidroza ca simptom în afecțiunile aparținătoare medicinei interne și Hiperidroza ca simptom al bolilor și turburărilor neurologice. Capitolul hiperidrozilor esențiale cuprinde deasemenea două subcapitole și anume: Osmidroza și Bromidroza.

Primul capitol, adică acela al hiperidrozilor ca simptom, n'are prea mare importanță practică, dar însemnătatea celui de al doilea este cu atât mai mare; deci voi trata mai pe scurt primul capitol, urmând să insist mai mult asupra celui de al doilea.

Afară de aceste capitole, lucrarea de față va mai cuprinde încă două capitole și anume: Structura glandelor sudoripare și Fiziologia glandelor sudoripare. Fără de acestea nu se poate concepe o astfel de lucrare.

Pe această cale aduc viile mele mulțumiri d-lui Profesor V. Bologa, care prin bunăvoința lui mi-a acordat această teză, precum și d-lui Șef de Lucrări Dr. Pop Leonida și d-lui Asistent Dr. Modran Liviu cari, prin bunăvoința lor mi-au ajutat foarte mult în întocmirea acestei lucrări și fără de cari, cred că n'aș fi fost în stare să termin această lucrare.



Structura glandelor sudoripare.

Glandele sudoripare se întâlnesc pe toată întinderea pielei unde se găsesc în număr foarte mare. La om pe toată suprafața tegumentelor se găsesc aproximativ 2 milioane de glande (Sappey). În număr mai mare se găsesc însă pe palme, tălpi, axilă și în alte regiuni.

Glanda sudoripară este o glandă tubuloasă simplă. În ea distingem trei porțiuni: o porțiune secretorie sau glomerulară, o porțiune dreaptă numită canal sudoripar și o porțiune sucită în spirală numită traect sudoripar.

1. *Glomerului sudoripar*, e situat în derm. Se prezintă ca un ghem rotund. Este format din încolăcirea canalului sudoripar și pe preparate se prezintă sub formă de canale secționate în diferite sensuri. Aceste canale sunt delimitate de o vitroasă, continuarea vitroasei epidermei, și care este dublată la exterior de un înveliș conjunctivo-elastic. Pe vitroasă sunt dispuse două rânduri de celule: un strat extern de celule mioepiteliale și un strat intern de celule glandulare.

Celulele mioepiteliale au o lungime de 30—40 microni. Formează un rând discontinuu. Au un nucleu în formă de bastonaș și în zona lor externă se găsesc fibrille netede contractile.

Celulele glandulare sunt mari, prismatice. Sunt aplicate pe celulele mioepiteliale și pe vitroasă. Conțin grăsimi pigmentate în brun și un condriom. Nucleul este mare și ocupă zona bazală a celulelor. Tubul glandular se prelungește printre celule, sub formă de canalicule intercelulare, până în dreptul zonei nucleare.

2. *Canalul sudoripar*, are un traect ascendent către epidermă. Este constituit din două straturi celulare; stratul extern continuă celulele mioepiteliale iar stratul intern este format din celule mari.

3. *Traectul sudoripar*. Canalul sudoripar se continuă în epidermă printr'un traect sucit în spirală și se deschide la suprafața epidermei prin porul sudoripar, iar membrana bazală a canalului sudoripar se continuă cu membrana bazală a epidermei.

Fiziologia glandelor sudoripare.

Mecanismul secreției sudorale. În mecanismul secreției sudorale distingem două fenomene: un fenomen histologic și un fenomen vascular.

1. Fenomenul histologic. În repaos celulele secretorii ale glomerulului sudoripar sunt pline de un lichid transparent. După o transpirație abundentă aceste celule se micșorează într-o măsură destul de însemnată, lichidul disparând și protoplasma devenind granuloasă. Deci celula și-a vidat lichidul conținut.

2. *Fenomenul vascular.* În general sudația este însoțită de o circulație mai activă. Sub influența travaliului muscular se produce o activare a circulației ce are ca urmare o activare a transpirației. Însă această relație nu e totdeauna necesară, căci de ex. sudorile reci se produc fără o activare a circulației.

Inervația glandelor sudoripare. Nervii glandelor sudoripare sunt conținuți în nervii micști, însă sunt de origine simpatică. Pentru față ei provin din simpaticul cervical și au originea în măduva dorsală dela al doilea la al patrulea segment dorsal. Pentru membrul superior au originea tot în măduva dorsală dela primul la al cincilea segment dorsal iar pentru membrul inferior dela la zecelea segment dorsal la al patrulea segment lombar.

