

HIPERTRICHOZA

TEZĂ

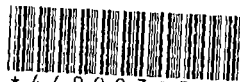
PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINA SI CHIRURGIE

PREZENTATA SI SUSTINUTA IN ZIUA DE 19 IULIE 1940.

DE

RITTER EUGENIU RODRIGUE



* 4 4 0 0 3 6 7 9 *

Biblioteca UMFST

HIPERTRICHOZA

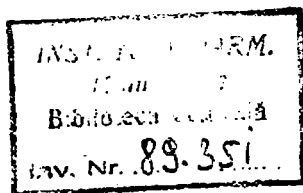
TEZĂ

PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINA ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ IN ZIUA DE 19 IULIE 1940.

DE

RITTER EUGENIU RODRIGUE



24 MAY 2001

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I” DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Decan : Prof. Dr. I. DRĂGOIU

Profesori :

Anatomia umană	Prof. Dr.	PAPILIAN V.
Chimie generală medicală	” ”	SECĂREANU ST.
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	” ”	HATIEGANU I.
Clinica medicală II (semiologie)	” ”	GOIA I.
Clinica chirurgicală (semiologie)	” ”	POP AL.
Clinica chirurgicală și boalelor căilor urinare	” ”	ȚEPOSU E.
Clinica obstetricală și ginecologică	” ”	GRIGORIU CR.
Clinica dermatologică și sifilografică	” ”	TĂTARU C.
Clinica infantilă și puericultură	” ”	POPOVICIU GH.
Clinica neurologică	” ”	MINEA I.
Clinica psihiatrică	” ”	URECHIA C.
Clinica oftalmologică	” ”	MICHAÏL 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.
Igienă și medicină preventivă	Agregat	ZOLOG M.
Clinica boalelor contagioase	Conferențiar	GAVRILĂ I.

JURIUL DE PROMOȚIE :

Președinte : Dl. Prof. Dr. V. BOLOGA

Membrii :	}	” ” ”	I. HATIEGANU
		” ” ”	GH. POPOVICIU
		” ” ”	T. VASILIU
		” ” ”	V. BARONI
Supleant :	”	Conf. ”	C. VELUDA

P R E F A Ț Ă .

Subiectul pe care îl tratez în această lucrare, mi-a fost inspirat de Dl. Șef de lucrări Dr. Pop Leonida dela Clinica Dermato-Venerică și aprobat de Dl. Prof. Dr. V. Bologa, sub ale cărui bune îndrumări am avut onoarea să lucrez.

În această lucrare voi trata despre Hipertrichoză, o afecțiune rară, însă importantă prin faptul că produce deformațiuni, cari împiedecă pe cel care o prezintă să-și îndeplinească ocupațiunea sa.

În această lucrare voi descrie în mod succint etiologia și patogenia, insistând indeosebi asupra tratamentului.

Cu această lucrare pășesc în viața socială practică, și termin cea mai frumoasă epocă a vieții mele, în care nu mi-a lipsit nici speranțele și nici elanul caracteristic tinereții.

Înainte de a intra în tratarea subiectului, am o dreaptă datorie să-mi arunc ochii asupra trecutului școlarității mele și cu drag să-mi aduc aminte de toți aceia cari au contribuit la formarea caracterului meu.

Nu am pretenția originalității acestei lucrări și pentru aceea anticipat cer scuze pentru unele greșeli ce s'au strecurat. Timpurile incerte pe care le trăim mă pun în imposibilitate de a da o mai mare amploare subiectului ce tratez.

Dumnezeu știe ce surprize ne va aduce ziua de mâine; totuși mă simt îndatorat de a-mi lua o sfântă obligațiune de a fi de folos semenilor mei și voi căuta să alin cu dragoste și devotament suferințele lor.

Totodată mă simt onorat de ocaziunea de a putea exprima *D-lui Prof. Dr. V. Bologa* entuziasmul meu față de înaltele sale calități și să mulțumesc pentru bunăvoința de a prezida juriul de promoție.

Tot în această ordine de idei păstrez o neștirbită aducere aminte regretatului *Prof. Dr. G. Martinescu*, a cărui bunătate am cunoscut-o în deajuns și sub a cărui oblăduire am îmbrățișat această frumoasă carieră.

D-lui Prof. Dr. V. Papilian o nesfârșită admirație pentru înaltele calități pedagogice și pentru toată străduința depusă de D-sa în prea frumoasele prelegeri pentru formarea elevilor săi, printre cari am avut cinstea să mă număr și eu.

D-lui Prof. Dr. I. Hașieganu îi păstrez cea mai frumoasă amintire pentru incomparabilele prelegeri științifice, în care de atâtea ori cu o minunată elocință ne-a captivat, atingând cele mai frumoase și felurite probleme, de o importanță nediscutabilă.

D-lui Prof. Dr. V. Baroni admirație și respect precum și mulțumiri pentru bunăvoința fără margini cu care m'a copleșit întotdeauna, îl asigur că va fi prezent în amintirea mea în orice clipă din viață.

D-lui Prof. Dr. Gh. Popoviciu îi păstrez o neștearsă amintire pentru felul de manifestare tinerească și legătura sufletească ce atât de frumos știe s'o stabilească între D-sa și elevii săi.

