

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

Nr. 1344

LUPUS ERITEMATOS

ȘI

statistica dela 1920-1937 inclusiv

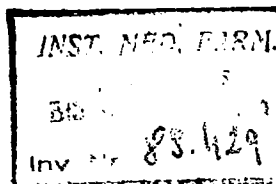


24 MAY 2005

TEZĂ

PENTRU
DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE 1938

DE
TANCZ ADALBERT



TIPOGRAFIA „VICTORIA” CLUJ, STRADA REGINA MARIA No. 43

UNIVERSITATEA DIN CLUJ

FACULTATEA DE MEDICINA

Decan: Domnul Prof. Dr. STURZA M.

Profesori :

Clinica stomatologică	Prof. Dr. ALEMAN I.
Microbiologie	" " BARONI V.
Fiziologia umană	" " BENETATO GR.
Istoria medicinei	" " BOLOGA V.
Patologia generală și experimentală	" " BOTEZ A. M.
Clinica oto-rino-laringologică	" " BUZOIANU GH.
Istologia și embriologia umană	" " DRĂGOIU I.
Semiologia medicală	" " GOIA I.
Clinica ginecologică și obstetricală	" " GRIGORIU C.
Clinica medicală	" " HAȚIEGANU I.
Medicina legală	" " KERNBACH M.
Chimia biologică	" " MANTA I.
Clinica oftalmologică	" " MICHAÏL 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. " POPOVICIU GH.
Chimia medicală	Prof.. " SECĂREANU ȘT.
Balneologia	" " STURZA M.
Clinica dermato-venerică	" " TĂTARU C.
Clinica urologică	" " ȚEPOSU E.
Clinica psihiatrică	" " URECHIA C.
Anatomia patologică	" " VASILIU T.
Igiena generală	Agr. ZOLOG M.
Fizica medicală	Conf. BĂRBULESCU N

JURIUL DE PROMOȚIE :

PREȘEDINTE: D-l. Prof. Dr. C. TĂTARU

MEMBRII: { " " " I. HAȚIEGANU
 " " " V. BOLOGA
 " " " A. POP
 " " " GR. BENETATO

SUPLEANT " Doc. GAVRILĂ

I S T O R I C

Rayer e primul care descrie în 1827—1835 lupusul eritematos sub numirea de »flux sebacé«, ca o boală a foliculului sebaceu. În aceeaș epocă Bielt în 1828 distinge cele două varietăți ale lupusului eritematos: 1. eritem centrifug și 2. »darte rougeante qui detruit en surface«. Alibert confundă lupusul eritematos cu forma neulceroasă a lupusului tuberculos și descrie sub numele de estiomien ambulant serpiginos. Cazenave e primul care menționează că eritemul centrifug este o varietate a lupusului și dă numele de lupus eritematos. Tot el în 1856 descrie prima localizare pe pielea păroasă a capului. În acelaș timp Hebra vorbește și descrie o nouă boală, seborea congestivă, care corespunde lupusului eritematos a lui Cazenave. Observând dilatațiile porilor glandelor sebacee în această boală, el ajunge la concepția ca lupusul eritematos a lui Cazenave ar fi o modificare specială a glandelor sebacee și a secreției lor. Devergie descrie sub numele de herpes cretaceu, care corespundă lupusului eritematos forma fixă. În 1872 Kaposi descrie forma acută, care e caracterizată printr'o erupție abundentă, care se generalizează repede și e acompaniată de fenomene generale și care adesea e mortală. În 1888—89 Vidal, Feulard descriu primadată localizarea lupusului eritematos pe mucoasă. Besnier susține teoria tuberculoasă în etiologia lupusului eritematos. Darier

clasează între tuberculidele din grupul B, adică cari nu prezintă istologicește un țesut tuberculos caracteristic. Pauller o clasează între tuberculozele cutanate atipice. Școală engleză și Barber admite teoria streptococică a lupusului eritematos, împreună cu școala americană.



ETIOLOGIA ȘI PATOGENIA

În ceea ce privește etiologia acestei afecțiuni, avem trei mari teorii, dintre care cea tuberculoasă este cea mai veche, admisă de școala franceză, teoria streptococică opiniunea școlii americane și teoria sifilitică adaptat de școala engleză.

Factorii predispozanți și ocazionali.

Turburările circulatorii și puseurile congestive ale feței au fost de mult timp încriminate ca factori predispozanți, pentru această afecțiune. Afară de acțiunea agenților atmosferici aceste puseuri pot fi întreținute de o parte de starea gastro-intestinală, care face o congestie după mese, sau de fenomene vaso-motorii la distanță, de altă parte de turburările în sfera genitală, care produce tot o congestie la nivelul feței. S'a observat agravarea formei eritematoasă a lupusului eritematos în timpul menstruației, apariția lui după castrație sau în menopauză, dispariția lupusului în timpul gravidității și reapariția lui după naștere sau din contră extensiunea în graviditate și în fine agravarea sau ameliorarea după avort. În aceste turburări circulatorii partizanii teoriei streptococice văd o cauză favorizantă localizatoare, grație încetinirii circulației, care favorizează fixarea microbilor, ultra-virusului sau toxinei, în acel loc.

Cauzele ocazionale sunt reprezentate prin acțiunea luminei și frigului. Se observă o frecvență mai mare la indivizi, cari lucrează în aer liber, cum sunt plugarii, după cum se vede și din statistica clinice Dermato-logice :

TABELA No. 1.

Ocupațiunea	Femei	Bărbați	Total	%
Plugari	201	34	235	61,5
Muncitori... ..	30	23	53	13,8
Meseriași... ..	3	26	29	7,5
Intelectuali	26	13	39	10,3
Comercianți	13	10	23	6,0
Soldați		3	3	0,9
Total :	273	109	382	100,0%

TABELA No. 2.

Meseriași.	Femei	Bărbați	Total
Mecanici		5	5
Croituri	3	1	4
Lăcătuși		3	3
Tipografi		3	3
Pantofari		2	2
Tâmplari		2	2
Șofeuri		2	2
Grădinari		1	1
Măcelari		1	1
Cofetari		1	1
Tapițeri		1	1
Barbieri		1	1
Vopsitori		1	1
Tăbăcari		1	1
Zidari		1	1
Total :	3	26	29

S'a observat de unii ca Roederer extensiunea rapidă a afecțiunii în zilele cu călduri mari, alții exacerbațiuni în luna Junie când intensitatea luminei este maximă și care de altfel reese și din statistica noastră :

TABELA No. 3.

Luna	Numărul bolnavilor	%
Januarie	25	6,6
Februarie	19	5,0
Martie	33	8,6
Aprilie	34	8,9
Mai	33	8,6
Junie	41	10,7
Julie	31	8,2
August	36	9,4
Septembrie	35	9,2
Octombrie	37	9,6
Noembrie	35	9,2
Decembrie	23	6,0
Total :	382	100,0

Un alt factor ocazional ar fi frigul susținut de Morris, Fox, Möberg, Freund și Veiel.

Teoria tuberculoasă.

Este teoria cea mai veche, adaptată de școala franceză bazându-se pe argumente clinice, biologice, bacteriologice și experimentale.

A) Argumentele clinice.

După o observație lungă Besnier ajunge la concluzia ca lupusul eritematos ca și lupusul vulgar ar fi o manifestare a scrofulo-tuberculozei.

El găsește în familia sau în antecedentele personale la indivizi atinși de această afecțiune o tuberculoză acută sau cronică, deși rezultatele anatomice erau mai mult negative. Această părere a fost admisă și de alți autori ca Ehrmann, Herxheymer, Lang, Thibierge, Bertarolli, Böck și Neisser, Darier, Brocq și alții, cari pun mare preț pe antecedente tuberculoase sau anturajului tuberculos. Totuși

statisticele făcute de acești autori arată diferență destul de mare, așa Böck găsește 66% tuberculoză în antecedentele personale și 83% dacă se caută și în antecedente heredo-colaterale, Dubois 21% în antecedente personale și 42% în antecedente heredo-colaterale. Dacă se face și examen radiologic și intradermo-reacție-Ehrmann și Falkenstein găsesc 98% Kennedy 95%, Bernhardt 88%, Ullmann 80% tuberculoză, clinic depistabilă, la indivizi cu lupus eritematos. E interesantă constatarea ce au făcut acești autori, că lupusul eritematos evoluiază adică se ameliorează și se vindecă sau se agravează ca și o tuberculoză pulmonară.

Un alt argument clinic e asociația tuberculidei papulo-necrotice, lichenului scrofulos, eritemului îndurat a lui Basini cu lupusul eritematos. Ehrmann și Falkenstein au găsit această asociație 10 ori la 130, Ramel 11 ori la 133 bolnavi. La Clinica Dermatologică am găsit 9 ori la 382 de bolnavi.

TABELA No. 4.

Leziuni cutanate și leziuni bacilare existente ori regresate	Nr. Bolnavilor
Adenită bacilară submaxilară și cervicală	4
Tuberculide papulo-necrotice	2
Artrită bacilară	1
Limfom tuberculos	1
Cicatrice după tuberculide	1
Cicatrice după scrofulo-gome	2
Total:	11

Adenopatiile au fost de mult semnalate în cursul lupusului. În unele cazuri adenopatia precedă lupusul eritematos. Statisticele făcute de diferiți autori arată o frecvență destul de mare a acestor adenopatii așa Böck găsește 82%, Göckermann 65%, Sequeira 63%, Schaumann 83%, Hallopeau și Jeanselme Leredde au găsit bacili Koch în adeno-

patii supurate, acompaniate de puseuri de lupus eritematos. La un caz de lupus eritematos a lui Delbanco, acompaniat de o adenopatie mare cervicală, după extirparea ganglionului, lupusul dispare și inocularea unui fragment din ganglionul extirpat, produce o peritonită tuberculoasă. Kreibich după iradiația ganglionilor simpatici cu raze X sau ultraviolete, observă o reacție de focar a lupusului, Schönhoff în aceleași condițiuni semnaleză o scurtă fază de agravație, urmată de vindecarea lupusului. Gennerich caută cauza lupusului eritematos în leziunile ganglionare și explică ca prin leziunile destructive ganglionii pun în libertate o cantitate de fermenți, care ajunge la piele și dela acest nivel deja iritat prin agenți fizici, o destrucție a celulelor conjunctive, edem și hiperkeratoză. Această ipoteză nu e admisă, nefiind bazate pe experimente.

