

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I” DIN CLUJ  
Facultatea de Medicină.

No. 1203.

**Tratamentul  
„Lichenului Ruber Plan”  
prin  
radioterapia vertebrală**

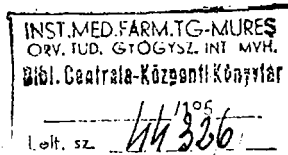


DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE  
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE 18 DECEMBRIE 1937

DE

23 MAY 2005

TULCINSCHI MARCUS



C L U J

TIPOGRAFIA „STUDIO” STR. I. G. DUCA No. 8.  
1937.



**Domnului Profesor C. TATARÛ**  
**pentru înalta onoare ce-mi face prezidând**  
**lucrarea mea inaugurală, omagii de**  
**profund respect și deosebită recunoștință.**

**Onor Juriului de promoție deosebită stimă.**



## ISTORICUL.

Erasmus Wilson a publicat în 1867 pentru prima dată un studiu detaliat asupra Lichenului Ruber Plan. Tot Wilson i-a dat numele de „Ruber” pentru a-l putea diferenția de alte dermatoase apropiate licenului Plan.

Școala Vineză cu Kaposi a pus lichenul Plan într'un grup de dermatoase apropiate dichen, deaceea pentru a-l putea diferenția, E. Wilson i-a dat acest nume de „Ruber”.

Aceasta confuzie a persitat mult timp. A fost nevoie de un studiu amănunțit din punct de vedere anatomo-patologic, și terapeutic pentru a obișnui pe dermatologiști să deosebească pe lichenul lui Wilson de alte dermatoaze.

Pautrier a afirmat, că lichenul Plan este o boală autonomă și bine caracterizată.

### **Anatomia patologică, a leziunilor lichenului Plan.**

Lesiunea primitivă a lichenului Plan este papula. Aceasta papula se datorește înainte de toate unei leziuni a corpului papilar, la nivelul căruia se constată o infiltrație limfo-istocitară. Acest infiltrat lărgeste papula suprimă spațiile interpapilare și formează un nod subepidermic de formă lenticulară, care nu este altceva decât papula lichenului Plan.

În epidermă se observă apariția de sufuziuni seroase diseminate ajungând la un volum anumit.

Celulele epidermice bazale se disociază și dispar locul lor e ocupat de un edem intracelular. (Degenerescenta coloidă).

Infiltratul disociază și distruge grupuri de celulele epidermice, cari se găsesc sechestrate în interiorul infiltratului.

Stratul Malpighian prezintă hiperakantoză.

Coniile epideliiale hiperplasice își schimbă formă. Papi-  
lele se prelungesc în formă de cupolă. Spațiile interpapilare  
se lărgesc.

Stratul granulos prezintă granuloză. În celulele se  
găsesc granule eleidina și kerato-hialina, ca în mod nor-  
mal. Aici, în lichen Plan granuloza nu e egală în toate  
părțile, ceea ce explică de ce leziunile vechi sunt colorate.  
Ele se datoresc distribuției inegale a granulațiilor, cari  
sunt mai abondente acolo unde leziunile sunt vechi. Stratul  
cornos e hiperkeratotic, îngroșat și dă scvamele fine ade-  
rente de baza papulei.

În hipodermă infiltratul lipsește.

Deci vedem, că sediul anatomic a leziunii lichenului  
Plan este în corpul papilar, care este hiperplazic și făcân-  
du-și drumul între țesuturile și elementele anatomice vecine  
le ia locul.

Aceste leziuni sunt perfect autonome și caracteristice.

### Prezența elementelor nervoase la nivelul papulei lichenului Plan.

Domnii Pautrier și Diss prin studiul lor anatomo-pato-  
gic au dovedit prezența fibrelor nervoase în papula.

Ei au constatat :

1. **În stadiul prepapulos** ei au găsit prezența celu-  
lor lui Merkel-Ranvier în bazală.

În dermă se găsesc celule cu prelungiri protoplosma-  
tice, cari se ramifică în toate sensurile. Ramificațiile lor  
descendente spre hipodermă se unesc cu nervii. Aceste  
ramificațiuni sunt înconjurate de o guaină.