Probabil tot simpaticul mai cuprinde și nervi freno-sudorali, cu rolul de a frâna transpirația și a căror existență a fost dovedită prin numeroase experiențe.

Toată regiunea medulară de unde iau naștere nervii excito-sudorali poate fi considerată ca centru sudoral. Unii fiziologiști admit și existența unui centru sudoral bulbar.

Cauzele secreției sudorale. Aceste cauze sunt de două feluri. Sudația se produce fie sub influențe reflexe tot așa ca și secreția salivară sau secreția sucului gastric. Astfel de cele mai multe ori se produce prin iritația prin căldură ai nervilor sensitivi ai pielei. Dar se pot produce și prin excitația nervilor gustativi, ai terminațiilor gastrice ale simpaticului etc.

Poată însă să se producă și sub influențe indirecte, excitantul termic putând acționa și prin ridicarea temperaturii sângelui, și în

modul acesta acționând indirect asupra centrilor sudorali. Avem apoi o serie de substanțe ca: nicotina, pilocarpina, eserina, fiso-stigmina etc. ce excită direct terminațiile periferice ale nervilor glandulari.

Excreția sudoarei. Sudoarea se excretă în mod continuu. Această excreție continuă, redusă de altfel, dă suplețea normală a pielii. Excreția se face prin vis a tergo, adică sudoarea deja formată și conținută în glomerul este împinsă de noile cantități de sudoare formate între timp, către porul sudoral. Conracțiunile celulelor mioepiteliale au un rol secundar în excreție.

Cantitatea, proprietățile și compoziția sudoarei. Cantitatea sudoarei variază după diferite condițiuni: temperatura, travaliul muscular, volumul lichidelor ingerate, activitatea renală sunt factorii cari determină cantitatea de sudoare excretată. În condițiuni normale se elimină în timp de 24 ore aproximativ 600—900 cmc. adică 30—40 cmc. la oră. Inșă această cantitate se poate ridica la 400 cmc. la oră sub influența unui exercițiu violent. În acest caz și proporția materiilor solide crește. Așa se explică slăbiciunea ce se observă după o transpirație prelungită și abundentă.

Substanțele solide cuprinse în sudoare (10—20 gr. la litru) reprezintă aproximativ un sfert din produsele solide ale urinei (60—70 gr. la litru). Sudoarea este un lichid clar, incolor, cu un gust sărat, cu un miros desagreabil (datorit acizilor grași volatili) variabil după regiunile pielii. Densitatea variază între 1003—1008.

Reacția în mod normal este acidă sau neutră, afară de sudoarea axilei care în general este alcalină.

Compoziția mijlocie este: 98—99% apă, 0,6—1% substanțe anorganice, (0,5% clorură de sodiu, urme de sulfați alcalini și de fosfați teroși), și 0,3%—1% substanțe organice (0,1% uree, urme de albumină, de acizi grași volatili și de grăsimi neutre). (Gley).

Rolul sudoarei. Ca lichid de excreție în mod normal joacă un rol foarte puțin important. Rolul cel mai important este jucat în regularea temperaturii. Pentru a trece din stare lichidă în stare gazoasă un kg. de apă absoarbe 582 de calorii. Cum un adult produce aproximativ 100 calorii pe oră evaporarea unui litru de sudoare poate compensa căldura produsă timp de 6 ore. Este in-

terea că glandele sudoripare lipsesc din tegumentele câinelui. Regularea termică la acest animal se face prin evaporare pulmonară (polipneea termică a lui Richet).

Secreția sudorală are, în fine, rolul de ușura exercitarea sensibilității termice.

În condițiuni anormale mai poate avea rolul de a elimina toxinele produse de diferiți microbi.

Hiperidroza ca simptom.

Hiperidroza este una dintre cele mai banale simptome ce se pot găsi în diferite boli. Ea se poate regăsi atât în cadrul bolilor aparținătoare medicinei interne cât și a bolilor aparținătoare neuropatologiei.

1. Hiperidroza ca simptom în afecțiunile aparținătoare medicinei interne.

Sunt o serie mare de boli unde hiperidroza se poate regăsi în mod constant. Ea poate apare chiar dela începutul bolii, în timpul bolii sau cum se întâmplă mai des, apare numai la sfârșitul bolii. Poate apare în timpul zilei, în timpul nopții sau se menține și ziua și noaptea. Poate să nu aibă niciun miros sau poate avea mirosul normal al sudorii, sau are un alt miros, după care, în rare cazuri de altfel, se poate face chiar diagnosticul bolii respective.