Rezultatele autopsiilor făcute după diferiți autori arată o mare divergență. Astfel Gunsett într'un caz de lupus eritematos discoïd a găsit broncho-pneumonie, ulceratie tipică pe jejun și noduli miliari în peritoneu. Un caz a lui Fordyce a fost acompaniat de tuberculoză renală, a lui Wickham de tuberculoză miliară generalizată. Kaposi la 11 cazuri terminate cu moartea găsește la 7 pleuropneumonie și la 3 tuberculoză pulmonară, Sequiera la un caz tuberculoză pulmonară. Față de aceste cazuri pozitive Herxheimer la un caz cu broncho-pneumonie nu găsește bacili Koch, Petrini la un caz cu pneumonie și ganglioni bronșici cazeoși nu găsește nici bacili Koch, nici celule gigante. Gunsett la un caz cu broncho-pneumonie și hipertrofia generalizată a ganglionilor limfatici, examenul bacteriologic și istologic rămâne negativ. Jadassohn pe 15 cazuri autopsiate, dintre care 8 cazuri cu diagnostic de tuberculoză în viață, găsește numai la 3 cazuri confirmată prin autopsie. Studiile făcute de Harry, Keil, arată prin autopsiile făcute, că tuberculoza la bolnavii atinși de lupus eritematos ar fi o simplă coincidență și n'ar juca nici un rol în patogenia acestei afecțiuni. Din statisticele făcute de diferiți autori.

reese, că mai mult de 50% a cazurilor autopsiate rămân negative și numai 20% găsim tuberculoză activă sau cazuri dubioase.

B) Argumente biologice.

1. *Reacțiunile la tuberculină.*

Rezultatele reacției la tuberculină e foarte dificil de interpretat din cauza tehnicii diferite după autori și din variabilitate mare a dozelor de tuberculină întrebuințată. Statisticile sunt foarte diferite și de multe ori contradictorii. Așa Martenstein găsește la 42 de cazuri la 36 caz Pirquet pozitiv, Slatkovitsch la 135 cazuri 30 de ori Pirquet pozitiv. Pirquet, Freund la 121 cazuri 35% Pirquet intens pozitiv, 34% Pirquet pozitiv și 31% negativ. Sequiera găsește numai un caz pozitiv din 14 cazuri, iar Kingsburg n'a găsit nici un caz pozitiv. Din contră Jorgen, Schaumann, injectând 10 mgr. de tuberculină au obținut 100% Pirquet pozitiv. Inșă aceste reacție locală încă nu este hotărâtoare pentru natura tuberculoasă a lupusului eritematos, iar în ceea ce privește reacțiunile de focar, sunt mult mai puțin numeroase așa că valoarea ei rămâne limitată.

2. *Acțiunea tuberculinei în evoluția lupusului eritematos.*

Acțiunea tuberculinei în evoluția lupusului eritematos a dat două rezultate chiar total contrare. Pe de o parte ameliorări și vindecări, pe alte parte agravări. Cazuri ameliorate au fost semnalate în urma tratamentului cu tuberculină de Winternitz, Scherber, Balzer, Thibierge, după fricțiuni locale cu pomadă de tuberculină de Ehrmann, Reines și Highmann, iar vindecări de Ramel și Ullmann. Din contră agravări au fost văzute de Hoffmann, Mackel și alții.

3. Sero-diagnosticul.

Sero-diagnosticul lui Arloing și Courmont, studiat la lupus eritematos de Nicolas și Courmont, au dat rezultate pozitive constant, pe când la lupusul vulgar din 32 cazuri numai la 24 cazuri a fost pozitiv. Această reacție a fost socotită ca un argument hotărâtor în etiologia lupusului de unii autori ca Bindault, Legrain, Urbain și Jacob. Alții contestă valoarea ei.

4. Reacțiunea lui Vernes cu rezorcină.

Reacțiunea de floclulație a lui Vernes aplicat la lupusul eritematos de Ullmo a dat din 10 cazuri 7 negative și 3 pozitive, iar Courmont, Gate și Michel din 4 cazuri au avut un singur caz pozitiv. Se pare că nu există nici o legătură între reacția și gravitatea leziunii, fiindcă la unele din cazuri pozitive lupusul eritematos era vindecat și din contră la un caz grav reacția a fost negativă.

C) Argumente bacteriologice și experimentale.

Prezența bacilului Koch în țesutul lupusului eritematos n'a fost semnalat niciodată cu toate încercările de colorații cu diferite metode. Inoculațiile de fragmente din lupus eritematos la animale au rămas mult timp negative, numai dela 1906 încoace, au găsit câțiva autori, câteva cazuri pozitive. Astfel Gougerot publică primele două cazuri pozitive, după inoculație de fragmente din lupus eritematos, la cobai. Bruno, Böck, și Fuchs au găsit în 4 cazuri rezultate pozitive, au mai fost publicate încă câteva cazuri pozitive, dar cazurile pozitive sunt neînsemnate față de cele negative.

Aceste experiențe cu rezultate mai mult negative decât pozitive, au determinat pe partizanii teoriei tuberculoase, se caută un mijloc prin care ar putea să pună în

evidență etiologia acestei afecțiuni și astfel s'au ajuns la concepția formei filtrantă a bacilului Koch, la ultra-virus, pus în evidență prin hemocultură. Prima lucrare în această privință a fost executată de Krenn și Loewenstein pe 66 de cazuri de tuberculoză cutanată, dintre care 17 cazuri de lupus eritematos, au obținut 10 cazuri pozitive și 7 negative, totodată constatând frecvența mai mare a cazurilor pozitive în primăvara, căzând către Iulie, ajungând la minimum în Decembrie. Mathison la 10 cazuri de lupus vulgar găsește 2 cazuri pozitive și 9 cazuri pozitive la 23 cazuri de lupus eritematos. Konrad la 30 de cazuri cu tuberculoză cutanată, 6 cazuri pozitive din 7 cazuri de lupus eritematos și nici un caz pozitiv la 4 cazuri de lupus tuberculos. Mai târziu tot el dă 12 cazuri pozitive la 43 cazuri lupus eritematos și numai un caz pozitiv la 25 cazuri de lupus tuberculos. E interesantă constatarea ce s'a făcut în legătură cu statisticele publicate de diferiți autori, că afară de Kissmeyer și Loewenstein, ce mai mulți autori au găsit mai multe cazuri pozitive la hemocultură, în lupusul eritematos, ca în lupusul tuberculos. Acest fapt a fost explicat prin faptul că la lupusul vulgar, bacilul Koch se găsește sub forma sa habituală, fixată pe țesuturi și rareori dând bacilemie, pe când la lupusul eritematos găsim forma filtrantă a bacilului și s'ar găsi mai mult în sânge. Față de aceste cazuri unde rezultatele pozitive sunt în număr mare, avem statistici unde cazurile pozitive sunt neînsemnate. Aceste experiențe cu rezultate negative au fost explicate prin metoda defectuos aplicate sau n'au fost făcute în timpul oportun.

Teoria sifilitică.

Primul caz de lupus eritematos cu reacția Bordet-Wassermann pozitiv și vindecat printr'un tratament cu Salvarsan a fost publicat de Ravaut. După el lupusul eri-

tematos n'ar fi cauzat de spirochet, ci terenul sifilitic și mai ales cel hereditar ar juca un rol foarte important în apariția lui. Sabouraud arată numărul mare de eredo-sifilitici cari au prezentat lupus eritematos, După el a mai fost publicată o serie de cazuri pozitive de Hudelo și Rabaut, Török, Hoffmann, Reinhardt, Zumbusch, Sonntag, Jeanselme și Bournier și alții. În schimb Harald, Boas și Karl With la 164 cazuri de lupus eritematos n'au găsit niciodată reacția B. W. pozitivă. După Boas ar fi vorba numai de o simplă coincidență între aceste două afecțiuni și că sifilisul n'ar juca nici un rol în etiologia acestei boli.

Un alt argument pentru teoria sifilitică, sunt rezultatele obținute la tratamentul antisifilitic, vindecări și ameliorări, publicate de Rabaut, Hudelo și Rabut, Jeanselme, Keller și alții, prin novarsobensol. Ravaut și Boccage la 17 cazuri constat la 7 cazuri dispariția totală, la 4 cazuri dispariția aproape completă și la 4 cazuri ameliorarea fenomenelor locale și numai în 2 cazuri nici o ameliorare. Însă se poate obiecta rezultatelor obținute prin tratament cu novarsobensol ca afară de acțiunea puternică antisifilitică acestui medicament ar avea acțiune și în tuberculide, Tratamentul cu bismut aplicat de Legrain, Sézary, Hudello, Rabut, Nicolas și alții, a intrat în practica curentă în tratamentul lupusului eritematos, însă că lucrează ca un antisifilitic sau printr'un alt mecanism, nu se știe, dar rezultatul ce ne dă e destul de bun. După concepția lui Du-Boas. simbioza sifilitico-tuberculoasă nu e indispensabil în geneza lupusului eritematos și că rolul lui nu e mai mare ca a celorlalte cauze predispozante. Din contră Petges admite tuberculoza ca un factor constant, iar sifilisul ca un element variabil în etiologia lupusului eritematos.

Teoria streptococică infecțioasă

E opiunea școlii engleze și americane, susținut de

Fox, Gallowey, Mac-Leod, Morris și mai ales de Barber. Acești autori observând numeroasele accidente septice în cursul lupusului eritematos și mai ales focare de infecție cu streptococ, pun în legătură cu geneza lupusului eritematos, care astfel devine o boală toxică. Argumentele cele mai principale sunt cele clinice, anatomo-patologice, bacteriologice și terapeutice.