2. **În stadiul papulei tinere** se găsesc tot celule cu  
prelungiri protoplosmatice, cari se fuzionează cu fibrele  
nervilor.

3. **În stadiul papulei mature** se observă celule cu  
prelungiri fibrilare numeroase prevăzute cu guaina colagenă,  
cari se ramifică în toate sensurile. Pe de altă parte se ob-  
servă în jurul vaselor acolate la peretele endotelial celule

cu nucleu mare cu guaina colagenă de unde pleacă prelungiri protoplosmatice tot cu guaina colagenă, formând un fel de rețea în jurul vaselor. Acești autori interpretează aceste prelungiri protoplosmatice cu forma lor, cu conexiunea lor, cu ramificațiunile lor, ca identificate, prin nucleul lor mare cu celule a lui Merker-Ranvier pe de o parte, și pe de altă parte cu celule lui Schwann, ca elementele nervoase a papulei.

Prin metoda de colorație a lui Cajal s'a dovedit prezența neurofibrilelor. Deci începând cu debutul până la stadiul formației a papulei, găsim o proliferație elementelor

Bazându-se pe aceste cercetări autorii au admis' că lichenul Plan este comandat în apariția sa de modificările sistemul nervos.

P. Masson a arătat apropos nevilor pigmentaria boalei Addison prin neoplazia simpaticului, a boalei lui Recklinghausen, cât este important sistemul nervos vegetativ în pigmentogeneză. Dar noi știm, că caracteristica clinică finală a lichenului Plan este dispariția papulei și apariția unei macule pigmentare variind dela cafea cu lapte până la negru. Aceasta ne permite de a interpreta totdeauna ca pigmentația este consecutivă lichenului Plan și depinde de proliferațiunea elementului nervos.

Etiologia este necunoscută.

## Patogenia.

Au fost invocate mai multe teorii:

Teoria parazitară, teoria umorală, teoria nervoasă, etc.

Cea mai plauzibilă teorie este teoria nervoasă. Aceasta teorie se poate explica prin mai multe argumente.

### Argumentul terapeutic.

Terapia actuală a lichenului Plan (As organic și radio-terapie, furnizează argumente noi în favoarea originii nervoase a acestei dermatoaze.

Fie cu una, fie cu altă metodă, s'au văzut vindecări în majoritatea cazurilor a acestei dermatoze. Inșă se observă

în mai multe cazuri prin aceste terapii o exacerbațiune a erupției sau apariția unei erupții noi.

Nu se poate interpreta, ca acțiunea antiparazitara nici vindecarea nici reacția lui Herxheimer provocate prin arsenioterapie și radioterapie. Ambele medicațiuni producând aproape acelaș efecte, trebuie deci admis, că ele acționează printr'o altă cale, ca calea antiparazitara.

Aceste două terapii acționează prin intermediul sistemului nervos.

### Argumentul clinic.

Acest argument tot este în favoarea teoriei nervoase.

Din punct de vedere clinic se observă simetria erupției lichenului Plan, dispoziția zooniforme a unor lichen Plan (lichen striat de R. Crocker), pruritul care depinde mai mult de simpaticul cutanat, dispăre după puncția lombară.

### Argumentul anatomo-patologic.

Acest argument am expus la studiul anatomo-patologic, făcut de D-nii Pautrier și Diss.

### Teoria neurovegetativă.

Gouin prin metoda sa radioterapică fără filtru a dovedit, că lichenul Plan are o patogenie neurovegetativă. Rezultatele lui sunt următoare :

Pruritul dispăre rapid în câteva ore, ceea ce ne arată, că pruritul nu depinde de sistemul nervos cerebro-spinal. Exacerbațiunea ce se observă după radioterapie trebuie considerată ca o reacțiune vaso-motorică, dar sistemul vaso-motoric este sub dependența a simpaticului.

Dispariția papulelor nu se face regulat dela periferie spre măduva, cum s'ar putea aștepta în caz de acțiune mădulară. Diviziunea metamerică arată, că dacă acționăm pe măduva, observăm dispariția elementelor la nivelul metamerelor corespondente regiunii iradiate, însă dispariția leziunilor se face într'un mod neregulat și generalizat a întregului corp.