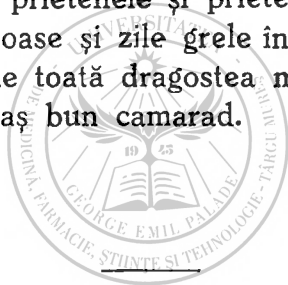
D-lui Prof. Dr. T. Vasiliu respectuoase mulțumiri pentru bunăvoința cu care m'a înconjurat, primind să facă parte din juriul de susținere al tezei.

D-lui Conf. Dr. C. Veluda îi mulțumesc pentru bunăvoința și îndrumările ce mi le-a dat în primii mei ani de studenție.

Este o datorie plăcută pentru mine să aduc cele mai calde mulțumiri *D-lui Doc. Dr. Gh. Zugravu* pentru sfaturile, și dragostea cu care m'a primit întotdeauna și pentru a-mi fi călăuzit spre bine primii mei pași în viața universitară.

D-lui Șef de lucrări Dr. Pop Leonida îi aduc pe pe această cale mulțumirile mele pentru bunătatea cu care m'a înconjurat, cât și pentru bunele directive ce mi le-a dat pentru a alcătui această lucrare.

Totodata pe prietenele și prietenii cu care am împărtășit zile frumoase și zile grele în decursul anilor de studii, îi asigur de toată dragostea mea și le făgăduiesc a le rămâne același bun camarad.



INTRODUCERE.

Părul face parte din grupul fanerelor și acopere mai mult sau mai puțin suprafața tegumentară a corpului animalelor.

În afară de om, care are posibilitatea de a-și acoperi trupul cu haine, luptând astfel în contra intemperiilor naturii, corpul majorității animalelor este acoperit aproape în întregime cu păr care-i formează o blană abundentă, al cărei rol este de a le da posibilitatea să facă față diferitelor schimbări meteorologice în legătură cu anotimpurile.

La om, datorită vestimentelor cu care-și acoperă corpul, prezența părului nu se mai întâlnește cu aceeași repartiție și abundență cum am văzut că se întâlnește la animale, sau cum era chiar și la omul primitiv; ci părul este repartizat în anumite regiuni, mai ales în cele ferite de traumatismele produse prin frecarea vestimentelor de corp și lipsește aproape complet la nivelul unde aceste frecături sunt mai intense, precum și la nivelul palmelor și plantelor.

Trebuie amintit în legătură cu aceasta, rolul pe care îl au unele glande endocrine (suprarenalele, genitalele, tiroida, etc.) în dezvoltarea părului, observându-se că la pubertate, părul este acela care dă caracterele secundare sexuale.

Perii sânt formațiuni cornoase-filiforme, care se înplântă prin rădăcina lor în foliculii piloși și sânt un produs de secrețiune al papilei terminale a acestor foliculi, cu o extremitate mai dezvoltată numită bulb. Acest bulb este scobit atâta timp cât părul este în creștere; el se închide și devine plin când părul și-a terminat evoluția și trebuie să cadă. Când un fir de păr a căzut, sau când a fost smuls, dacă nu s'a produs distrugerea părții profunde a foliculului, este înlocuit de obicei printr'un fir nou de păr care se formează într'un diverticol al foliculului primitiv.

Structura părului este foarte simplă. Un fir de păr este constituit din celule cornoase alungite, mai mult sau mai puțin pigmentate, formând ceea ce numește scoarța părului și de un canal medular central, care poate de altfel să și lipsiască.

În dezvoltarea lui, părul poate să dea naștere la diferite anomalii în legătură cu turburările glandelor cu secreție internă, cât și cu dezvoltarea individului.

Aceste anomalii în dezvoltarea părului poartă numele de trichoze și pot fi împărțite în mai multe categorii și anume: 1. hipertrichozele; 2. hipotrichozele sau alopeciile; 3. trichozele distrofice și 4. maladiile parazitare ale părului.

Logic ar fi de a reuni majoritatea trichozelor cu ficulozele. deoarece producerea perilor rezultă din funcționarea papilei pilare și că, pe de altă parte, în afecțiunile parazitare ale pielii capului, paraziții atacă în același timp rădăcina părului cât și tecile sale.

Boli ale pielii care produc deformații și alterațiuni ale perilor în ceea ce privește cantitatea și calitatea lor, formează un capitol a parte strâns legat de bolile pielii care produc aceste alterațiuni (favus, trichofitiie, sifilis, etc.), pe când trichozele sânt boli și anomalii ale perilor.

lor, legate de o leziune foliculară care nu este aparentă, iar ceea ce frapează este hiperogeneza, hipogeneza, căderea și distrofia cu alterația perilor.

Turburările trichogeniei au atras în ultimul timp atenția multor autori și ele au dat naștere la diverse discuții prin faptul că s'a observat că sunt motive serioase pentru a le atașa la turburările endocrine. Diferențele dezvoltării piloase la bărbat și la femeie, începând dela pubertate, indică net marele rol care aparține secrețiunilor interne ale glandelor sexuale în geneza părului.