În majoritatea cazurilor bolile, cari intră în acest cadru sunt boli febrile, cu o febră mai mult sau mai puțin ridicată.

În toate aceste cazuri hiperidroza este generalizată.

Prima boală, unde hiperidroza este un simptom mai mult sau mai puțin important, este tuberculoza pulmonară. Aici hiperidroza survine chiar dela începutul bolii și se poate spune că este chiar simptomul inițial al bolii. Ceeace caracterizează această hiperidroză este faptul că ea apare mai mult noaptea, în timpul somnului, iar ziua este foarte redusă. O hiperidroză nocturnă cu ascensiuni febrile după masă, inapetență, scădere în greutate în majoritatea cazurilor denotă o tuberculoză pulmonară incipientă.

Sunt apoi o serie de boli unde hiperidroza apare la sfârșit, când ea este urmată de convalescență. Astfel clasică criză a pneu-

moniei, când prin transpirația critică se poate elimina o cantitate enormă de sudoare. Transpirația în acest caz își ajunge apogeul în câteva ore, pentru ca să scadă mai încet.

În malarie, sfârșitul accesului este anunțat de o transpirație foarte abundentă, care poate slăbi foarte mult bolnavii.

În tetanos, trichinoză hiperidroza este un simptom banal, este foarte abundentă și uneori ține tot timpul bolii.

Hiperidroza unilaterală stângă cu hemiatrofie dreaptă se observă în scleroză pleurală dreaptă, care comprimă puternic ganglionii simpatici dreپți și mai puțin ganglionul cervical superior drept.

La agonizanți hiperidroza este foarte abundentă.

Hiperidroza fetidă, bromidroza generalizată, se observă în următoarele boli: scorbut, diabet, unele septicemii, disenterie, reumatism articular acut. În aceste cazuri bromidroza poate fi uneori foarte desagreadabilă. În alte boli cum este: sueta, scrofuloza, variola, febra tifoidă mirosul sudoarei este uneori atât de caracteristic că din acest miros se poate face uneori chiar diagnosticul bolii. Astfel infirmiera lui Murchison, care putea diagnostica febra tifoidă numai după mirosul care emana din bolnav. În suetă sudoarea miroase a paie putrezită, în scrofuloză a bere acră, în variolă a pâine mucegăită.

2. Hiperidroza ca simptom al bolilor și turburărilor funcționale neurologice.

Sunt o serie de boli și de turcurări funcționale neurologice cari pot fi însoțite de hiperidroză. În unele hiperidroza este generalizată iar în altele este localizată la anumite regiuni ale corpului. Aceste localizări corespund adesea cu distribuția nervului lezat.

Secțiunea unui nerv este însoțită de hiperidroza localizată, corespunzând teritoriului nervos respectiv.

Alterațiunile materiale ale sistemului nervos cerebro-spinal sunt însoțite de hiperidroze localizate la anumite regiuni ale corpului.

Dintre turburările funcționale neurologice foarte multe sunt însoțite de hiperidroza. Astfel histeria este însoțită de hiperidroza generalizată sau localizată. Tot așa și neurastenia. Pielea udă a vagotonicilor contrastează cu pielea uscată a simpaticotonicilor. În crizele migrenoase se observă o hiperidroza hemifacială.

Hiperidroză generalizată sau localizată se mai observă în următoarele boli: tabes, siringomieli, hemiplegii, Basedow, paralizie generală progresivă, epilepsie.

Acrodinia este o afecțiune, probabil de natură infecțioasă a nevrxului, atingând în mod special sistemul nervos organo-vegetativ și se caracterizează prin turburări psihice, sensitive, motoare, vaso-motoare, secretorii și cutanate de un aspect particular. Apare la copii. În această boală hiperidroza este atât de abundentă încât produce o deshidratare a organismului cu mărirea vâscozității sângelui, cu sporirea în număr a globulelor roșii și a celor albe. Această hiperidroză joacă rol și în descuamația pielii ce se observă în această boală. Ea este mai abundentă ca în orice maladie a copilăriei. Sudoarea acoperă tot corpul dar ea este mai abundentă pe mâini, picioare și pe față. Apare adeseori în puseuri succesive și se însoțește de hipotermie și de senzație de răceală prin pierderea mare de căldură ce o provoacă.

Hiperidroza esențială.