Aceste argumente ne arată, că se acționează prin aceasta metodă, asupra sistemului neurovegetativ.



Tot Gouin arată, că simpaticul în lichen Plan este turburat în funcțiunea sa printr'o cauză determinată și el recapătă funcțiunea sa de regulator sub influența radioterapiei. Pentru acest autor Arsenicul ar acționa ca un turburător umoral, căci s'a observat crize nitritoide, eriteme, urticarii arsenicală și chiar apariția de lichen Plan la antisifilitici, cari au fost tratați cu preparate arsenicale.

Aceste fenomene se explică, că arsenicul ca turburătorul moral produce desechilibrul simpaticului.

Gouin a arătat, că și radioterapiei însăși, în cursul unui eritem, a creat un lichen Plan tipic.

Noi, vedem deci, că arsenicul organic și radioterapie dau acelaș rezultat. Acest argument este în favoarea ipotezei susținute de Gouin, că lichen Plan are origină neurovegetative.

Cum acționează aceasta iradiațiune mădulară nu se poate pronunța. Inșă, un fapt important este, că metoda semi-profundă din Strassbourg atinge diverse elemente nervoase.

Domnii Louste, Lévy-Fränkell și Juster au tratat prin ambele metode pe bolnavi, localizând acțiunea razelor în regiunea atlanto-axoidiană. Ei au obținut rezultate excelente însă raportul bolnavilor tratați prin ambele metode din nefericire nu este acelaș, așa că nu putem scoate vreo concluziune superiorității oricărei metode.

Totuși vedem, că metoda semi-profundă a dat rezultate mai bune decât cea superficială.

Prin aceste fapte este foarte greu de spus, dacă se acționează pe sistemul vegetativ sau pe cel spinal.

Toate aceste studii și acvizițiuni noi referitor lichenului Plan ne arată, cât acesta dermatoză rămâne încă misterioasă și câte probleme cari tratează etiologia și patogenia lui, sunt încă departe de a fi rezolvate, totuși impresia a tuturor cercetărilor diferite interpretate și contribuțiunii anatomo-patologice aduse de D-nii Pautrier și Diss, că lichenul Plan trebuie considerat ca o entitate morbidă bine definită.

## Diagnostic.

### Semnele clinice.

#### Leziunea elementară: Papula.

Lichenul Plan are o fizionomie clinică foarte netă și o anatomie patologică precisă. Leziunea elementară a lichenului Plan este papula mică de mărimea unei gămălii de ac până la un bob de meiu cu diametru între 1—4 mm., de formă rotundă, care devine apoi poligolană net de limitată de cutele normale ale pielii de culoarea roșie, suprafața plană, luce, sclipitoare, la lumina reflectată vertical prezintă un aspect de ceară. Centrul e un ombilicat, prezintă un folicul pilos, a cărui păr e dispărut. Papula e acoperită cu scvame fine și aderente.

Papulele sunt dure, uscate, se ridică ușor deasupra pielii. Ele se pot grupa dând un aspect de neoplazme epidermice, acoperite cu scaume. După căderea scaumelor sau dacă se unge suprafața lor cu oleu de cedru se observă niște striiațiuni albe, cari se detașează de pe suprafața leziunii. striiațiuni dispar pe măsură, ce lichenul Plan evoluează spre vindecare. Striațiunile se îndreaptă în toate sensurile ramificându-se.

**Pruritul** este al doilea semn important și este un semn subiectiv.

Intensitatea lui depinde de iritabilitatea nervoasă a bolnavului.

Grație lui, bolnavul se grătează, dând naștere la excoreațiuni, cari se pot infecta, dând piodermii. Pruritul lipsește în lichen Plan bucal.

**Sediul.** Localizarea cea mai frecvență a lichenului Plan este fața anterioară a antebrațelor, abdomen, regiunea lombară, gâtul, membrele inferioare, organele genitale, părțile laterale a trunchiului, mâini, planta piciorului, partea păroasă a capului și mucoasa bucală.

Pe mâini și pe planta piciorului lichenul Plan are un aspect veziculo-pustulos, însă la grătajul nu se observă lichid.