A) Argumente clinice

Streptococul este un saprofit obișnuit al mucoaselor și în urma unei exaltări a virulenței, pot deveni patogeni. Focarul de infecție care cauzează sau întreține afecțiunea, poate fi situat în locuri foarte diferite, un abces dentar, în plămâni, pleură, apendice, uter, trompe, metrosalpingită, o endocardită septică, o artrită, un adeno-flegmon, un focar septic intestinal, ganglioni limfatici. O probă clinică ar fi după Barber și Mac-Leod relația ce există între lupusul eritematos și eritem polimorf, în a cărei etiologie găsim frecvent streptococul. Barber la un examen sistematic a bolnavilor cu lupus, găsește frecvent focarul septic la nivelul amigdalei și dinților cariati. Roberts, Barber și alți autori anglo-americani, publică o serie de vindecări după amigdalectomie sau după ablația focarului septic. Astfel s'a observat vindecări după amigdalectomie sau după ablația focarului septic. Astfel s'a observat vindecări de Withouse, după o apendicectomie, Sibley după operația pentru metrită, Pusey după extirparea unui miom uterin, Walhauser după vindecarea leziunilor bucală, fuзо-spirilare, sau Barber după operații de focare infecțioase intestinale, fără nici un tratament local.

B) Argumente după autopsie

S'a observat că bolnavii atinși de lupus eritematos

de multe ori, au un sfârșit letal cu fenomene septicemice. Doi bolnavi a lui Crauston și Low, Rutherford unul moare în septicemie streptococică, celălalt în broncho-pneumonie streptococică cu endocardită fără să se prezinte la autopsie tuberculoză. Bolnavii morți în septicemie găsim încă în observațiile lui Zumbusch, Schönhoff. Un bolnav a lui Silbey moare în septicemie streptococică, hemocultura arătând streptococ lung. Barber la un caz, unde afecțiunea a fost acompaniată cu artrită găsește hemocultura negativă, însă urina conținea streptococ lung în cantitate mare și bolnavul moare în septicemie.

C) Argumente bacteriologice și terapeutice

Hemoculturile făcute de Ostrovski, Gibson, Van der Walh, au fost într'un număr de cazuri pozitive. Gray la un caz găsește în cursul unui an cu 4 exacerbațiuni, în primele două puseuri streptococi în sânge. Schönhoff obține o hemocultură pozitivă cu 10 zile înainte de moarte, la un bolnav după ce încercările de mai înainte au fost negative.

Intradermo-reacția cu autovaccinul streptococic frecvent determină, o reacție intensă locală și generală. Astfel Barber și Formann au obținut la 55 de bolnavi 70% reacție pozitivă cu streptococ hemolitic, față de 48% pozitivă, la tuberculină. La un caz Barber la intradermo-inoculare cu autovaccinul streptococic lung provoacă o reacție de focar, un puseu pe ceafă și degete și o reacție intensă febrile urmată de vindecare. Prochazka cu vaccin antistreptococic obține în 85% cazurilor reacții locale și 67% reacție în focar. Fullenbaum utilizând tuberculină, vaccinul lui Delbet și enterovaccinul Danysz, obține cazuri pozitive în 30% cu tuberculină, 65% la vaccinul lui Delbet și 10% la enterovaccin. Acelaș autovaccin utilizat în scop terapeutic a dat rezultate variabile, ameliorări și chiar vindecări.

Unii au obiectat acestei teorii, că ar fi vorba numai de o simplă coexistență, între lupusul eritematos și focarul streptococic, și că ameliorările prin vaccin ar fi un simplu șoc proteinic. Proba decisivă lipsește și aci ca și la teoria tuberculoasă, prezența microbilor în leziunile și reproducerea boalei pe cale experimentală, prin microbi sau toxină.



ANATOMIA PATOLOGICĂ

Anatomia patologică a lupusului eritematos este caracterizat prin trei feluri de leziuni principale și anume: 1. leziunea vasculară, care e primul proces, 2. infiltrația celulară (destrucția colagenei și elastinei) și 3. Reacțiunile epiteliale. Accesoriu avem leziuni glandulare cari sunt de mai mică importanță. Leziunea inițială este de ordin vascular, caracterizat printr'o dilatație considerabilă și neregulată a capilarilor, această dilatație merge până la ansele terminale, în vecinătatea epidermei, fără să se înconjoare elementele celulare. În acest stadiu peretele vascular nu e alterat, stratul papilar nu e infiltrat, însă e într'un stadiu edematos. Câteodată acest edem e destul de important și dă colagenului un aspect ușor îmbibat sau aspect lacunar ca mici vacuole formate de serozitate. Epiderma poate rămânea mult timp intactă, altădată se observă o ușoară hiperkeratoză. Infiltrația fiind mică colagenul și elastina nu se distruge și deci leziunea poate să se vindece fără cicatrizare. Dacă leziunea evoluează poate da leziuni mai mari. Epiderma tulburată în nutriția și vitalitatea sa prin leziunile dermice importante, corpul mucos se va atrofia, în timp ce stratul cornos va arăta tendința de hiperkeratoză. Stratul cornos va forma o carapace având la partea profundă niște prelungiri cari se adaptează ca un dop în orificiile glandelor pilosebacee și sudoripare. Granuloasa, e de multe ori redusă, subțiată, iar keratohialina e neregulat distribuită. Corpul mucos în unele cazuri poate fi în-

groșată în unele zone, însă mai frecvent are tendință la atrofie. Stratul filamentos de multe ori se reduce la 3—4 rânduri de celule, rândul care este imediat sub bazală păstrează forma poligonală a celulelor, iar celelalte straturi de celule devin alungite paralel cu suprafața pielii. Stratul bazal de multe ori e rupt prin edem, limita epidermei se recunoaște greu, colagenul formează o rețea în ochiurile căruia distingem spații vasculare cari sunt umplute de serozitate de celule conjunctive și epidermice.

În derm, infiltrația poate fi mai mare sau mai mică, după forma, intensitatea și vechimea leziunii. Atinge mai întâiu regiunea superioară a dermei, respectând corpul papilar și se grupează electiv în jurul rețelei vasculare sub-papilare. Mai departe descinde în derm, până în vecinătatea hipodermei localizându-se în jurul foliculilor piloși în jurul vaselor și glandelor sudoripare, formând noduli circular dispuși, neregulat în derm.

Elementele celulare sunt reprezentate prin două tipuri: limfocite de dimensiuni mici și numeroase celule cu nucleu dens cu 3—4 granulațiuni de cromatină și o rețea cromatică. Unii autori admit prezența celulelor epiteliale și gigante. Celulele gigante au fost semnalate de Andry și Lerrede, probabil găsite, la lupusul eritemato-tuberculos. În corpurile papilare se găsesc numeroase celule conjunctive, tatuată de puncte mari pigmentare. Colagenul se pare dispărut complet la nivelul focarelor de infiltrație, însă nu e distrusă în întregime, găsim travee subțiri cu fibre fine, izolate, între elementele celulare ale infiltratului. Elastina se rupe, se fragmentează, în mici bucăți, ea pare aproape dispărută în infiltrat.

Leziunile glandulare. Unii autori ca Hebra, Kaposi și Neumann localizau aici leziunea inițială a acestei afecțiuni. Avem o dilatație și o reacție inflamatorie a glandelor sebacee, cari pot fi astupate cu un dop hiperkeratotic. Cu timpul glandele turburate în irigația vasculară și prin infiltratul care se formează în jurul lor se atro-

fiază și dispar și sunt reprezentate printr'o cavitate chistică umplută cu scoame. Glandele sudoripare rezistă mai mult, cu timpul însă sub influența infiltratului, care se localizează în jurul lui se atrofiază și dispar. În stadiul final acestei afecțiuni infiltratul distruge aproape complet colegenul și elastina. La un moment dat acest infiltrat începe să se resoarbe. Paralel cu aceste procese dermice, hiperkeratozele diminuează la nivelul dermei, hiperkeratoza și descoamația dispar, cicatricia e formată.



SIMPTOMATOLOGIA

Lupusul eritematos se prezintă sub formă de plăci, de culoare roșie-roze, sau lividă, cele mai multe ori dispusă simetric sau diseminat fără simetrie și localizat mai ales la față. Suprafața plăcilor e netedă, nescoamoasă. Colorația roză-roșie, violacee, este uniformă, se termină brusc la margina plăcilor, sau se atenuiază progresiv. Ea dispăre la vitro-presiune. În unele cazuri și destul de des e acompaniat de varicozități fine. În cazul când se suprapune eritemului o hiperkeratoză, eritemul e mascat printr'un strat scoamos și numai la periferie găsim leziuni vasculare care reprezintă leziunile tinere, e zona de extenziune. Acest lizereu eritematos de câțiva mm. la marginea plăcilor e ușor infiltrat, prezintă arborizații vasculare fine, capilare dilatate, sinuoase și chiar hemoragii fine. La palpare marginile congestionate sunt ușor ridicate, de multe ori acompaniate de o ușoară tumefacție. Pielea pierzând supleța sa, dă o senzație de pergament, La presiune câteodată avem o ușoară sensibilitate. În alte cazuri când leziunile vasculare sunt acompaniate de leziuni dermice, aspectul clinic este modificat. Pielea în acestea cazuri e roșie-violacee, tumefiată, neregulat boselată, dură, profund infiltrată. Conturul plăcii devine delimitat și marcat printr'o linie sau șanț accentuat de tegumentele sănătoase. În cazul când e acompaniat de leziuni epiteliale, apare o hiperkeratoză, localizată la nivelul orificiilor foliculare. Pe suprafața leziunii la un examen cu lupă, vedem niște

puncte mici, albe, diseminate pe un epiderm neted, orificiile glandulare sunt dilatate, marginile lor sunt ușor ridicate, formând mici cratere, fondul format din conuri epidermice, foarte aderente și de consistență dură. În cazul când epiderma e tulburat în vitalitatea sa, se produce o parakeratoză, care se traduce prin scoame fine mai mult sau mai puțin ridicate, ușor aderente, prin fața lor profundă, dând un ușor aspect psoriaziform. În unele cazuri epidermul se keratinizează în ansamblu dând scoame stratificate destul de groase. Scuamele pot să fie moi, grase, care se detașează ușor la curetaj. Examinând fața lor profundă, vedem că prezintă niște mici ridicături conice, spine, cari sunt înfipte în orificiile glandulare subjacente. În cazul când avem o keratinizație dură, seacă, se formează o carapacia neregulată, de culoare albă murdară, greu detașabilă și după detașare dând o hemoragie destul de abundentă. Un alt aspect ar fi când epiteliul devine uscat și subțiat, ajungând până la atrofie. Leziunile în cele mai multe cazuri se termină printr'o cicatrice din cauza distrucției țesutului collagen și elastic. Numai în forma congestivă avem vindecare fără cicatrice. În formele superficiale se produce o cicatrice albă, fină, foarte subțire. Tipul cel mai comun de cicatrizare avem, când epiteliul lasă de văzut travee fine fibroase albe, formând un fel de mozaic, în halo avem vase neoformate ca niște puncte roșii. În cazul când distrucția țesutului collagen și elastic a fost mare, avem cicatrice deprimare, cu margini fine, delimitate și tăiate a pic.