Insuficiența, hiperfuncțiunea sau disfuncțiunea acestor glande se traduc prin anomalii pilare care sunt uneori exclusiv regionale. Se știe de exemplu că după castrarea bărbatului, sistemul pilos al feței diminuează sau chiar dispăre. Deasemenea și în regiunea pubiană sau axilară, dar nu merge până la calviție.

Sabouraud a semnalat că din 157 de eunuci din seraiul Sultanului Abdul Hamid, nu era nici unul lipsit complet de păr, ci prezentau cu toții o diminuare accentuată a părului, atât din punct de vedere calitativ cât și cantitativ.

La femeie din contră, castrarea sau insuficiența ovariană provoacă hipertrichoză de tip masculin și o tendință la calviție.

Afară de rolul glandelor genitale, este de remarcat rolul corpului tiroid cu funcțiunea trichogenă, evidențiat de Levy și Rotschild. Ei au arătat că insuficiența tiroidiană comandă, de regulă, atrichoza sau hipotrichoza, calviția sau alopecia, în timp ce hiperfuncțiunea acestei glande cât și instabilitatea funcțiunii tiroidiene sau distiroidia, se traduc ori prin hipertrichoză, ori prin alopecie datorită suprafuncțiunii pilare.

La fel suprarenalele și hipofiza par a influența tot așa de pronunțat, direct sau indirect, asupra trichogenezei. Se citează în literatura medicală cazuri frecvente de alopecie generalizată datorită disfuncțiunii glandelor suprarenale.

De altfel nu trebuie să uităm că glandele endocrine exercită acțiuni complexe unele față de altele, cu rol inhibitor sau excitant, lucruri care încep să se întrevadă, iar pe de altă parte există o subordonare reciprocă între aparatul endocrin și sistemul nervos, în general, dar mai ales sistemul simpatic.



HIPERTRICHOZA.

Prin hipertrichoză se înțelege o anomalie în dezvoltarea părului și care consistă într'o hipergeneză a perilor. Afară de aceasta, perii sunt mai voluminoși, mai colorați și pe care regiunea interesată nu-i are de obicei; vârsta și sexul individului nu constituie o afecțiune totdeauna de același ordin. Ea întovărășește câteodată hiperkeratoza congenitală.

Cât despre cazurile pure, ele trebuiesc aranjate în trei categorii, între care sunt de altfel o serie de forme intermediare. Această clasificare a fost indicată de *Virchow*. Acțiunea sistemului neuro-endocrino-vegetativ asupra sistemului pilos și secreției părului este de netăgăduit. Așa, dintre glandele endocrine, care influențează creșterea părului, amintim tiroida. Un hipotiroidism diminuează creșterea părului și poate să creieze hipotrichoza-alopecie.

Turburările creșterii părului prin hiperactivitatea tiroidei.

Leopold Lewy a arătat că opoterapia tiroidiană este capabilă de a provoca dezvoltarea exagerată a părului; corpul tiroid pare a acționa mai ales asupra părului de pe cap, asupra genelor, sprâncenelor; barba, mustața și părul de pe corp sunt mai curând sub influența funcționării testiculelor și a ovarelor.

Hipertiroidia, ca instabilitatea tiroidiană sau distiroidia determină hipertrichoză în multe cazuri.

Totuși, în gușa exoftalmică s'au semnalat simptome ca: alopecie „en clarière”, căderea în massă a părului de pe cap, plăci peladice, caniție difuză sau în plăci (se cunoaște acel „la méche basedowienne”, „la mèche blanche”, izolată în mijlocul perilor negri sau de altă culoare). Apoi decolorația sau căderea perilor altor regiuni (perii axilelor, ai pubelui; sprâncenele, genele).

Ori, iată concluziile lui *Sainton* privitoare la turburările fanerelor, datorite sindromului basedowian: „Concluziile pe care le putem trage din faptele precedente, sunt acelea că turburările fanerelor datorite sindromului basedowian, sunt identice cu acelea pe care le provoacă hipertiroidizația și hipertiroxinizația experimentală; că ele sunt legate de puseuri de hiperactivitate glandulară. Chestiunea n'a fost studiată de noi, decât din punct de vedere endocrinologic. Ea este în realitate mai complexă.

Nu trebuie neglijat rolul jucat de sistemul organovegetativ în legătură cu turburarea endocrină. Este de o importanță capitală după cum au arătat în lucrările lor: *Lewy*, *Frankel* și *Juster*, să admitem pe primul plan influența sistemului simpatic asupra repartiției părului în arii circulare, anomalie care este caracteristică turburărilor sistemului pilos ce noi le-am realizat la animale (*Sainton*).

În Iulie 1930. *Sainton*, *Simmonet* și *Barbé* au adus la Societatea de Dermatologie din Paris, rezultatele a noui experințe asupra galinaceelor și demonstau că acțiunea specifică a extractelor tiroidiene asupra penajului, poate să fie exagerată prin asocierea cu unele substanțe sau anumite extracte. În legătură cu rezultatele acestor cercetări, iată citatul autorilor de mai sus:

„Încercările la care ne-am dat cu majoritatea extractelor glandulare sau cu soluția Lugol, au fost negative.