**Lichenul Plan a mucoaselor.** Aceasta formă de lichen Plan este foarte caracteristică și cunoașterea ei implică necesitatea pentru a-l putea diferenția de sifilis. Sediul lui este pe toate mucoasele:

Laringe, anus, canal uretral, vulvă, gland și mucoasa gurii.

Pe mucoasa gurii se localizează mai ales pe fața internă a obrazilor (la nivelul ultimului molar) și pe limbă. Aici apare sub forma de puncte albe mici, cari unindu-se, formează o rețea de striiațiuni albe, largă de  $\frac{1}{4}$  mm. până 1 mm. și lungă 2,3 mm. 1 cm.

### Formele clinice.

După numărul papulelor avem: forma discretă, difuză, când leziunile sunt generalizate.

După gruparea papulelor avem: forma circinată, când papulele se grupează la periferia, formând figuri geometrice neregulate ovale, forma anulată (inelară) dând configurația de cerc, având în centru pielea sănătoasă, forma marginată, forma zooniformă (pe trunchiul), forma liniară la nivelul membrilor, cărei se zice și striată, (R. Crocker).

Variațiile clinice cauzate prin deformarea leziunilor elementare se datoresc unui proces atrofie sau hipertrofie.

Ele sunt: lichen obtus, lichen atropic, lichen verucos, lichen cornos.

În lichen obtus sau hipertrofie sau tuberos, papulele sunt voluminoase, netede, plane, rotunde, roșie-brună și se prezintă în forma generalizată sau liniară, cui se zice și lichen moniliform.

Lichen atropic sau scleros apară sub formă de plăci în centrul cărora avem aspectul cicatricial. Se localizează mai ales pe fața anterioară a antebrațelor. Atrofia e dată de atrofia corpului papilar și scleroza dermei.

Lichen verucos și lichenul cornos se caracterizează prin hipertrofie mare.

### Debutul lichenului Plan.

Debutul poate fi normal și anormal.

Debutul anormal poate fi un debut de psoriază, de parakeratoză sau parapsoriază.

Brocq a atras atenția asupra formelor cu debut anormal și chiar a citat un caz cu debut de psoriază.

În toate cazurile de debut anormal a lichenului Plan, apar mai târziu papulele caracteristice a lichenului Plan.

### **Evoluția.**

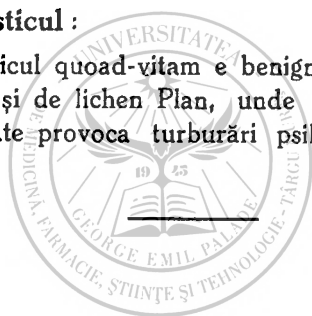
Evoluția este lentă. Se face în puseuri de durată de luni și ani de zile. S'a văzut și cazuri rare de lichen Plan, acut generalizat, evoluând sub formă unei boli eruptive cu febră, prostrație, albuminurie (Ramel).

Lichenul Plan abandonat și netratat regresează într'un mod foarte lent. În locul leziunilor papuloase apare o pigmențație de culoare cafea cu lapte până la negru.

Acestă dermatoză a susceptibilă recidivei.

### **Prognosticul :**

Prognosticul *quoad-vitam* e benign, afară de cazurile acute, febrile și de lichen Plan, unde pruritul e așa de intens, că poate provoca turburări psihice. Boala durează 4—5 ani.



## Tratamentul.

În acest capitol vom trece asupra tratamentului ce trebuie aplicat în aceasta dermatoză.

Tratamentul lichenului Ruber-Plan constă ca pentru oarecare boală cutanată, în:

1. Tratament general și
2. Tratament local.

Scopul tratamentului vizează două chestiuni, să facă:

- a) dispariția pruritului
- b) dispariția erupțiilor papuloase.

### Tratamentul general.

Autorii au făcut multe încercări, aplicând diferite medicațiuni.

Unii dermatologiști, bazându-se pe veche teorie diatezo-neuro-artritică, au introdus igieno-dieto-terapie. În primul loc au exclus din dieta bolnavului alimentele și băuturile excitante: ceai, cafea, vin, alcool, alimentele fermentative, etc. Aceasta dieto-terapie de fapt calmează sistemul nervos și ca consecință, pruritul diminuează.

Ca hidro-terapie sedativă s'a admis dușurile. Ele au dat acelaș rezultat, adică diminuarea pruritului.