Fenomenele subiective și generale.

În general fenomenele subiective sunt absente la lupusul eritematos. La unii bolnavi găsim o ușoară arsură, sau un prurit sau chiar o ușoară sensibilitate provocată prin presiune, sau la grătaj, în formele congestive și în

formele fixe. Fenomenele generale sunt complet absente. S'a văzut tulburări renale la lupusul exantematic. Excepțional s'a observat o ușoară curbatură, dureri reumatoide, turburări digestive și fenomene de miozită.



FORMELE CLINICE

Eritem centrifug simetric

(sau lupus eritematos simetric aberant a lui Brocq.)

Este forma cea mai benignă, caracterizată prin superficialitate și tendință la simetrie predominând fenomenele eritematoase și edemațieri. În cazuri rare poate să regreseze fără să lase urmă, dar recidivează ușor. Are o evoluție capricioasă. Se începe ca o pată congestivă, de culoare roșie-roză sau roșie-violacee, diseminată pe față, de mărimea unei boabe de mazăre. Poate fi acoperit de o scoamă, prezentând pe partea sa profundă prelungiri sub forma de spin. În jurul petei găsim o arborizație vasculară fină și un ușor edem, este zona de extensie. Pata este ușor ridicată și tumefiată, centrul se deprimă pe măsură ce placa se mărește. Localizarea e caracteristică, ocupă simetric pomeții, ploapele, fața dorsală a nasului, confluând, dă o formă de flutură. Atinge și alte părți ale feței, mai ales urechea, unde poate imita o congelație. Mâna și degetele pot fi atinse destul de des și aci mai mult sub formă de congelații leziunea e o placă ovală sau rotundă înconjurată de o zonă mai ridicată roșie, centrul fiind de multe ori deprimat și de culoare surie. Dacă infiltrația se mărește și tegumentul ia un aspect puțin asfixic, avem Chilblain lupus a lui Hutchinson. A fost descrisă forma aceasta de Darier, se începe ca o congestie și nu este altceva decât un lupus eritematos varietatea infiltrativă și

asfxică, având tendința la ombilicarea centrului, epiderma fiind la acest nivel hiperkeratozică sau atrofică negăsind noduli galbeni la vitro-presiune, și având histologicește acelaș aspect ca și lupusul eritematos. Besnier în 1899 descrie lupusul pernio menționând că are asemănare cu Chilblain lupus și-l pune în acelaș capitol. După Pautrier lupusul pernio se confundă cu sarcoidul dermic cu noduli mari, forma infiltrantă a lui Böck și este o boală generală, care se manifestă nu numai la piele, ci și la ganglion, pulmon, oase și la diferite organe interne. Eritemul simetric centrifug lasă o cicatrice superficială albicioasă, ușor deprimată, netedă. Se poate localiza și pe pielea păroasă a capului și foarte rar pe mucoasă.

Formele eritemului centrifug

1. Forma eritematoasă pură este cea mai benignă și superficială însă evoluția ei este foarte capricioasă și ușor recidivează. E caracterizat printr'o pată eritematoasă cu margini nete, nu prezintă descoamație și nu lasă cicatrice după vindecare.

2. Forma cuperozică asemenătoare cu cuperoza varicoasă are acelaș aspect ca și forma eritematoasă, însă mai vedem telangiectazi, arborizații vasculare pe pielea roșie congestionată.

3. Forma eritem persistent, reprezintă forma de trecere între lupusul eritematos centrifug și lupus eritematos fix. Leziunile sunt roșii sau violacee, pielea e îngroșată, prezintă o congestie difuză cu telangiectazii fine. În unele cazuri putem distinge pe un fond roșu gălbui un mic punct alb gălbui la centru cu un fir de păr care ar fi un început de hiperkeratoză foliculară.

4. Forma seboreică, se începe ca o placă seboreică circumscrisă, localizându-se mai mult pe nas, șanțul nazogenial și pe partea inferioară a obrazilor, este tot o formă

de trecere către lupusul eritematos fix. Pe un fond roșietic seboreic, vedem orificiile glandulare dilatate și formarea unei sau două cruste cenușii, grase, bine, circumscrisă, friabile, dacă se ridică găsim adesea o ușoară hemoragie. Această formă corespunde lupusului eritemato-acneic a lui Hardy, sau Uleritem acneiform a lui Unna.

5. Forma punctată se caracterizată prin mici leziuni diseminate pe față mai mult sau mai puțin confluențe de mărirea unui ac de gămălie. La examen cu lupă vedem o telangiectazie și depresiune crateriformă centrală, se vindecă printr'o cicatrice punctiformă. Această formă a fost descrisă de Veiel.

6. În cazuri rare a semnalat mici noduri lupiforme, gălbui, apărând la vitropresiune și numai evoluția ulterioară și examenul istologic poate să ne decidă, dacă e vorba sau nu de lupus eritematos.

7. Lupus eritematos tumid, descris de Gougerat, e reprezentat prin placarde de măriri variabile, cu contur policiclic, roșu violaceu, cu sau fără scoame. Cu mărirea leziunii centrul se ombilichează, marginea devine mai ridicată, vindecarea se poate termina fără să lasă urme.

Lupus eritematos fix

(a lui Brocq.)

Se localizează cu predilecție pe față, de multe ori fără nici o simetrie, dând leziuni profunde. Evoluiază lent, uneori cu mutilații ca și lupusul vulgar și se vindecă prin cicatrice. Leziunea tipică se prezintă, ca o placă roșie vie de dimensiuni variabile, înconjurată de un cadru roșu mai intens și cu puncte albicioase. Centrul e deprimat, atrofic și cicatricial. Periferia, locul de extensie, este acoperit de scoame grase, destul de groasă, sau stratificate, dure, uscate formând o carapace hiperkeratozică, foarte aderentă. Afecțiunea evoluiază foarte încet ținând chiar

ani de zile. Cicatricea în caz de vindecare e profundă și foarte frecvent cu leziuni noi de recidive, în plină cicatrice. Localizarea predilectă este pe obraz, nas, frunte, urechi, pielea păroasă a capului, rar pe extremități. Plăcile pot fi izolate sau prin unirea lor să dea o formă de vesperfilio. Avem și localizări pe mucoase, mai ales pe buze cari sunt mai rare. Lupusul eritematos fix nu regresează spontan, ca eritemul centrifug.

Formele de lupus eritematos fix.

1. Herpes cretaceu a lui Devergie sau scrofulid acneic a lui Hardi sau acneia atrofică, e forma cea mai simetrică, se localizează mai frecvent pe nas și obraji. Leziunea prezintă la centru o cicatrice centrală albă depriată îndurată și neregulată. Locul ocupat de leziune este roșie, acoperită de un strat scoamos, alb-gris murdar, foarte aderent. Debutul la această formă ar fi la orificiul folicular pilosebaceu și se mai cheamă lupus eritemato-acneic.

2. Lupus eritemato-folicular a lui Besnier nu difere mult de precedentul. Aci scoamele sunt mai mici, mai puțin aderente, congestia este mai mare, reacțiunea vasculară mai pronunțată în schimb cea epitelială mai ușoară.

3. Lupus eritematos profund a lui Brocq descris de el, ca o formă a lupusului eritematos fix, de alții ca o formă a lupusului tuberculos.

4. Forma circinată în cocardă, are formă regulată cu o evoluție rapidă. Se prezintă ca un disc elevat cu câteva scoame gris aderente. Leziunile mai vechi, sunt formate din trei zone concentrice: zona centrală mai înfundată, neregulată, violacee, pătate cu mici puncte albe, care denotă o hiperkeratoză; zona intermediară de mărimea variabilă albă gălbui în edemul și infiltrația accentuată și zona periferică bine delimitată de un cerc albicios.

5. Forma hipertrifică verucoasă descrisă de Jamieson e rară.

6. Lupus eritematos telangiectazic descris de Brocq se prezintă, ca mici plăci multiple, semănând cu angio-keratoma lui Mibelli și e acompaniat de un edem accentuat al feței.

7. Lupus eritemato-tuberculos, care în realitate este o formă a lupusului tuberculos cu reacțiuni epiteliale, clasat de câțiva autori aici.