În acest cadru intră toate acele hiperidroze a căror cauză nu se cunoaște, adică acele cari survin fără vre'o cauză aparentă. Și în mod normal sunt unele regiuni ale corpului cari transpiră mai abundent. Astfel plicele mari ale corpului; axila și regiunea inguino-scrotală. Această hiperidroză, așa zicând fiziologică, se datorește pedeparte faptului că aceste regiuni și în mod normal sunt mai bogate în glande sudoripare, pe de altă parte se datorește căldurii produse în aceste regiuni, atât de puțin aerisite, cu atât mai mult că aici, spre deosebire de alte regiuni, se produce căldură și prin frecarea a două suprafețe opuse. Măinile și picioarele deasemenea sunt mai bogate în glande sudoripare și din această cauză și în aceste regiuni avem o hipersecreție de sudoare și în mod normal.

Și în patogenia hiperidrozelor esențiale se incriminează factori nervoși. Se observă la indizi foarte impresionabili. Deasemenea se observă la obezi și la autointoxicați. Sudoarea umețează suprafața tegumentelor și la un efort ori cât de mic sau la o emoție mică scurge în picături mari. Macerația pielii îi este o consecință habituală.

Hiperidroza esențială poate fi generalizată, sau mai des este localizată și atunci se numește ephidroză.

Se știe că chelii transpiră mult pe pielea capului. Darier crede că această transpirație este datorită kerozei și depinde de cauzele sale multiple. Sudoarea kerozicilor este încărcată cu prea multă grăsime lichidă emulsionată, care imbibă pernele și părțile chelului. În aceste cazuri vorbim de hiperidroză uleioasă. Este foarte verosimil că este vorba de o asociație a hiperidrozei cu seboreea uleioasă.

Afecțiunea numită granulosis rubra nasi este totdeauna însoțită de hiperidroză și este probabil de origine endocrină. Ea se observă peste tot la copii și se caracterizează prin mici papule rozate sau roșii pe un fond lila și rece. Leziunile ocupă nasul și câteodată buzele și mentonul. Ele dispar la pubertate. Se vindecă ușor prin radioterapie. S'a văzut cedând și la injecții de tuberculină și s'a pus întrebarea dacă nu e un tubercolid.

Sunt o serie de hiperidroze așa zise gustative, de origine reflexă, studiate de Brown-Séquard, cari de obicei sunt localizate. Pot să se localizeze în orice regiune a corpului dar au o predilecție pentru cap. Ele apar la senzațiuni gustative dar pot apare și la senzațiuni olfactive. Astfel pot apare la mâncări prea piperate sau la mirosirea oțetului etc. În acest cadru aparține și hiperidroza parotidiană, care se manifestă în timpul masticației și care a dat autorilor vechi iluzia că ar fi vorba de o hipersecreție salivară, fapt curios cu atât mai mult că de obicei ea este însoțită de o oprire a secreției salivare.

Zappert sub numele de neuroză sudorală reflexă, a descris un fel de hiperidroză foarte interesantă. Această hiperidroză este paradoxală fiindcă ea apare numai la rece. Acest autor descrie o astfel de neuroză la un copil, la care hiperidroza a apărut numai la rece și în ordinea următoare: mai întâi la fața dorsală a mâinii, apoi la antebraț, la braț, ceafă și în sfârșit la torace. Când ea și-a atins punctul culminant toate aceste regiuni erau acoperite de picături mari de sudoare. Pielea, afară de regiunile expuse aerului unde ea era roșie, în rest era palidă și rece. Din punct de vedere subiectiv: senzație de răceală și necesitatea de a schimba prea des

rufele. Palma, fruntea și partea inferioară a corpului niciodată nu luau parte la această hiperidroză. Aceasta cu mici remisiuni a ținut tot timpul iernii și în anul următor a apărut iar. La călduri mari, în timpul verii a transpirat numai în măsură redusă și mai tare în locurile cu această hiperidroză paradoxală. Nu se știe nimic despre etiologia și patogenia acestei atecțiuni.

Există apoi așa zisele hiperdroze emotive, cari pot apare în orice regiune a corpului dar apar mai frecvent pe față și pe frunte. Dacă sunt prea intensive pot deveni patologice. Astfel Kraft Ebing semnaleză cazul unui chelner care, când era chemat de clienți transpira totdeauna pe frunte. Această transpirație era atât de ne-nepăcută încât a dus cu sine idei de sinucidere. Hiperidroza fetelor tinere la bal provoacă adeseori turburări mentale.

Sack și Kaposi au descris o hemidroză încrucișată la față, gât și torace deoparte și la partea inferioară a corpului de cealaltă parte. Această hemidroză ținea probabil de o boală nervoasă.