Nu este la fel în cazurile unde am asociat extractul tiroidian cu extractul suprarenal și tiroxina sintetică cu adrenalina. Adăugarea de extract suprarenal la extract tiroidian, de adrenalină la tiroxină, poate să ocaziona o sumare a turburărilor fanerelor, observate cu producții tiroidiene întrebuintați singuri. Ea acționează tot așa de bine din punctul de vedere al rapidității cât și al intensității fenomenelor”. Rezultatul acestor cercetări vine în sprijinul părerii unor autori (*Crile*, etc.) după cari suprarenala joacă un rol accesoriu, alături de hipertiroidism, în patogenia sindromului basedowian.

„Îngerarea de extract de corp tiroid provenind de la basedowieni, are aceeași acțiune asupra penajului ca ingerarea de extract de corp tiroid normal, pe când ingerarea de extract de gușă simplă, nu aduce nici o modificare analoagă. Aceste fapte experimentale probează rolul hipertiroidismului în căderea și albirea lanerelor; patologia experimentală fixează astfel o bază teoriei care leagă pelada și canția în plăci de turburările hipertiroidiene sau basedowiene. Conținutul în iod al extractelor normale și patologice, n'are nici un rol în provocarea turburărilor fanerene”. Alte experiențe arată că în proporții convenabile, ingerarea de hemato-etiroidină exercită o acțiune inhibitoare asupra extractului tiroidian, împiedicând manifestarea ce o obiectivează, căderea și decolorarea penelor (*Sainton*). Aceste date se potrivesc cu rezultatele clinice. *Sabouraud* constată în adevăr că hemato-etiroidina acționează puternic în cazurile de hipertiroidism frust. Cercetările experimentale ale lui *Sainton* confirmă faptele semnalate de *Levy-Franckel* și *Juster*: „Noi am notat frecvența nu numai în boala lui Basedow, ci și în hipertiroidism

la indivizii atinși de turburări pilare și pigmentare, oprirea procesului peladic și creșterea din nou a părului sub influența hemato-etiroidinei. Optsprezece din douăzeci și cinci de peladici examinați în laboratorul Profesorului *Marcel Labbé*; creșterea metabolismului bazal confirmată de cercetările lui *Alvarez Sainz de Aja* și *Puyon Prat* iar mai nou prin observația lui *M. Sezary*. „Cu *Domnii Cottenot* și *Juster*, în 1923 am raportat la Societate patru cazuri de peladă rebelă, ameliorate sau vindecate prin radioterapia regiunii tiroidiene; în această comunicare, noi notam că era mai ales la hipertiroidieni, tachicardici, emotivi, basedowieni fruști, la care am aplicat radioterapia. *Sainton* și *Simmonet* arată că un caracter fanerian dobândit prin hipertiroidizație, este transmisibil în mod hereditar.

Astfel deci, opoterapia tiroidiană, hipertiroidia, sunt capabile de a provoca dezvoltarea exagerată a perilor; pe de altă parte, hipertiroidizația și hipertiroxinația experimentală, realizând hiperactivitatea glandulară, determină asupra animalelor turburări ale fanerelor, repartizate în arii rotunde, această dispoziție părând a decela intervenția simpaticului. Este aci o contradicție aparentă când este posibil a explica dacă se admite existența a două secreții tiroidiene: una activând metabolismul creșterii pilare, alta simpaticotonizantă, exaltând activitatea simpaticului frenator al schimburilor și reducând în unele zone, creșterea perilor. Se poate deasemenea întreba dacă abundența secreției activatoare tiroidiene nu poate să antreneze cu timpul epuizarea matricei pilare și să ducă în cazul acesta la alopecie.

FORMELE HIPERTRICHOZEI.

După extinderea hipertrichozei, putem avea mai multe forme. Vom începe cu cele mai importante din punct de vedere descriptiv.

1. *Hipertrichoza generalizată* este de obicei rară. În această formă, numită încă de unii autori și *pseudo-hipertrichoza lanuginoasă*, este afecțiunea „oamenilor-câini” și consistă în persistența anormală și în dezvoltarea exagerată a perilor fetali. În cele mai multe cazuri ale acestei forme observăm o simetrie — deci o sistematizare — și o creștere în raport cu vârsta. Sistemul pilos ia o dezvoltare exuberantă, ocupă regiuni care chiar la indivizii dotați cu un sistem pilos prea dezvoltat sunt lipsite aproape complet de păr, cum ar fi fruntea și nasul. Aceste regiuni sunt invadate de peri bine dezvoltați și care sunt încrețiți, de consistență moale, evocând la pipăit senzația lânii de oaie. De remarcant este faptul că unele regiuni cum sunt: palmele mâinilor, plantele picioarelor, extremitatea degetelor de la mâini și dela picioare, partea internă a labiilor mari vulvare, prepuțul cât și glandul sunt totdeauna respectate de această formă. Un semn de o importanță mare îl constituie la această formă, *anomaliile dentare* de așa grad, încât *Virchow* pe drept cuvânt a numit-o în mod plastic și „*hipertrichoza știrbilor*”. Acest semn denotă în mod sigur o turburare funcțională a glandei tiroide;