Lupus eritematos acut sau exantematic

Avem o formă acută deseori mortală și o formă sub-acută. Forma acută (lupus eritematos acutus Kaposi) descris de Kaposi e destul de rară, apare mai ales la femei sau la fete tinere, cari uneori prezentau deja un lupus eritematos al feței. Afecțiunea se începe de obicei la față, prin mici puncte roșii sau violacee destul de bine limitată, ușor infiltrată, cu câteva scoame la centru, scoamele fiind subțiri și aderente. Exantemul se întinde destul de repede, după câțiva timp fața este prinsă aproape în întregime, oprind la marginea pielii păroase a capului. Tegumentele sunt edemațiate prezentând o roșeață difuză. Pleoapele de multe ori sunt edemațiate. Acest aspect clinic a determinat pe Kaposi să deie numele de »eryzipelas perstans faciei« sau »eritema perstans faciei« propus de Jadasson. Afecțiunea e acompaniată de o stare generală gravă. Temperatura se urcă la 39—40°, se notează curbatură, frisoane, dureri musculare și articulare. Mai ales fenomenele articulare sunt mai des observate, traduse printr'o periartrită poliarticulară cu umflarea edematoasă și dureroasă a pielii în jurul articulațiilor. Durerea este spontană sau provocată. După față, rar înaintea ei, este atins dosul mânei, piciorului, antebrațul, abdomenul, umerii, spatele și triunchiul. Exantemul se traduce prin apariția mici plăci,

vag circulare, puțin turgescențe și edematoase, câteodată cu centrul deprimat. Tot așa și pielea pârtoasă a capului și mucoasa bucală pot fi atinse. Complicațiile cele mai obișnuite care acompaniază forma acută sunt la nivelul pulmonului și rinichilor. Nefrita este cea mai precoce, traducându-se printru albuminurie, cilindriurie și hematurie. Bronchopneumonia este frecventă. Mai rar observăm pleurezii, accidente meningiale cu vărsături, delir, comă, turburări digestive cu diaree și icter, și fenomene cardiace. Primul puseu se acompaniază cu una sau mai multe din aceste complicațiuni și pot duce la moarte. Inșă câte odată starea generală se ameliorează, temperatura scade, adenopatia regresează, durerea articulară dispare. Leziunile cutanate pot dispare fără să lase cicatrice cu o ușoră pigmentație. In cele mai multe cazuri această acalmie e urmată de un nou puseu termic, ganglionar și cutanat. Acalmia și puseurile pot astfel succeda în timp de mai multe luni și în urmă în $\frac{2}{3}$ a cazurilor se termină cu moartea.

Forma subacută. Leziunile cutanate sunt foarte asemănătoare formei acute, inșă debutul este foarte variabil. Poate debuta prin pete eritematoase, vezicule, veziculopustule, pete purpurice, cari leziuni primitive repede formează o placă eritematoasă, ușor edemațiată la început și acoperită de scoamă semi-moale. Fenomenele generale aci sunt mai atenuate ca în formă acută și câteodată chiar lipsește. Cauza formei subacută este necunoscută, alte ori reprezintă exacerbațiunea unui lupus eritematos anterior. Cauza acestei exacerbațiuni după Veiel ar fi acțiunea prelungită a luminei solare, un tratament rău aplicat și prea activ.

Formele clinice a lupusului eritematos după localizare

Fața este locul de predilecție pentru localizarea lupu-

sului eritematos. Este foarte rar ca să avem un lupus al extremităților fără să avem și o localizare pe față, excepția face pielea păroasă a capului, unde poate fi unică. Forma simetrică tipică e cea în formă de fluture. Leziunea de obicei se începe la nas și se extinde pe obraji, către urechi, regresând în locurile prim dată atinse. Astfel putem avea regiuni cicatrizate pe nas și în șanțul nazogenian, și regiuni în plină activitate către pomeți. Cicatrizarea de multe ori e urmată de o deformare mai mult sau mai puțin profundă, nasul mai ales e subțiat, tegumentul are un aspect mumificat. Aceeași deformare le-avem și la urechi, distrucția rebordului helixului, care e foarte subțiat, având un aspect pergamentos. Regiunea barbei și mustații atins de lupus eritematos rămâne depilat definitiv prin distrucția foliculilor piloși. Afecțiunea apare mai des la femei decât la bărbați și la aceștia mai mult la tineri. Localizările mai rare sunt pe vertex, regiunea temporală, parietală și occipitală. Pielea păroasă a capului poate fi atinsă împreună cu fața, dar poate fi și unica localizare. Leziunea sub formă de placă este vag circulară cu margini neregulate, dințate, de dimensiuni variabile. Leziunea la început e de mărimea unei monede de 25 bani, sau chiar mai mică, în măsură ce se mărește centrul se acoperă de scoamă, aderente, în general puțin abundente sau prezintă o serie de punctuații reprezentând fiecare un folicul pilos, de unde firul de păr lipsește, având la centrul lor un mic con cornos. După un timp, centrul devine palid, se decolorează, devine cicatricial. Epiderma este subțiată, atrofiată, depilată, de multe ori de culoare albă ca ivorul sau pătată cu mici insule roșietice. Marginea plăgii care reprezintă zona de extensie, menține culoarea roză-roșie violacee, de lărgime de 2—5 mm. Afară de această formă găsim și forme atipice, dar mai rar. Sabouroud descrie o formă caracterizată numai prin insule punctiforme, cornoase, între părul sănătos. Fiecare insulă cuprinde 10—12 foliculi piloși, fără fir de păr, orificiile fiind dilatate și

ocupate de un con cornos foarte aderent și foarte rezistent la grataj și ușor sensibil la presiune. Sains de Aja prescrie o formă primitivă a pielii păroase a capului, fără atrofie și fără alopecie definitivă și se traduce printr'o zonă de progresiune roșie scoamoasă infiltrată în timp ce parte centrală se vindecă fără cicatrizare și locul e acoperit de un păr alb. Pe membrul superior se localizează pe dosul falangelor. Apare ca niște pete eritematoase, de mărimea unei boabe de mazăre, bine limitate, vag circulare, sau neregulată, de culoarea roșie-violacee, la centrul ușor scoamos, sau sub aspectul tipic de lupus eritematos clasic. Aceste leziuni coexistă aproape totdeauna cu lupus eritematos al feței. Pautrier descrie o formă, care se observă iarna, chiar mai multe iarnă consecutiv, la bolnavi cu tuberculoză sau suspect de tuberculoză, sau cari au prezentat deja lupus eritematos al feței, pe falange, pe articulația metacarpofalangiană, plăci roșii bine delimitată, ușor infiltrată, având tendința la ulcerare, care se confundă cu congealație. Localizează pe degetul mare a piciorului și chiar pe gambe cum este și la cazul din Clinica Dermatologică unde mai găsim și localizări pe apendicele xifoid și pe regiunea inghino-scrotale, dare aceste localizări sunt rare. A fost descris și localizări pe trunchi însă sunt foarte rare.

Lupusul eritematos după etate, sex și climă

Lupusul eritematos este boala vârstei adulte cu frecvența cea mai mare între 20—40 ani. S'a observat apărând rar și în prima copilărie și câteva cazuri la vârsta înaintată. După statistica clinicei dermatologice din Cluj am obținut următorul rezultat:

TABELA No. 5.

Vârsta	Nr. bolnavilor	%
1—10 ani	0	0
10—20 ani	45	11,7
20—30 ani	143	37,4
30—40 ani	117	30,6
40—50 ani	55	14,3
50—60 ani	18	4,7
60—70 ani	3	1
70—80 ani	1	0,3
Total:	382	100%

După cum se vede din statistica, totuși vârsta între 20—30 prevalează cu 37,4% față de 30,6% al vârstei dintre 30—40 ani. Sub 10 ani n'am observat nici un caz însă am găsit o procentuație de 14,3% între 40—50 ani și 4,7% între 50—60 ani, relativ destul de ridicată.

În ceea ce privește sexul este mai frecvent la femei. Găsim un raport aproximativ de 3:1 femei, față de bărbați, după cum se vede și din statistica Clinicii Dermatologice;

TABELA Nr. 6.

Sexul	Nr. Bolnavilor.	%
Bărbați	108	28,2
Femei	274	71,8
Total:	382	100%

Afecțiunea apare net mai frecvent în stările cu un climat mai rece și umed și este rară în țările tropice. Mulți atribue un rol lumii intense solare, prin care se explică localizările electiv pe față și pielea păroasă a capului sau localizările electiv pe față și pielea păroasă

a capului sau localizările accesorii cele mai frecvente pe fața dorsală a mânei și degetelor, ca regiuni direct expuse luminei solare. Pentru acest rol nociv al luminei solare ar pleda și exacerbațiunile frecvente în timpul primăverii sau iradierei cu lumina artificială cu lampa quarz. Unii autori ca Hutchinson, Mac-Leod văd o predispoziție mai mare la indivizi cu părul deschis — blond, Veiel la blonde cu ochii albaștri și cu o piele delicată, toți trei autori au făcut observațiile în Anglia și Germania. Din contră alții cari au studiat în Spania și Italia au observat o frecvență mai mare la indivizi cu părul brun și ochii negri. Afectează toate rasele, este destul de frecvent și la Japonezi chiar mai frecvent decât lupusul vulgar, s'a observat și la negri în America de Nord.

Lupusul eritematos a mucoaselor

Lupusul eritematos a mucoaselor este destul de frecventă la forma fixă, dar foarte rare la forma simetrică centrifugă. A fost descris în 1861 primadată de Bazin. Localizarea cea mai frecventă este pe mucoasa buzelor și mai ales pe cea inferioară, mai rare pe fața internă a obrazului, vâlul palatului, a limbei și foarte rare pe laringe, mucoasa nazală, marginea ploapelor și pe conjunctivă. Pe buze formele superficiale seamănă cu o peliculă de colodium uscat, mucoase pierde aspectul neted, luciu, devine mată uscată de un roșu-gris punctată în alb și dă o impresie ușor papiracee. La cazuri mai vechi avem o singură placă sau 2—3 plăci în general alungite transversal, paralel cu axa buzei, ovalare sau neregulate, sunt ușor depriate, prezentând un fund și o bordură. În fund mucoasa pare atrofică, de culoare roșie închisă sau violacee, cu puncte albicioase, iar marginea e formată printr'un lizereu care poate fi abrupte către centru și trece neobservat la periferie. La leziunile vechi sau la formele mai acute buza

poate fi edemațiată, infiltrată, roșie, prezentând scoame aderente, care la detașare provoacă mici eroziuni sângere-rânde. La localizări pe obraz avem niște plăci mici neregulate albe, înconjurate de un lizereu roșietic infiltrat sau mici puncte mate infiltrate, parcă ar fi semințe de grâu, uneori acoperite de un mucus gris parcurse de fine strii albicioase. Aspectul clinic seamănă cu lichen plan. Localizările pe vâlul palatului, pe pilier sunt mai rare decât pe obraz. Lupusul limbei este foarte rar, de uni autori este chiar negat.