De Graef a descris hiperidroza pleoapelor.

Hiperidroza axilară. Se poate întâlni zilnic mai ales în practica medicală. Fiecare medic are ocazie să vadă, la pacienții desbrăcați, picături mari de sudoare curgând din axila bolnavilor. Această hiperidroză a nuzilor se întâlnește atât la femei cât și la bărbați. Ea a fost semnalată pentru prima oară de Aubert și n'are nicio importanță practică. În rare cazuri sudoarea n'are niciun miros, în cazuri cu mult mai dese însă are un miros foarte desagrabil uneori. Această hiperidroză este comună, enormă și adesea se însoțește de reacțiuni dermice și epidermice ca roșeață și descuație. În acest caz e vorba de un reflex mai mult excretor decât secretor. Sub influența frigului și emoțiunii fibrele musculare ale marilor glande axilare se contractă evidând conținutul lor.

Hiperidroza axilară se poate întâlni mai des la femei grase, cari lucrează în bucătărie la căldură și cari nu se prea îngrijesc de igiena și curățenia lor. Poate predispune la intertrigo și abces tuberos și poate da naștere la lepothrix și cromidroza.

O hiperidroza, din câteva puncte de vedere specifică, se observă în pubertate. Ea este în legătură cu dezvoltarea și funcțiunea glandelor apocrine. Aceste glande au fost studiate și descrise de

Schifferdäcker. Ele se aseamăna cu glandele sudoripare de care se deosebesc totuși din câteva puncte de vedere. Au sediul în axilă, regiunea anală și pleoape. Tubul lor secretor are un calibru mai mare ca al glandelor sudoripare pe când tubul lor excretor are un calibru mai mic și se termină într'un folicul pilos. Funcțiunea lor stă în legătură cu funcțiunea glandelor sexuale și crește până în pubertate după care scade încetul cu încetul. Acesta glande secretă o sudoare adeseori cu un miros foarte fetid. Acest fel de hiperidroză predispune la maladia lui Fox-Fordyce.

Hiperidroza mâinilor. Se întâlnește tot atât de frecvent ca hiperidroza axilară. Survine mai mult la extremități reci cianotice dar poate surveni și la extremități calde. Este mai frecventă la femei tinere, unde poate apare într'o măsură atât de abundentă încât să împiedice unele mișcări mai fine ale degetelor. Ea poate fi temporară sau permanentă și foarte deseori neurastenizează pe cel ce suferă de ea.

Hiperidroza picioarelor, este deasemenea foarte des întâlnită. Survine mai frecvent la bărbați ca la femei. Are inconvenientul de a se transforma foarte des în bromidroză. Pe de altă parte această hiperidroză macerează pielea, produce o fragilitate epidermică și eroziuni adesea foarte dureroase, care toarte des aduc o piedică reală în mers. Această hipersecreție de sudoare este ajutată de o igienă insuficientă. O igienă și curățenie mai riguroasă, o spălare mai deasă a picioarelor și o schimbare mai deasă a ciorapilor aduce cu sine o diminuare dacă nu o dispariție a hipersecreției.

Hiperidroza extremităților este cauzată de cele mai deseori de o turburare circulatorie.

Osmidroza și bromidroza.

Hipersecreția sudorală este, de cele mai multe ori, însoțită de un miros oarecare, fie acesta mirosul normal, dacă nu chiar parfumat, dar în tot cazul nu atât de desagreabil, al sudoarei, fie un alt miros fetid și foarte desagreabil adeseori. În primul caz vorbim de osmidroză iar în cazul al doilea de bromidroză.

Altădată se ratașa studiul sudorilor odorante la acel al hiperidrozei, însă această manieră de a studia nu se mai poate susține.

Osmidroza și bromidroza trebuiesc studiate separat de hiperidroză fiindcă se poate întâmpla să avem o hiperidroză fără osmidroză sau bromidroză și invers să avem o osmidroză sau o bromidroză fără hiperidroză.

Osmidroza. Că sudoarea normală are ceva miros este un fapt ce nu se poate contesta. Se atribue acest miros acizilor volatili, acizi din seria grasă (caproic, caprilic, formic, butiric, propionic). Acești acizi se evaporă imediat ce vin în contact cu aerul, până când bazele alcaline se depun pe suprafața tegumentelor. O aciditate exagerată poate fi cauza mirosului roșcașilor, cari au un miros particular.