Hipertrichoza localizată numită încă și *hipertrichoza adevărată* sau *hirsutismul* este cu mult mai frecventă decât prima. Ea se poate întâlni la ambele sexe și o vom studia, ca atare. De pildă, *la bărbat*, ea nu este decât o exagerare a unei stări normale, deja foarte variabilă, după cum se știe. Manifestarea ei se face în realitate, la pubertate, care poate să fie prematură. În același timp când barba și celelalte regiuni păroase sunt prevăzute din abundență, se poate vedea apărând simetric pe piept, spate, membre, spațiul intersprâncenos, pe regiunile sprâncenoase, pe narine, pe pavilioanele urechilor, pe fața dorsală a nasului invadează peri groși, voluminoși și creți. Aspectul nu diferă cu mult de acela al maimuțelor; uneori, hipertrichoza predomină în regiunea sacrată, luând aspectul unui smoc — atributul faunilor după cei vechi. În astfel de cazuri, se poate acuza o hiperorchidie sau alte turburări endocrine, ceea ce nu exclude de loc rolul heredității sau al atavismului de o parte, nici pe acela al infecțiilor sau al diferitelor discrazii. Mulți autori au observat că hirsutismul nu este rar la tuberculoși.

La femeie, hipertrichoza de tip masculin este aceea care constituie forma cea mai interesantă pentru dermatolog. În general, este vorba de fetițe sau de femei tinere, care începând de la pubertate, au văzut dezvoltându-se mai întâiu „un puf supărător“, apoi peri de volum exagerat pe buza superioară, pe barbă sau pe obraji, mult mai rar adevărate bărbi, compuse din 15.000—20.000 de peri. Câteodată sediul acestei vegetații anormale este pieptul, sânul și membrele. Uneori, tabloul se completează: la hipertrichoză se adaugă adipoza cu aspectul masculin al corpului, turburări genitale consistând în amenoree și virilism; se tinde a se numi acest sindrom cu termenul de „*hirsutismul*“.

lui Apert". Nu e rar a se vedea hipertrichoza fetițelor, devenind originea unei adevărate obsesii morbide, numită *trichomanie*, care le conduce la disperare și la melancolie și aceea chiar în cazurile când puful în chestiune este deabia observabil și desgustător. La femeile de 30-40 de ani, sau mai ales în timpul menopauzei naturale sau provocate, creșterea de peri mari pe barbă sau la mușată, este foarte de obicei. Există la femeile corelație între existența turburărilor endocrine și hipertrichoza. Pe de altă parte se crede că hirsutismul lui Apert derivă dintr'un cortico-suprarenalism. Hipertrichoza poate să fie artificială, sau cel puțin pare a fi. Astfel, briciul, pensa de epilat, gratajiile repetate, iritațiile cu pomezii, pot contribui la formarea de hipertrichoză localizată și regională.

Dacă etiologia hipertrichozei nu este complet elucidată, cu oarecare siguranță cauza hipertrichozei rezidă în domeniul disfuncțiilor organelor endocrine. Aceasta rezultă din faptul că hipertrichoza poate apare în timpul menopauzei, uneori după castrare sau chiar se poate constata în timpul turburărilor ovariane, fapte care au fost notate de mulți autori. Inafară de turburările endocrine și de iritațiile locale produse prin pomezii sau paste epilatorii, briciu, pense de epilat, etc. în producerea hipertrichozei pare că ar avea un rol oarecare și predispoziția familială.

În producerea *hipertrichozelor regionale* nu se poate contesta rolul iritațiilor locale repetate, ca de exemplu gratajul, fototerapia, sau ulcerele gambei etc.

Deci, la sexul feminin și la orice vârstă, există o corelație între hipo-ovarie și hipertrichoză (amenoree, menopauză, uneori însoțită și de turburările glandei tiroide — menstruație precoce exagerată, menoragii sau chiar cu o hiperfuncțiune a glandei suprarenale —

hiperrenalism). S'a semnalat apoi existența posibilă a hirsutismului „femei cu barbă” cu glicozurie sau cu diabetul zaharat.

Rolul ovarului în declanșarea hipertrichozei rezultă și din faptele constatate în cazurile în care a fost posibil să se facă o cercetare anatomo-patologică a acestor organe și în care cazuri s'a găsit că ovarele la femeile cu hipertrichoză erau sclerозate sau chiar atrofiate. Dar nu numai leziuni la nivelul ovarelor s'au putut constata în hipertrichoză, ci chiar și asupra glandelor suprarenale unde s'au găsit hipernefroame. Este de necontestat că și sistemul nervos influențează producerea hipertrichozei, fapt care a fost constatat în timpul războiului mondial de G. și M. Villaret și alți autori ale căror cercetări au dus la concluzia că hipertrichoză se dezvoltă pe teritoriul tegumentar tributar unui nerv care a fost traumatizat, la al cărui nivel se poate constata o leziune, nedefinitivă a nervului. Astfel iau naștere hipertrichozele câștigate.