Asociațiile și complicațiile lupusului eritematos

Bolile cele mai frecvente cari coincid cu lupus eritematos sunt sclerodermia, boala lui Fox-Fordyce, Vitiligo, dermatita cronică atrofiantă a lui Pick-Herxheimer, lichen plan. Schaumann observă combinația destul de frecventă cu psoriază. S'a observat și combinația lupusului eritematos cu sifilis, mai ales cu sifilisul ereditar. La clinica dermatologică din Cluj, în statistica de 18 ani am observat următoarele asociații cu lupusul eritematos după frecvența lor.

TABELA No. 7.

Boli aacompaniate	N-rul bolnavilor
Psoriază vulgară	4
Scabie	2
Excemă cronică	2
Acnee indurative	1
Acnee rozacee	1
Lichen Vidal cronic	1
Sporotrichoză	1
Total:	12

Este interesantă asociația cu altă formă ale tubercu-

lozei cutanate sau cu tuberculidele și formează un argument pentru partizanii teoriei tuberculoase. Așa s'a văzut coexistența cu tuberculoza papulo necrotică, tuberculoza lichenoidă, eritem îndurat. La clinica dermatologică din Cluj, am observat următoarele asociații după cum se vede-din Tabela No. 4.

Complicațiile : S'a observat adenopatii în cursul lupusului eritematos, mai ales pe regiunea submaxilară și dealungul sterno-cleido mastoidianului, tradusă prin ganglioni duri, mobili, nedureroși. În cazuri excepționale s'a văzut supurația prezența bacilului Koch în ganglioni ramoliți. În unele cazuri adenopatia precede lupusul eritematos, pregătând terenul pentru această afecțiune. În unele cazuri explorația radiologică ne arată o adenopatie tracheo-bronșică. Transformarea malignă a lupusului eritematos este mai rară ca la lupusul vulgar și este spino-celulară. E descris un singur caz de epiteliom bazo-celular. La clinica dermatologică din Cluj am observat un singur caz de malignizare la 382 de bolnavi de lupus eritematos în timp de 18 ani. Malignizarea lupusului eritematos a fost explicată prin intervenții brutale repetate în timp de mai mulți ani sau prin doze mari de radioterapie.

DIAGNOSTICUL DIFERENTIAL

Diagnosticul este ușor la formele tipice, mai ales la forma fixă cu atrofie centrală, cu margini roși, infiltrate hiperkeratozic. În unele cazuri diferite simptome vasculare, epiteliale sau cicatriciale supraadăugată sau simptome tipice pentru lupusul eritematos mai atenuate pot să ne dea confuzie cu alte dermatoză mai mult sau mai puțin vecine ca aspect și de tot diferite ca natură și prognostic. Această dificultate de diagnostic variază după forma și după localizarea lupusului eritematos.

La față, forma congestivă pură, poate fi confundată cu cuperoza sau cu acnea rozacee. Aceste afecțiuni însă nu sunt acompaniate nici de descuamație nici de hiperkeratoză, foliculii pilosebacei pot fi dilatați și aici, dar nu prezintă semne de hiperkeratoză, pielea nu e infiltrată și leziunile n'au tendința la cicatrizare. Formele de început a lupusului eritematos cu scoame pot fi confundate cu plăci de parakeratoză psoreaziformă, dar aceste plăci nu sunt infiltrate și sunt localizate mai mult în șanțului nazo-genian. Psoriază avortată, diseminată pe față ca niște mici plăci roșii cu scoame, poate fi confundată cu lupusul eritematos însă la grataj metodic scoamele sar și dau șgomotul caracteristic de lumânare, pentru psoriază. Forma seboreică a lupusului eritematos, debutând sub aspectul unei plăci seboreice circumscrișă la nas în șanțul nazo-genian pe obraji, poate simula acnea sebacee concretizată, sau epi-

telioma, mai ales dacă bolnavul este peste vârsta de 40 ani. Și forma herpes cretaceu a lui Devergie imită acnea sebacee concretizată, însă stratul scuamos e mai dur, mai uscat mai plat, leziunile la palpate dau o senzație de îndurație cartilagineasă. Epitelioma plană perlată cicatricială e ușor de diferențiat de lupusul eritematos având centrul deprimat, ulcerat, sau cicatricial, la un examen mai detaliat găsind un burelet periferic în care găsim mici nodozități, numite perle epiteliale. Afară de această la lupusul eritematos, avem dispoziția simetrică, recidive frecvente și evoluția lungă a leziunilor.

La nivelul regiunilor pilare a feței, bărbiei, și regiunilor sprâncenoase, lupusul eritematos poate fi confundat cu keratoza pilară și cu eritematoza atrofiantă descris de Brocq, localizat mai mult pe regiunea bărbiei, partea inferioară a frunții și treimea externă a sprâncenei. Leziunea este caracterizată printr'o roșiață difuză cu suprafață granitată, fire de păr rare și deformate, dă alopecie. De obicei coexistă cu keratoză pilare a feței externe și posterioară a brațului și a coapsei, e afecțiunea tinereții. Siccoza lupoidă a lui Brocq, localizat la barbă și partea laterală a obrazului, imită lupusul tuberculos și lupusul eritematos, începe simetric cu o zonă cicatricială.

La nivelul pielii păroasă a capului diagnosticul diferențial trebuie făcut cu toate alopeciile cicatriciale. Astfel, cu pelada unde leziunile au o dispoziție specială, aerată, necicatricială cu fire de păr albe și netede. Favusul se întinde aproape pe toată regiunea pielii păroase a capului, formând teritorii bine delimitate, pielea e atrofică, aderentă de planurile profunde și în acelaș timp mult subțiată, câte odată descuamează în unele locuri, prezentând câteva fire de păr bolnave subțiate și decolorate. Pseudopelada lui Brocq se diferențiază prin forma, marginea plăcilor alopecice, fiind aci caracteristice, formate din fuziunea plăcilor mici. Marginea e totdeauna neregulată, festonată, în plină cicatrice avem mici buchete de păr

normal.

La nivelul mânei și piciorului trebuie făcut diagnosticul diferențial cu congelăția — tuberculide forma avortată și angio-keratome.

La mucoase la buză imită eczema cronică, care e sensibilă, pruriginoasă, mai vag limitată și n'are tendință la cicatrizare sau sifilomul terțial care e infiltrat și fără tendințe la cicatrizare. Interiorul cavității bucale imită leucoplasia.



EVOLUȚIA ȘI PROGNOSTICUL

Evoluția acestei afecțiuni variază după formă, după individ și după anotimp. Se vindecă de multe ori cu ușurință fără să lase urme, sau lăsând o cicatrice superficială albicioasă, dar recidivează tot așa de ușor. În unele cazuri leziunea dispare, aproape dela sine, dar reapare brusc după câteva săptămâni sau luni. Puseurile de primăvară și de toamnă sunt frecvente. Lupusul eritematos fix din contră evoluiază ca și lupusul vulgar, dar are mai multă tendință la vindecare spontană, decât lupusul vulgar. În orice caz evoluiază lent chiar 10 — 20 ani până ce se cicatrizează total. Se întâmplă destul de des ca să avem noi recidive în pline cicatrice, sub formă de puncte eritematoase și scoamoase, sau să apară, noi focare în alte locuri, până când cele vechi să se vindece de tot. La forma acesteia evoluția este foarte capricioasă, sunt rebele la tratament și grave din punct de vedere dermatologic prin cicatricile și mutilațiile pe care le provoacă. Prognosticul este grav când e atinsă și starea generală a bolnavului. Dealtfel după Pautrier toți bolnavi cu lupusul eritematos sunt considerați ca tuberculoși sau predispuși la tuberculoză. Alți autori ca Jadasson, Veiel și alții nu admit această presupunere.

TRATAMENTUL

Terapeutica constă dintr'un tratament extern și unul intern.

1. Tratamentul extern

1. Substanțele caustice și reductoare sunt aproape neutilizate deja și sunt înlocuite cu zăpada carbonică. Inșă dintre ele, unele sunt cele mai bune în terapeutica eritemului simetric centrifug. Badijonările cu iod sau asociat cu acid fenic și cloral hidrat dau rezultate destul de bune. Acest amestec se utilizează după Brocq în părți egale, badijonările se fac seară înainte de culcare, iar peste noapte pentru calmarea iritației se aplică 5—10% ichtiol în pastă. Dintre substanțele caustice energice amintim acidul salilic și acidul pyrogallic. Se administrează în pomadă de 10% în vazelină mai multe zile consecutiv până la ulcerație, apoi se aplică vazelină pyrogallică 0,50% până la vindecare, cicatricia formată nu e totdeauna estetică. Metoda acesta e lungă și destul de dureroasă. Se aplică destul de frecvent și combinația acidului salilic 1 : 20 cu acid pirogalic 1% sub formă de pomadă. Se utilizează și sub formă de collodium sau sub formă de emplastre salicilate și pirogalate, dar aceste din urmă, cer o supraveghere și nu sunt utilizabile în formele congestive numai în formele fixe. Mai putem cita pomadele și emplastrele mercuriale, sub acetatul de plumb și ichtiolul. Principiul la acest tratament cu substanțele caustice este că după iritație trebuie

să aplicăm pentru calmarea tegumentelor o pastă inertă și că variem cât mai des substanțele activatoare.