Variațiunile mirosului sudoarei sunt infinite fie în intensitatea lor fie în calitatea lor. Unele sudori sunt parfumate iar altele sunt desagreabile și fetide. Iată ce spune Valdiguié despre acest subiect: „Studiul chimic al parfumurilor este mai puțin avansat ca cel al coloranților. Se ignoră rolul diverselor părți ale moleculei asupra formării mirosului. Corpuri cu acelaș miros pot să aibă constituție chimică diferită. Mirosurile naturale nu pot fi raportate la substanțe posedând constituția produselor sintetice. Este posibil, dacă nu probabil, că asemănarea mirosurilor ține la o asemănare chimică. De exemplu ingestia terebentinei dă urinei un miros pronunțat de viole'e; or, iononul, care se găsește în mirosul violetei, posedă un nucleu terpenic cu 6 atomi de cetone ca și pinenul terebentinei.

Se poate crede că numeroase parfumuri naturale sunt formate din schelete organice de origine alimentară, peste cari vin să se adauge resturi de acizi grași, corpuri cu funcțiuni eterice sau cu funcțiuni cetonice de origine endogenă; numeroase substanțe odorante posedând funcțiuni cetonice iar corpurile cetonice sunt produse rezultate din desintegrarea albuminelor. Aceste sinteze se produc în niște glande analoage cu cele ale caprei mosc și ale zivetei.

Iată câteva exemple cari să dovedească existența acestor mirosuri ale sudoarei. Toată lumea știe că Japonezii sunt frapați de mirosul Albilor. Negrii din Africa au și ei un miros pe care-l simt și Albii. Negrii și Indienii Americii, cari au un odorat foarte bun, simt și ei mirosul Albilor. Burtaro Adachi spune că din mirosul unui om se poate recunoaște nu numai rasa respectivului dar și

naționalitatea sa. Câinele care readuce pietricica aruncată de stăpânul său, o distinge din mirosul sudoarei rămasă pe ea din palma respectivului. (Piccard)

În rest osmidroza poate prezenta variațiunile cele mai extraordinare. Foarte mulți sfinți au avut diferite mirosuri parfumate. Astfel: mirosul de trandafir al Sfintei Rosa de Viterbo, mirosul floarei de portocale al Sfântului Cajetan, mirosul de mosc al Sfântului Francisc de Paule, mirosul de violete al Sfintei Catarina de Ricci. Unele persoane eminente din istorie au avut deasemenea mirosuri diferite parfumate. Astfel mirosul de violete al lui Alexandru cel Mare și al lui Cujas. Se credea că acest miros era un privilegiu ce aparținea numai persoanelor eminente, dar s'au văzut diferite mirosuri mai mult sau mai puțin parfumate și la persoane mai puțin eminente. Astfel Hammond citează cazul unei americane histerice care mirosea a violete și cazul unei alte histerice care mirosea a cucuruz de brad. Un călător vorbește de o tânără siameză care mirosea a ananas când era mulțumită. În general aceste mirosuri se observă mai mult la femei histerice.

Este inutil de a adăoga că s'ar putea multiplica exemplele la infinit, rapetând la influența erotică asupra mirosului sudoarei.

Toate acestea erau mai frecvente în timpurile mai vechi, când încă curățenia și băile nu erau așa la modă ca în zilele noastre.

Miros caracteristic mai are sudoarea și după ingerarea unor medicamente și alimente. Așa foetida, moscul, valeriana, sulful, acizii benzoici, ceapa, usturoiul, balsamul de Kopaiva dau sudoarei mirosuri diferite.

Bromidroza. Sudorile fetide sunt de obicei localizate la locurile hiperidrotice.

De mult timp se atribue un rol acizilor grași volatili în producerea bromidrozei. Afară de aceștia ar mai avea oarecare rol și următoarele substanțe: acidul valerianic, leucina, tirozina, și sărurile amoniacale. Barruel spune că bromidroza s'ar datori unui principiu odorant din sânge. Însă rolul cel mai important îl joacă agenții microbieni în producerea bromidrozei. *Bacterium foetidum* și alte bacterii ai fermentației produc mirosul fetid al sudoarei, prin fermentația ei.

Cea mai mare parte a bromidrozelor se produc în locurile habituale: axilă, regiunea genitală, ombilic, picioare. Este probabil că mirosul se elaborează în mod secundar după sudoarea se precipită pe peri și imbibă vestimintele, unde apoi este fermentată de microbi. Este destul adesea de a suprima perii, prin ras sau epilație fizică sau chimică, pentru a face să dispară și bromidroza axilei. Nu există niciodată bromidroza la picioarele descălțate.