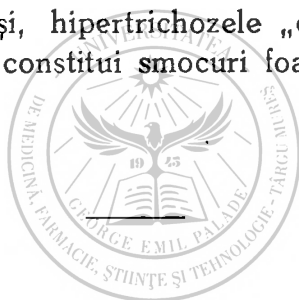
În hipertrichozele congenitale produse în aceleași condițiuni, se întovărășește de obicei de R. D. și semnalează o întrerupere completă a nervului.

Nevii piloși (Naevi pilosi). Din marele contingent de nevi este absolută nevoie să studiem în cadrul hipertrichozei, nevi așa ziși piloși sau hipertrichotici. Înainte însă de a-i descrie, găsim necesară o definiție a lor.

Nevii sunt niște diformități congenitale ale pielii și consistă într'o alterație a culorii și a texturii sale, fiind de obicei permanentă și limitată la o întindere mai mică sau mai mare a tegumentului extern.

Nevii piloși sunt foarte frecvenți, oricare individ având unul sau mai mulți; ei sunt adesea multipli, mici și lenticulari sau foarte întinși, putând acoperi regiuni

însemnate. Chiar când nu iau forma verucoasă, dermul la acest nivel este de obicei pigmentat, putându-se întâlni aci și celule nevice. Ele sunt în majoritatea cazurilor net circumscrise. Simetria lor este imperfectă. Pot să se desvolte și după naștere. În nevi pigmentari cât și în toate varietățile de nevi tuberoși nevasculari, se produce o desvoltare exagerată a perilor, a toliculilor și a glandelor lor sebacee. Adesea, perii sunt aci mari sau enormi, închiși la culoare și încârlionțați și mai mult sau mai puțin abundenți. Tot la nivelul nevilor acestora se mai pot găsi comedoane gigante, chiste sebacee sau mici chiste cornoase. Deasemenea, mai putem încadra printre nevi piloși, hipertrichozele „en taches ou en nappes” care pot constitui smocuri foarte lungi.



TRATAMENTUL HIPERTRICHOZEI.

Deși prognosticul în hipertrichoză este bun, totuși metodele de tratament sunt multe. În hipertrichoză generalizată, tratamentul dă rezultate slabe, așa că putem spune că nici nu mai trebuie făcut, deoarece nu obținem rezultat practic.

Hipertrichozele localizate vor fi însă tratate cu toată perseverența, mai ales când avem de a face cu fetițe sau cu femei tinere, deoarece acestea devin foarte susceptibile; pentru ele, această boală devine obsedantă și nu rareori s'au văzut cazuri când această obsesie a condus la psychoze grave. Mai întâiu de toate trebuie să accentuăm în mod special, că este cu desăvârșire interzisă epilajia sau orice altă iritație locală, care departe de a aduce vre-un serviciu în terapeutică acestei anomalii, poate chiar să agraveze situația. Cel mult se va putea decolora puful hipertrichotic prea aparent cu apă oxigenată forte, după ce mai întâiu s'a făcut o degresare minuțioasă a părului; se mai poate aplica în vederea aceluiași rezultat și cremă făcută cu apă oxigenată. O pomadă cu acetat de thaliu în concentrație de 1%, poate face să cadă o mare parte din perii regiunii fricționate, dar are inconvenientul că acționează în același timp și asupra pielii păroase a capului cât și asupra sprâncenelor, după ce a fost absorbită. *Mérian* din Zürich, recomandă, după ce a aplicat spumă de săpun în timp de aproximativ 5—10 minute, de a clăti și de a usca suprafața, de a lustrui

perii până la distrugere, apoi de a aplica o cremă răcoritoare; nu trebuie să se reinceapă în aceeași parte decât cam după 8–10 zile; rezultatele ar fi excelente după această metodă.

Deja un tratament general poate să vizeze cauzele și opoterapia bine maniată aduce mari servicii. Dar bolnavele doresc și cer cu stăruință un tratament local. Trebuie să se deconsilieze cât mai mult posibil *depilatoriile bruște* și să nu se întrebuințeze niciodată preparatele cu bază de arsenic, aceste produse fiind periculoase prin toxicitatea lor. Tot așa, este cu totul oprită smulgerea bruscă cu o pensă de epilat, deoarece acest procedeu favorizează dezvoltarea hipertrichozei. Dacă bolnava cere un depilator, cel mai bun de prescris, pare a fi *depilatorul* lui *Boudet*. Se poate încă formula:

Rp.

Oxid de zinc

Amidon

Sulfură de bariu aa, 10,0 gr.

Această pulbere trebuie să se amestece cu o cantitate suficientă de apă fierbinte pentru a face o pastă, care să se aplice de la 3 la 10 minute, până ce ea începe să usture. Se spală atunci cu apă caldă, se pudrează și se aplică o cremă calmantă sau apă de hamamelis. În unele cazuri poate fi întrebuințat și acetatul de thaliu ca depilator lent. *Sabouraud* prescrie următorul preparat:

Rp.

Acetat de thaliu 0.50 gr.

Oxid de zinc 2,00 gr.

Vaselină 20,00 gr.

Vaselină și apă de roze aa. 5,00 gr.