2. Metode chirurgicale

În formele de leziuni profunde și cu tendință la cicatrizare în formele fixe, se aplică metodele sângerânde. Ablajia pe cale chirurgicală și curetajul nu se mai întrebuintează astăzi. Scarificațiile lineare, preconizate de Broca, e utilizat și astăzi și dau rezultate destul de bune. Se fac scarificări superficiale în formele congestive și profunde în formele fixe.

3. Electroterapie

Curenții de înalte frecvențe a fost introdus de Broca Trebue să tatonăm susceptibilitatea pielii bolnavului, dând la început doze ușoare și ședințe de 3 minute, de 2—3 ori pe săptămână. Tratamentul provocă o roșeață, de multe ori, o iritație, care merge la formarea de cruste. Se poate obține cu această metodă, vindecări cu o cicatrice puțin vizibile, în eritemul centrifug, din contră nici un rezultat în forma fixă.

Fototerapia nu prea se folosește în tratamentul lupusului eritematos, are indicație în lupus vulgar. Razele ultraviolete sunt puțin utilizate.

Radioterapia folosită mai de mult astăzi, a fost abandonată aproape de tot. Este fără efect în eritem centrifug și puțin activ în forma fixă. Complicațiile sunt frecvente, dând alterația pielii, pigmentații, scleroză și chiar degenerescență malignă.

Radium terapia este utilizată mai ales în America și puțin întrebuintată în Europa, din cauza cantității mici de radium pe care dispunem.

Emanația de thorium X se utilizează în soluție de alcool propilic, sau ca pomadă în concentrații variabile, netrecând niciodată o mie unități electrostatice pentru 1 cm³ de lichid sau un gram de pomadă. Primată se îndepărtează stratul keratozic cu vazelină salicilată, apoi se aplică pomada, subformă de pansament, în grosimea unei lame de cuțit pentru 48 de ore sau soluția sub formă de badijonări mai multe ori și protejat de un strat de colloidium, tot la 48 de ore. Badijonarea sau pansamentul cu pomadă se poate renoi 2—3 ori la interval de 3—4 luni în condiția ca să nu trecem doza mijlocie de 500 unități electrostatice.

4. Agenți fizici

Dușul filiform a lui Veyrières se proiectează pe regiunea bolnavă cu o presiune mare de 5—12 atmosfere, cu un jet de apă foarte fină de $\frac{1}{2}$ mm. de secțiune în medie, de 35—55°. Dă efecte în formă fixă, însă este o metoda foarte dureroasă.

Galvano-cauterizarea a fost înlocuită prin crioterapie dă rezultate bune în formă fixă, fără efect în formele congestive.

Crioterapia este metoda cea mai utilizată în tratamentul extern a lupusului eritematos. Ea e simplă și ușor aplicabilă. Înaintea formei actuale se făcea după Hebra badijonarea leziunii cu un amestec de alcool, eter și menthol, Dethlefsen și Arling cu clorur de metil Iuliusberg cu acid carbonic, lichid, Zăpada carbonică a fost întrebuințată primată de Pusey. Unii întrebuințează creionul de zăpadă carbonică la care putem de forma voită, alții criocauterul lui Lortat — Jacob. Aparatul lui Lortat-Jacob are avantajul că indică presiunea aplicată, însă numai până la 3 kg. și de multe ori această presiune nu e suficientă, mai ales în formele fixe, foarte infiltrate.

Acțiunea crioterapiei este în funcție de doi factori: 1) durata aplicației și 2) forțe de presiuni. Se poate varia acești doi factori după forma lupusului pe care-l tratăm. La eritem simetric centrifug trebuie să evităm cicatricia, deci vom aplica zăpada carbonică pe o durată mai scurtă, maximum 10 secunde și cu o presiune ușoară. În formele superficiale facem atingeri scurte rapide, trecând creionul pe suprafață de tratat și revenim de 2—3 ori până când congelăm toată leziunea, uniform. La formele fixe dozăm timpul și presiunea după gradul de infiltrație, aplicând o presiune care poate trece 3 kg. și de o durată de 20—40 și chiar 60 de secunde. În acest caz pielea trebuie să păstreze culoarea albă obținută prin congelare mai multe secunde după aplicare, iar reacția variază după durata și forța de presiune dela simplă infiltrație congestivă, până la flictenizație și de multe ori până la ulceratie. După cauterizare se aplică un pansament de pastă zincată simplă, sau cu 5% ichtiol. Crioterapie putem folosi și în tratamentul lupusului eritematos a mucoaselor. Metoda câteodată este dureroasă, dar nu de accidente. Din cauza acțiunii numai locale a crioterapiei, nu obținem rezultate complete cu acest tratament singur, deaceia trebuie să asociem totdeauna cu un tratament intern.

II. Tratament intern

1. *Tratamentul stărei congestive*

Eritemul simetric centrifug, e acompaniat de multe ori, de puseuri congestive sau de ansamblu de cauză cari favorizează congestia feței, sau predispune la ea. Dacă găsim la bolnavi fenomene gastrice, intestinale, genitale sau turburări de circulație, indicăm un tratament în consecință. Așa Brocq a prescris în aceste cazuri ergotină, balladonă, chinina, digitală, hemamelis și altele în pilule

sau ca tinctură. Dintre toate chinina este cea mai întrebuințată în doze de 20 ctgr. până la 1 gr. de 3 ori zilnic, eficace mai ales în lupusul eritematos aberant superficial. Holländer combină chinina cu badijonări cu tinctură de iod. Tratamentul lui constă din administrare de chinină, de 0,50 gr. de 3 ori pe zi și după 5—10 minute badijonarea leziunilor cu tinctură de iod. Se aplică acest tratament 5—7 zile consecutiv făcând un repaus până la formarea și căderea crustelor, ca să reinceapă din nou după aceeaș normă.

2. Tratamentul intern general

Sunt întrebuințate de mult, preparatete iodate și arzenicale mai ales în formele fixe. Adjuvantele ca sterorul iradiat, calciul, preparatele cu baze de vitamine, sunt întrebuințate ca modificatoare de teren, reminalizatoare și activatoare. In caz de tuberculoză sau sifilis ereditar sau câștigat, se face un tratament antituberculos sau antisifilitic. Unii ca : Mac-Leod întrebuințează albumina laptelui sub formă de injecții, Ergmann vaccinul antitific, Klingmüller și Scholz uleiul de terbentină, dar nu s'a vulgarizat. Școala americană și engleză publică rezultate frumoase cu un tratament de vaccini, antistreptococic sau auto-vaccin piococic sau intestinal.

3. Tratamentul cu substanțele arzeno-benzenice

Această medicație se folosește în cazurile de teren sifilitic sau în sifilis ereditar, dar uneori dă rezultate bune și în cazurile unde nu se constată nici o legătură cu sifilis, așa Devoto publică 6 vindecări complete, 3 ameliorare și 2 eșechuri din 11 cazuri de lupus eritematos, rezistente la orice tratament. Von Zumbusch din contră

obține numai eșechuri iar Sainz de Aja semnaleză mai multe agravări după acest tratament. Astăzi e folosit mai mult ca adjuvant în cazurile de eșesc la tratamentul cu sărurile de bismut sau de aur.

4. *Tratamentul cu preparatele bismutice*

Preparatele bismutice cele mai întrebuițate sunt cele liposolubile, hidroxidele și iodobismutatele. Se administrează sub formă de injecții de 2 ori pe săptămână, conținând 12—15 injecții o serie. Efectul tratamentului e rapid dând rezultate apreciale, deja după a 2 sau a 3-a injecție, altelei după prima serie de injecțiuni obținem numai o dispăriție parțială a leziunilor necesitând o a doua serie de injecțiuni după un repaus de 1 lună, astfel unii fac chiar 3—4 serii. Rezultatele sunt mai bune și mai rapide dacă se asociază bismuto-terapiei, tratamentul cu zăpada carbonică. Unii autori semnaleză rezultate bune cu bismuto-terapie, mai ales în cazurile recente, alții, dintre cari Pedges, Lacassagne, Nicolas nu admit rolul vechimei leziunii și spun că rezultatele sunt atât de satisfăcătoare și în cazurile vechi. Rezultatele favorabile cu preparatele bismutice și în cazurile independente de sifilis au fost explicate de unii autori producerea unui șoc biologic, de natură încă necunoscută.

Tatamentul cu preparatele de aur

Preparatele de aur au fost introduse în 1913 și se folosește atât sărurile minerale, cât și cele organice și complexe.

1. *Sărurile minerale*; avem o mulțime de preparate dintre care cele mai întrebuițate sunt crisalbina lui Fureau—Poulene, thiocrizina lui Sarvouat și Sanocryzina lui

Molgaard. Aceste produse sunt în soluții apoase, pentru injecții intravenoase sau în emulsie uleioasă, pentru calea intramusculară. Dintre ele Sanocrizina pare mai întrebuințată și cu efect mai bun. La început s'au întrebuințat doze mari de Sanocrizină, cari însă dau diferite fenomene de intoxicațiune, ca albuminurie, ulcerări ale mucoaselor, enterite și slăbire. Astăzi se întrebuințează doze mai mici, doze care nu depășesc peste 0,25 gr. Se începe cu doze de 0,05 și se continuă la intervale de 8 zile cu doze moderat urcate. Înaintea injecțiunii și după injecțiune, trebuie să facem un control al albuminei din urină și nu continuăm tratamentul, până nu trec fenomenele reacționale, dacă au survenit. Cercetările din ultimul timp au arătat, că aurul nu are un efect direct bactericid, ci acționează numai catalitic, mobilizând puterea de apărare ale organismului, adică măbind proprietățile fagocitară ale leucocitelor și excitând sistemul reticulo-endotelial. Tratamentul este contraindicat în afecțiunile organice ale intestinului și a rinichiilor.