### Tratamentul intern.

Acest tratament tot face parte din tratament general și constă în aplicarea de medicamente inofensive pentru pielea, ca cele pe baza valeriană sau pasifloră. Așa că, s'au făcut injecții de Bromura de sodiu (3—10 cc din sol. 10 pe 100). Școala vieneză în frunte cu Kaposi a introdus arsenicul metaloidic în terapia lichenului Plan. Arsenicul metaloidic se dădea sub formă lițeur Fowleri, pilule asia-

tice, arseniat de sodiu. Acest tratament arsenical dădea vindecări îmbucurătoare. Totuși s'au observat și inconveniente, căci au fost obligați să întrebuințeze doze toxice de arsenic.

Inconvenientele arsenico-terapiei este pigmentația.

Aceasta pigmentația sub formă de macule pigmentare de culoare cafea cu lapte până la negru, este jenantă din punct de vedere estetic, mai ales la femei, pentru că ele apar pe locurile descoperite, ca gât, brațele, pieptul, etc. Alte încercări terapeutice au fost: injecții intravenoase de Uriage-Chauchard care făcea dispariția pruritului și papulelor lichenului Plan, Thibierge și Ravaut au încercat *puncția lombară*, prin care se scotea 6—8 cc. de lichid cefalo-rachidian. Puncția se poate repeta de 3—4 ori în interval de 8—10 zile. În urma acestui tratament s'a obținut diminuarea pruritului și regresarea papulelor, însă s'a văzut în unele cazuri urmări de accidente: cefalea, vomismente.

Această metodă acționează prin *șocul*, care este creat de scoaterea lichidului cefalo-rachidian, asupra sistemului nervos central. Acest șoc se repercută pe sistemul nervos periferic și pe aparatul circulator. S'a mai încercat hiposulfid de sodiu, enesol (combinație între Hg. și As).

### Tatamentul modern.

Tratamentul modern constă: *arsenio-terapie* (As. organic) și *radio-terapie*. Arsenicul organic este prezentat prin tipul său trivalent: arseno-benzol, și tipul său pentavalent: Acetylarsan, treparsol.

Aceste medicamente vindecă lichen Ruber—Plan, dar pot să-l și producă la bolnavi sifilitici, tratați cu ele.

### Radio-terapia vertebrală.

În 1924 Dl. Pautrier a prezentat la Congresul Dermatologiștilor din Strassbourg, un caz de lichen Plan, tratat prin radio-terapie-vertebrală, după metoda sa, adică semi-profundă.

Acest autor condus de idee, că lichenul Plan are o patogenie nervoasă, a încercat radio-terapiei semiprofundă, care i-a dat rezultate excelente.

1. Metoda lui Pautrier constă: Se divide câmpul vertebral în 5 câmpuri dela V. D. I.—V. L. V,

Fiecare câmp primește 5 H. filtr. pe 5 mm. de aluminium. Ampula e plasată perpendicular pe coloana vertebrală, cum este radio-terapia frontală. Se mai poate face iradiațiuni încrucișate. Huffschildt a tratat 2 cazuri prin aceasta metodă.

2. Technica. Câmpuri vertebral e împărțit în 8 câmpuri, câte 4 de fiecare parte. Fiecare câmp primește 3 H. filtr. pe 5 mm. de aluminium. Ampula e înclinată în unghi de 45°. Este o iradiație bilaterală a măduvei. Inclinarea ampulei se face pentru a evita rezorptia razelor de apofizele spinoase și de a permite acțiunea directă a razelor asupra măduvei și formațiunile nervoase vecine. Aceasta metodă se numește metoda lui Bordier.

### Acțiunea acestor metode.

Ambele metode au acțiune bună și rapidă asupra pruritului și a leziunilor pulpoase.

Pruritul sub acțiunea radio-terapiei semiprofunde dispare în maximum 10 zile. Leziunile pulpoase dispar în 15 zile 3—6 săptămâni. În caz de eșec după prima ședință, se mai poate face o altă ședință.

Pentru lichen Plan a mucoaselor e nevoie de mai multe ședințe, căci aceasta formă a lichenului plan e rebelă la tratamentul radio-terapic.