După cum am mai amintit mai sus însă, din cauza toxicității prea mari a acetatului de thaliu, *Sabouraud* recomandă de a nu aplica niciodată mai mult decât

două boabe de grâu în fiecare seară și pe o regiune bine limitată. Această pomadă atrofiază puțin câte puțin părul și după câteva luni, părul a scăzut la jumătate ca număr, ca grosime și ca vizibilitate. *Sabouraud* este de părerea că acesta este un bun procedeu pentru hipertrichoza așa de frecventă a buzei superioare, la fetițele brunete de 15—20 de ani. Acțiunea produsului este lentă și slabă, dar ea este progresivă și sigură.

Cât despre distrugerea prin *electroliză*, acesta este un tratament care dă foarte bune rezultate dar el are marele inconvenient de a fi lung, dureros și costisitor. El nu poate de altfel să fie practicat decât de un medic obișnuit și perfect cunoscător al tehnicei. Astăzi însă, i se preferă epilația prin coagulare diatermică despre care se crede a fi procedeu de elecție pentru majoritatea autorilor, mai ales *Brocq*. Electroliza se întrebuintează când este vorba de nevi piloși. Tratamentul acesta dă cele mai bune rezultate estetice.

Radioterapia, adesea cerută de bolnavi, trebuie să fie formal deconsiliată, fiind poate chiar periculoasă. În doze mari, ea expune la pigmentațiuni prea supărătoare și chiar la plăci de radiodermită atrofiante (leziuni indelebile) survenind după câțiva ani. Multe femei tinere regretă atunci foarte mult că au cerut să li se aplice această metodă de tratament, al cărui rezultat, departe de a le fi schimbat spre mai bine starea sanitară, a reușit să le desfigureze pentru totdeauna. În doze mici trebuie să ne așteptăm la recidive și aceasta se întâmplă de regulă. Recidiva după doze mici poate să fie chiar și mai puternică decât hipertrichoza primitivă. Mai pot surveni — după mai multe luni de tratament — teleangiectazii care sunt destul de disgrațioase și supărătoare.

Epilația. Deși am amintit că în multe cazuri epilația este contraindicată, acuzată fiind prin faptul că ar da recidive, totuși această metodă de tratament a hipertrichozei este întrebuințată pe o scară întinsă. Epilația poate fi practică prin numeroase procedee: cu pensa, apoi prin curenți electrice, prin diatermie; am văzut și mai sus epilația executată cu ajutorul pastelor epilatorii, cu acetat de thaliu (prin ingerare sau prin aplicațiuni locale), apoi epilația radioterapică. Dintre toate aceste procedee, unele ca: epilația cu pensa, pastele epilatorii, ingerarea de acetat de thaliu, dau numai un rezultat temporar, creșterea părului începând să se facă din nou, mai curând sau mai târziu. Radioterapia nu este întrebuințată decât când se urmărește o alopecie temporară, deoarece alopecia definitivă n'ar putea fi realizată decât întrebuințându-se doze prea mari, periculoase, capabile de a produce radiodermite. Dacă vrem să facem însă o alopecie definitivă, așa cum se cere în hipertrichozele localizate, recurgem la electroliză sau la coagularea diatermică. Să descriem pe rând, câte puțin, pe fiecare din aceste procedee de epilație.

1. Epilația cu pensa este cel mai vechiu dintre aceste procedee. Acest procedeu fusese practicat deja din antichitate, dar puțin întrebuințat în Franța înainte de Bazin, care primul a înțeles toată valoarea terapeutică a epilației. Astăzi încep să dispară epilarii de altădată. Dermatologii moderni par a părăsi acest procedeu de epilație deși este practic, ieftin și nu expune la pericole mari. În scopul acestui procedeu, ne servim de o pensă mică, ale cărei extremități libere sunt late și boante. Pentru ca să fie făcută în condițiuni optime, tegumentele sunt bine întinse, iar cel care o face trebuie să aibă un exercițiu îndelungat deoarece trebuie o dexteritate specială. O epilație

bună trebuie să se facă cu repeziciune și să nu lase fire de păr neextrase sau rupte.

1.2.2. **Electroliza și epilația diatermică.** Prin această metodă, trebuie să anticipăm că după aplicarea ei, ne putem aștepta mai curând la agravarea decât la ameliorarea simptomelor. Pentru a executa de pildă o electroliză, avem nevoie de o sursă electrică alimentată cu curent de oraș convenabil redus. Bolnavul trebuie să fie întins bine și fixat cu regiunea interesată cât mai comod spre sursa cu care lucrăm. Partea care trebuie epilată, va fi bine luminată. Acul va veni în contact direct cu bulbul părului pe care însă nu-l va depăși niciodată ci numai îl va atinge. Trebuie deci să ne dăm seama în prealabil de dimensiunile și profunzimea bulbului.

Introducem acul până la bulb, dăm drumul curentului, apoi scoatem firul de păr respectiv. Într-o astfel de ședință, putem extrage 25—60 fire de păr, ședință care durează aproximativ o jumătate de oră. După această metodă de epilație, nu mai crește decât un fir de păr din zece, însă crește un puț, produsul de excitare al electrolizei. Regiunile tratate, vor fi pudrate cu amidon pentru mascarea pufului. După fiecare ședință se produce o reacție inflamatorie, motiv pentru care cei mai mulți recomandă că la ședințele care urmează după prima, să nu se atace mai mult de 12 fire de păr. Perii trebuiesc atacați în regiuni mici, deci în puncte deosebite și cu diferite intensități de curent, pentru a nu ocaziona bolnavului cicatrici mari.