2. Sărurile organice.

Dintre sărurile organice avem Krysolganul lui Feldt pentru injecții intramusculare, Solganalul B lui Feldt pentru injecții subcutanate și intramusculare în soluție de 10% sau în suspensie uleioasă. Allochryzina lui Lumiere care conține 21,9% sulf din care 5,47% e legat aurului, este un thio-propanol sulfonat dublu de aur și sodiu și se injectează subcutanat sau intramuscular. Mai avem Lopionul, Meissner—Lucius, Lipaurolul lui Lecoq, Myoralul care este un aurothyglicolat de calciu, administrabilă pe cale intramusculară.

3. Sărurile complexe

Dintre cele mai întrebuințabile avem Neo-cryalul, lui

Castelli, Aurophos și Crysiodalul lui Maigre. Unele dintre aceste preparate sus amintite sunt întrebuințate în toate țările, iar altele numai pe anumite țări, în care le fabrică.

Absorbția și eliminarea sărurilor de aur depinde de calea de administrare și după cum administrăm în soluție apoasă sau e vorba de o emulsie uleioasă. Aurul este fixat de piele, oase, rinichi și ficat, pe care le poate leza în unele cazuri. Se ține administrare atât pe cale intramusculară cât și intravenos, dar din cauza complicațiilor mai puține ce le dă, este preferată calea intramusculară.

Dozarea. La început dozele administrate erau prea mari, chiar 0,50 gr. Astăzi e recomandat, mai ales de Pautrier, ca doza maximă să nu treacă niciodată 0,25 gr. Se începe cu doza de 0,05 gr. și se mărește treptat până la 0,25 gr., făcând o injecție pe săptămână în total 1,50 gr. până la 3 gr. într'o serie. Se poate repeta după un timp de repaus. Rezultatele terapeutice sunt destul de mulțumitoare. Pedges adunând statisticile publicate după diferiți autori, găsește dintre 597 cazuri tratate 58% vindecări, 28% ameliorări și 14% eșecuri, adică aproape acelaș rezultat ca la bismuto-terapie, însă aci accidentele sunt mai numeroase. Accidentele terapeutice constau din prostrație, tendință la sincopă, criză nitritoidă, vărsături, febră, gripă aurică, tulburări hepatice, albuminurie, nefrite, hemoragii gingivale și nazale. Ca accidente cutanate avem eriteme, eritrodermie veziculo-edematoase, eritrokeratodermie, lichen plan autentic, cutanat și a mucoaselor și mai des stomatita aurică. Au semnalat și moarte prin eritrodermie, stomatită gangrenoasă, purpură hemoragică, nefrită, anurie și puseuri de tuberculoză acută, sau meningială. Pentru evitarea acestor accidente e necesar ca înainte de administrarea sărurilor de aur, să facem un examen asupra stării rinichilor, ficatului și tegumentelor, și să administrăm în cursul tratamentului, pentru evitarea lor hiposulfid de magneziu sau de sodiu.

OBSERVAȚIUNI CLINICE

No. 1. Bolnava M. L. de 18 ani, intră în clinică în ziua de 9. V. 1938.

Antecedente : nimic deosebit,

Boala actuală datează de 8 luni și a debutat în regiunea pometei drepte, sub forma de leziuni eritemato-scuamoase, fără simptome subiective. Mai târziu îi apar leziuni similare pe obrazul stâng, rădăcina nasului. Leziunile sunt diseminate cu oarecare simetrie pe obraji, precum și la rădăcina nasului, pe partea inferioară a helixului urechei stg. și în regiunea retroauriculară stg. Leziunile sunt în număr de 8 de mărimea unor boabe de fasole până la mărimea unei piese de 20 lei.

Tratamentul : În timp de trei luni se face 3 ori reacția cu precipitat alb de mercur 10% plus tinctură de iod, de 3 ori crio cauterizare, ucompaniat cu un tratament intern cu Solganol, începând cu doze de 0,25 gr., întotdeauna 2,75 gr., pleacă din clinică ameliorată.

No. 2. Bolnava S. S. de 27 ani, intră în clinică în ziua de 22 VI. 1938.

Antecedente : nimic important.

Boala actuală datează de 2 ani și debutat la nivelul nasului ca o pată roșie, de mărimea unui sămbure de ci-reșe, crește progresiv extinsându-se pe obraji, luând o formă de fluture.

Tratamentul: În timp de trei luni se face 3 ori reacția cei precipitat alb de mercur 10% plus tinctură de iod, de 6 ori crio-eauterizare, acompaniat cu un tratament intern cu Neaurol, începând cu doza de 0,05 gr. în total 2,30 gr., pleacă din clinică mult ameliorată.

No. 3. — Bolnavul T. C. de 59 ani, intră în clinică în ziua de 1. VIII. 1938:

Antecedente: nimic important.

Boala actuală datează de 10 ani, a debutat pe frunte ca o placă eritematoasă, care la tratament dispare. Actualmente prezintă o leziune la nivelul nasului, bărbiei, regiunile retroauriculare, regiunea submaxilară, urechile, la nivelul pielei păroase a capului, la nivelul frunții, a gambei, regiunea inghino-scrotală, apendicele xifoid și mucoasă bucală.

Tratamentul: În timp de o lună și jumătate, se face de 4 ori reacția cu precipitat de mercur plus tinctură de iod, acompaniată de un tratament intern cu Neaurol, începând cu doza de 0,05 gr., în total 2,10 gr., pleacă din clinică ameliorat, prescriindu-se ca tratament la domiciliu chinină intern și badijonări cu tinctură de iod.

No. 4. — Bolnavul S. N. de 28 ani, intră în clinică în ziua de 23. VIII. 1938.

Antecedente: Nimic important.

Boala actuală datează de un an și jumătate, debutând în regiunea interspânchenoasă, care se extinde tot mai mult, după câțva timp apare încă o placă deasupra primei.

Tratamentul: În timp de 3 săptămâni se face de 5 ori reacția cu precipitat alb de mercur plus tinctură de iod, acompaniat de un tratament intern cu Neaurol începând cu doza de 0,05 gr. în total 0,85 gr., pleacă din clinică mult ameliorat.



UNIVERSITATEA

1971

1971

1971

1971

1971

1971

1971

1971

1971

1971



CONCLUZIUNI

1. Lupusul eritematos reprezintă 0,4 % din numărul total al bolnavilor, cari cînsultă Clinica Dermatologică din Cluj.

2. Lupusul eritematos este mai frecvent la femei, decît la bărbați 71.8%, față de 28,2%, adică un raport aproximativ de 3:1.

3. Lupusul eritematos survine mai frecvent între vârsta de 20—40 ani 68%, fiind rar intîlnit sub 10 ani și peste 60 ani.

4. După statistica noastră din totalul bolnavilor 61,5% sunt reprezentați de bolnavi din mediul rural, dintre bolnavii recrutați din mediul orășenesc ocupația nu pare a constitui un moment favorizant.

5. Localizarea cea mai frecventă a lupusului eritematos este pe obraji și nas, 411 cazuri din 472, celelalte localizări fiind mai rare sau coexistă cu cea de pe față.

6. Apariția lupusului eritematos survine mai frecvent primăvara și toamna, de asemenea și recidivele sunt mai frecvente în aceste anotimpuri.

7. Etiologia lupusului eritematos nu este complet elucidată, existînd încă controverse, totuș coexistența frecventă cu leziuni tipice tuberculoase de diferite localizări, emocultura de multe ori pozitivă pentru bacilul Koch sau inoculările la cobai pozitive, și în fine rezultatele pozitive ale autopsiilor făcute, par a dovedi etiologia tuberculoasă a acestui boli.

8. *Evoluția lupusului eritematos este de lungă durată prezentând perioade de exacerbare și remisiune, fiind tratat, de multe ori avem recidive.*

9. *În ce privește tratamentul lupusului eritematos nu avem încă o terapie specifică, totuși prin tratamentul extern crioterapic asociat cu un tratament intern prin auro-terapie și un tratament general roborant, obținem rezultate totdeauna bune,*

Cluj, la 17 Noembrie 1938.

Văzută și bună de imprimat.

*Președintele tezei:
ss. C. TĂTARU.*

*Decanul Facultății:
ss. M. ȘTURZA.*



BIBLIOGRAFIE

BELOT, P. CHEVALLIER, J. GATE: Traité Dermatologie, Clinique et Therapeutique.

BOAS-With: La reaction de Wassermann dans la tuberculose, en particulier dans les affections tuberculeuses de la peau.

BROCQ: Lupus erythemateux et sont traitement.

BAKU I, O.: Tratamentul tuberculozei cutanate cu Sano-cry sine (Clujul Medical No. 7.)

CIVATTE: Les opinions d'aujourd'hui sur la nature de lupus erythemateux.

DARIER, SABOURAUD, GOUGEROT, MILIAN, PAUTRIER etc.: Nouvelle Pratique Dermatologique.

DUBREUILH: Lupus erythemateux de la muqueuse bucale.

GENNERICH: Ueber die aetiologie des lupus erythematoses.

GOUGEROT et BURNIER: Lupus erythematoses tumidus.

GOUGEROT, BURNIER et RAGU: Inoculation pozitive au cobaye d'un lupus erythemateux tumidus et retroculture pozitive.

JADASSOHN J.: Dermatologie.

KISSMAYER et LOEWENSTEIN: Sur la bacillemie tuberculeuse cutané.

KREN et LOEWENSTEIN: La signification de la bacillemie dans les differentes formes de la tuberculose cutanee et dans le lupus erythemateux.

NICOLAS et J. GATÉ: Tuberculose cutanée et Tuberculides

NICOLAS—P. COURMONT : Le sero-diagnostic tuberculeux chez les lupique.

OPPENHEIM : Lupus erythematodes profundus.

RAVAUT et BOCCAGE : Le traitement du lupus erythematoux par le novarsenobenzol, les resultats, l'intolerance speciale, la serologie.

SAAFELD : Lupus erythematodes hypertrophicus.

SABOURAUD : Diagnostic et traitement des affection du cuir chevelu.

SERGENT EMIL : Syphilis et Tuberculose.

VRIJMANN : Lupus erythematodes palmaris et plantaris.