Hiperidroza picioarelor aproape totdeauna se asociază cu bromidroză. Un rol foarte important joacă lipsa de curătenie a picioarelor și ciorapilor. Adesea este destul o igienă și o curătenie mai riguroasă pentru a suprima această bromidroză.

Tratamentul hiperidrozelor.

Fiind dat faptul că foarte mulți sufăr de hiperidroză în general și de bromidroză în special, acest capitol este capitolul cel mai important al lucrării de față.

În orice hiperidroză este important ca mai întâi să examinăm minuțios bolnavul, fiindcă se poate întâmpla ca această hiperidroză să fie simptomatică.

Pentru tratamentul hiperidrozelor dispunem de un tratament general și de unul local. Deasemenea dispunem de un tratament medicamentos și de unul radiologic.

Tratamentul general. În orice hiperidroză recomandăm în primul rând o curătenie minuțioasă a locurilor hiperidrotice și o schimbare cât mai deasă a rufelor și vestimentelor.

La indivizii nervoși putem prescrie sedative ca: bromura, valeriana, la care se poate asocia hidroterapia cu apă caldă. În caz de reumatism se întrebuințează iodul și în general tratamentul antireumatismal. La anemici recomandăm ferul, quinquina, arsenicul sau extracte de ficat.

Sunt apoi o serie de medicamente cari au o acțiune inhibitoare asupra secreției sudorale. Astfel: belladonna, fosfatul de calciu, agaricina, aconitul dar mai ales sulfatul neutru de atropină ce se poate prescrie sub formă de granule de 0,10 până la 1 mgr. la zi. Toate acestea însă în cele mai multe hiperidroze sau au o acțiune foarte redusă sau n'au nicio acțiune.

Tratamentul local. Ne dă desigur rezultate mult mai bune.

În hiperidroza generalizată se fac fricțiuni zilnice sau în fiecare a doua zi, pe tot corpul, cu o soluție de tanină 1 la 4000 sau cu apă de Colonia. Apoi se pudrează tot corpul cu o pudră inertă cu acid salicilic 2—5%.

În caz de hiperidroză a pielii capului la cheli, se recomandă loțiuni cu următoarea soluție:

Rp. Borax	20
Ether	50
Apă dist.	250

În caz de hiperidroză axilară se suprimă orice îmbrăcăminte de cauciuc, pentru a permite o aerisire mai bună a acestei regiuni.

Se recomandă și depilarea regiunii. Se prescrie loțiuni frecvente cu un decoct de foi de nucă, de scoarță de stejar sau mai bine atingeri cu alcool salicilic 10%. Se pudrează apoi cu:

<i>Rp.</i> Tannoform 10	<i>Rp.</i> Acid salicilic 3
Talc 100 sau cu	Alaun 10
	Talc 100

Aceste mijloace de obicei pot fi utilizate și în hiperidroza inguinală, dar ele nu dau de obicei rezultate în hiperidroza palmară și plantară.

Pentru aceste localizări, în cazuri ușoare, se recomandă săpunări repetate cu săpun simplu sau cu săpun chromat și purtarea ciorărilor de ață cu schimbarea lor zilnică. Se mai pot prescrie și unțiuni cu:

<i>Rp.</i> Tanin 10	<i>Rp.</i> Naftol 5
Glicerolat de amidon 50 sau cu	Glicerină 10
	Alcool 90% 100

Se mai poate utiliza, în aceste cazuri și băi locale cu decoct de foi de nucă la care se adaugă alaun 10 gr. la un litru.

În cazuri mai accentuate se poate recurge la formol, permanganat de potasiu, perclorură de fer sau acid cronic.

Formolul este mai mult întrebuințat, dar are inconvenientul de a fi adesea rău suportat. Dar dacă se întrebuințează cu prudență neajunsurile reale sunt rare. Se udă piciorul timp de 5—10 minute în formol comercial pur sau dedublat cu apă, apoi se usucă și se pudrează cu o pudră inertă. Sau, după o altă metodă, se întrebuințează formolul cu apă de Colonia și alcool după prescripția următoare:

<i>Rp.</i> Formol comercial 1
Apă de Colonia
Alcool 90% aa 50

E foarte eficace mai ales contra bromidrozei picioarelor.