Epilația diatermică are în vedere distrugerea papilei piloase prin oscilațiuni electrice de înaltă frecvență care coagulează vasele nutritive ale papilei. Este mult mai avantajoasă decât electroliza, fiind mai rapidă, permițând epilația la aproximativ 200 fire de păr față de

50 fire la electroliză; nu dă cicatrici iar durerea este mult mai mică. Aparatul cu care se execută, trebuie să fie prevăzut cu o pedală pentru întreruperea curentului, iar acul este bine să fie de oțel călit. Se culcă bolnava pe masa metalică de examen, punându-se între masă și corp o cuvertură de lână. Acul fixat la aparat care se pune în mișcare, este introdus în foliculul pilos cam 3—4 milimetri. După o fracțiune de secundă de trecere a curentului, se scoate acul iar firul de păr astfel tratat, se smulge cu o pensă.

Epilația prin diatermia fără fir se execută cu un ac epilator pe care-l ține operatorul în mână, fără ca acest ac să fie în comunicare cu aparatul de diatermie. O bornă se leagă cu masa metalică, iar cealaltă se leagă de o planșetă electrod pe care repauzează mâna bolnavei. Acul se introduce în foliculul pilos, se trece curentul timp de o secundă. Această metodă este avantajoasă, neprovocând decât o ușoară senzație de căldură. Nu trebuie să ne temem când acul e pătruns și mai profund decât se cere, atunci când avem de epilat perii dela nivelul nevilor piloși, deoarece cicatricile cari eventual se formează, au darul de a schimba aspectul nevilui, dându-i unul mai acceptabil prin depigmentarea care o produce, aducând astfel culoarea nevilui pilos la culoarea pielii normale.

1944 - 1945
1946 - 1947
1948 - 1949
1950 - 1951
1952 - 1953
1954 - 1955
1956 - 1957
1958 - 1959
1960 - 1961
1962 - 1963
1964 - 1965
1966 - 1967
1968 - 1969
1970 - 1971
1972 - 1973
1974 - 1975
1976 - 1977
1978 - 1979
1980 - 1981
1982 - 1983
1984 - 1985
1986 - 1987
1988 - 1989
1990 - 1991
1992 - 1993
1994 - 1995
1996 - 1997
1998 - 1999
2000 - 2001
2002 - 2003
2004 - 2005
2006 - 2007
2008 - 2009
2010 - 2011
2012 - 2013
2014 - 2015
2016 - 2017
2018 - 2019
2020 - 2021
2022 - 2023
2024 - 2025

1946 - 1947
1948 - 1949
1950 - 1951
1952 - 1953
1954 - 1955
1956 - 1957
1958 - 1959
1960 - 1961
1962 - 1963
1964 - 1965
1966 - 1967
1968 - 1969
1970 - 1971
1972 - 1973
1974 - 1975
1976 - 1977
1978 - 1979
1980 - 1981
1982 - 1983
1984 - 1985
1986 - 1987
1988 - 1989
1990 - 1991
1992 - 1993
1994 - 1995
1996 - 1997
1998 - 1999
2000 - 2001
2002 - 2003
2004 - 2005
2006 - 2007
2008 - 2009
2010 - 2011
2012 - 2013
2014 - 2015
2016 - 2017
2018 - 2019
2020 - 2021
2022 - 2023
2024 - 2025



CONCLUZIUNI.

1. Hipertrichoza este o anomalie rară de dezvoltare a perilor.

2. Etiologia ei este complexă; totuși, turburările funcționale ale tiroidei, suprarenalelor și glandelor genitale, joacă un rol important în producerea hipertrichozei.

3. Hipertrichoza este supărătoare când se întâlnește la sexul feminin, cu deosebire la femeile tinere.

4. Tratamentul diferă după forma hipertrichozei și după vârsta individului:

a) În hipertrichoza generalizată, tratamentul ajută prea puțin

b) În hipertrichoza localizată, în fruntea metodelor de tratament stă cea opoterapică și tratamentul general;

c) Radioterapia nu este de recomandat, deoarece în doze mari dă accidente, iar în doze mici dă recidive.

5. Hipertrichoza fiind o maladie rară și benignă, nu reclamă o preocupare specială din partea medicilor.

Văzută și bună de imprimat.

Decanul Facultății de Medicină :

Profesor

ss. Dr. I. DRĂGOIU

Președintele tezei :

Profesor

ss. Dr. V. BOLOGA

BIBLIOGRAFIE.

1. *Cimoca Valer.* Curs de Dermatologie, Cluj, 1925.
 2. *Couvelaire, Lemierre, Lenormant.* Pratique médico-chirurgicale, Tome IV, 904 pages, Masson et Cie, Paris 1931.
 3. *Darier.* Précis de Dermatologie 986 pages, Masson et Cie Paris 1923.
 4. *Gaté J.* Pratique de Dermatologie, Paris, 1920.
-