S'au văzut și cazurile de recedivă după tratamentul radioterapic, însă numărul lor este foarte redus.

Rezultatul radioterapiei semiprofunde aplicată de mai mulți autori, arată o vindecare de  $\frac{2}{3}$  de cazuri și  $\frac{1}{3}$  de nereușită.

### Radioterapie superficială.

O altă metodă bună este radioterapia superficială, aplicată de D-nii Gouin și Bienvenue. Aceasta metodă radioterapică datează dela 1919.

Acești autori au ales 2 câmpuri de iradiațiuni:

1. **Dorsal superior** (interscapular) sau *câmp principal simpatîc*.

2. **Dorsal inferior** sau **câmpul accesoriu cutanat**.  
Doza 5 H. fără filtre.

Această tehnică se aplică pe lichen Plan cutanat simplu.

În lichen Plan cutanat fără leziunea mucoaselor împoartă și vârsta erupțiunii. Dacă erupțiunea este recentă radioterapia superficială nefiltrată acționează la sigur și localizarea trebuie să fie pe dorsală superioară. Acești autori au tratat 19 cazuri, dintre cari 15 s'au vindecat prin radioterapie pe dorsală superioară, pe când numai la 4 cazuri autorii au recurs și la ajutorul câmpului accesoriu.

### Rezultatul.

Rezultatul obținut, se înțelege fără vre'un ajutor terapeutic extern sau intern, este excelent. *Pruritul* dispare în 3 zile după ședință, sau în 10 zile, sau într'o lună. Aceasta întârziere a dispariției pruritelui depinde de vârstă leziunilor.

### Erupția.

Erupție dispare într'un mod capricios, fără legea topografică, când pe ambele picioare, când pe brațe, primul.

Cu cât leziunile sunt mai tinere, cu atât dispar mai repede.

### Lichenul mucoaselor.

Pentru lichen Plan bucal. e nevoie în general, de 15 zile până la 1½ lună o ușoară filtrație de 20/10 de aluminium. Reacțiunile cutanate, cari se traduc prin exacerbarea precoce și pasageră a pruritelui, sunt frecvente. Ele sunt martorii reacțiunii.

Reacțiuni generale sunt nule.

### Alte metode radioterapice.

Iradiațiunea a trunchiurilor, vaselor mari, la nivelul axilei și membrilor inferioare.



Aceasta metodă a fost introdusă de dl. Gavalowsky. Rezultatele prin aceasta metodă sunt bune.

### **Radioterapie de suprafețe întinse a pielii.**

Ea a fost introdusă de Dl. Jose Gay Prieto, care iradiind suprafețe întinse de piele avea ca scop, de a modifica starea pielii, care e capabilă de a influența lichenul Plan.

### **Tehica.**

Suprafața iradiată 800 cm. p, ampula la 15 cm., 70 unități Fürstenau (6H1/2).

### **Concluziuni :**

Rezultatele aduse de acești autori sunt foarte interesante. Rezultate bune prin metodele lor au fost obținute la ei însăși, pe când metoda lui Gay Prieto a fost experimentată de alți autori și n'au dat nici un rezultat.

### **Tratament local.**

Tratamentul local se face cu medicamente antipruriginoase. S'au utilizat Hg., oxid de zinc 1/30 până 1/20, calomel, în pomadă 1/20 până 1/10.

Aceste preparate mercuriale s'au aplicat în cazurile de de lichen Ruben-Plan localizat, căci e nevoie de a ține cont de faptul, că aplicarea preparatelor mercuriale pe întindere mare produce semne de intoxicație, apoi mai sunt indivizi, cari sunt sensibili față de mercur. Din aceste motive, aceste preparate mercuriale nu se întrebunțează des.

Alți autori au aplicat băi de amidon, de gelatină, Emplastru lui Vigo, Emplastru roșu lui Vidal, oleu de cad. pasta de zinc cu menthol 0,5%. Apoi s'a mai folosit glicerolat 1/20.

Brocq a folosit glicerolat de amidon cu 3 acizi, etc. Unii autori au întrebunțat și fizioterapie.

## Comparație între metodele: semi-profundă și superficială.

Noi ne găsim deci în fața a doua metode:

Una acționează asupra elementelor mădulare, alta asupra simpaticului cutanat.