Pergamentul se poate întrebuința fie ca pudră:

<i>Rp.</i> Permanganat de potasiu 10
Subnitrat de bismut
Talc aa 50

fie sub formă de badijonări cu o soluție apoasă de 10%, fie sub formă băi cu o soluție de 10‰ cu aplicațiuni cotidiene sau bico-tidiene.

Perclorura de fer se întrebuințează în amestecul următor:

<i>Rp.</i> Preclorură de fer 30
Glicerină 10

iar acidul chromic se întrebuițează sub formă de badijonări cu soluție de 5% sau sub formă de săpun chromic.

Hebra practică „jupuirea” piciorului, întrebuițând timp de 12—15 zile un amestec de:

Rp. Ung. diachilon
Ulei de in aa

după care se produce o exfoliație epidermică.

Neebe recomandă o soluție de acid clorhidric în băi de 10 minute.

Se mai poate întrebuița spălături bicotidiene cu alcool 90% adifionat cu acid acetic 0,10%

Toate aceste metode sunt însoțite de pudrări abundente cu talc boricat 10%.

Trebue recomandat ca în mod posibil să se poarte ciorapi de ață și nu de piele și mai puțin de cauciuc, iar degetele vor fi izolate cu grije cu pudră și vată.

În sfârșit dacă toate aceste metode n'au dat rezultatul dorit, se recurge la radioterapie.

Tratamentul radioterapic. Se poate încerca diatermia simpaticului vertebral, care în toate cazurile dă rezultate bune, dar numai trecătoare și niciodată permanente.

Röntgenterapia este tratamentul suveran al hiperidrozei. Ea dă totdeauna rezultate bune și dacă este bine condusă, rezultatele rămân definitive.

Glandele sudoripare, ca toate glandele, sunt sensibile la acțiunea razelor X și cu atât mai mult în hiperidroză unde ele se găsesc în hiperfuncție.

Mai multe tehnici au fost recomandate; unele întrebuițând razele filtrate, altele cele nefiltrate. Technica cea mai bună este cea recomandată de Sabouraud. Acest autor întrebuițează raze nefiltrate. El iradiază locul hiperidrotic în mod superficial (corespunzând la 100 kilovolți) Face o primă ședință cu doza de 5 H (400r), care deobicei nu produce nicio modificare a secreției. A doua ședință o face după 20 zile, cu aceeaș doză, care deobicei oprește hiperidroză. Dacă însă, nici a doua iradiere n'a dat rezultatul dorit, mai face și a treia iradiere, după trei săptămâni, cu aceeaș doză.

Această tehnică este foarte delicată, regiunile hiperidrotice fiind foarte radiosensibile. Dacă însă se lucrează în mod prudent, neajunsurile sunt excepționale și rezultatele sunt foarte bune.

Concluziuni.

1. Hiperidroza este una dintre cele mai des întâlnite tulburări funcționale.

2. Ea poate fi simptomatică, când însoțește boli medicale sau boli neurologice și esențială, când apare fără nicio cauză aparentă.

3. Hiperidroza esențială se acompaniază foarte desori de osmidroză sau de bromidroză.

4. Prevenirea cea mai sigură a hiperidrozei și a bromidrozei se face prin igiena și curățenia foarte riguroasă a regiunilor expuse la aceasta.

5. Tratamentul radioterapic al hiperidrozei și al bromidrozei este cel mai sigur tratament de care dispunem astăzi.

Văzută și bună de imprimat :

Decanul Facultății :
(ss) Prof. Dr. I. DRĂGOIU

Președintele tezei :
(ss) Prof. Dr. V. BOLOGA

Bibliografie.

- Darier, Sabouraud, Gougerot, Milian, Pautrier, Ravaut, Sézary, Clément Simon:* Nouvelle pratique de dermatologie. Paris 1936. Vol. 7 pag. 242 și vol. 8 pag. 351.
- Belot, Chevalier, Gate, Joulia, Pinard, Ramel, Schulmann, Tauraine, Weissenbach:* Traité de dermatologie. Paris 1938. Vol. 2 pag. 280.
- Darier:* Précis de dermatologie, Paris 1928. Pag. 584.
- R. O. Stein:* Haarkrankheiten und kosmetische Hautleiden. Wien 1935. Pag. 171.
- Sellei:* A bőr betegségei. Budapest 1924. Pag. 668.
- E. Saalfeld:* Kosmetik. Berlin 1912. Pag. 91.
- Ioan Drăgoiu:* Elemente de istologie și de tehnică microscopică. Cluj 1933. Vol. 2 Pag. 655.
- Gley:* Physiologie. Paris 1934. Vol. 2 Pag. 675.
-