Aceste două metode au o ațiune terapeutică indiscutabilă asupra lichenului Ruber-Plan.

Ambele metode acționează prin căi diferite, producând aproape același rezultat. Din rezultate aduse de diferiți autori, este imposibil de a trage o concluzie, care ar indica superioritatea unei metode de cealaltă.

Ambele metode radioterapeutice au aū ca scop de a acționa asupra următoarelor elemente:

1. Pruritul, 2. Erupții cutanate, 3. Leziuni ale mucoaselor,

Din statisticele autorilor se observă un număr egal de succese și de nereușite. Totuși noi avem impresia, că metoda semiprofundă este mai eficace pentru lichen a mucoaselor, că metoda superficială.

Unii autori au arătat, că metoda semiprofundă ar da eritrodermia exfoliativă generalizată, însă aceste cazuri sunt rare.

Ambele metode dau exacerbațiunea leziunilor cutanate, cari sunt de o importanță redusă.

S'a mai acuzat metodei semiprofunde, că ea ar da naștere „Boalei razelor”. Noi credem, ca aceasta boală să datorește duratei lungi a ședinței. Prin ambele metode radioterapeutice se observă vindecări în 2/3 de cazuri, și 1/3 de nereușită.

Cu cât leziunile papuloase sunt mai tinere, cu atât vindecarea lor e mai rapidă. Deci ambele metode sunt bune și pentru a ridica valoarea uneia peste cealaltă, e nevoie de o experiență lungă.

Tot prin aceasta experiență lungă vom putea în viitor să și explicăm modul de acțiune a radioterapiei.

## Observațiuni.

Dám mai jos rezumate din foile de observație ale bolnavelor tratați în Clinica Dermato-Venerică din Cluj:

**Obs. I.** Bolnavul C. A. de 30 ani, căsătorit, a intrat în Clinica la 25. I. 1930., cu diagnosticul de lichen Ruber-Plan pe pielea glabră și pe mucoasa bucală. Antecedentele heredocolaterale: Nimic important. Antecedente personale asemenea.

Istoricul boalei actuale: Boala actuală datează de 3 luni. Debutul era insidios prin leziuni papuloase pe palme în dosul mâinilor pe penis la nivelul pliurilor articulațiilor coatelor, gât, regiunea fesieră, regiunea perigenitală pe plante, gambe și mucoasa bucală. Erupția era însoțită cu prurit. Regiunile amintite prezentau erupția caracteristică a lichenului Ruber-Plan.

Examenul organelor nimic de semnalat.

R. W. Negativ.

Decursul boalei: La intrare în clinică se face bolnavului 2 ședințe Roentgen pe coloana vertebrală dorso-lombară. Se administrează și 2 cc. de Arslyen subcutanat. Tratamentul cu Arslyen se continuă zilnic. După câteva zile leziunile cutanate regresează, deasemenea și pruritul.

Se mai face bolnavului alte 2 ședințe de Roentgen pe antebrați și îi se dă Arslyen subcutanat. În fine, după trei săptămâni de tratament leziunile papuloase și pruritul dispar. Bolnavul părăsește clinica ameliorat. Ii se prescrie arsen în picături la domiciliu.

**Obs. II.** Bolnava V. R. de 50 de ani, intră în clinică cu diagnostic de lichen Ruber-Plan la 4. IX. 1930. Antecedentă heredo-colaterale și antecedente personale fără impor-

taută. Menstruația la 16 ani de durată 6—7 zile. Nașteri 4, avort 1. De 3 ani în menopausă. Neagă boli venerice.

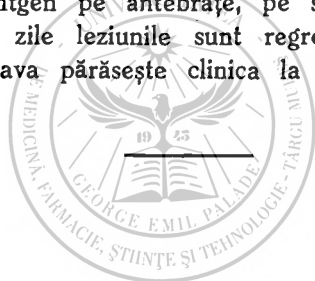
Boala actuală. Boala a debutat acum două luni cu erupțiuni pruriginoase, la început pe spate, apoi au apărut pe trunchiul, membrele superioare și membre inferioare.

La examen obiectiv observăm leziunile tipice și caracteristice a lichenului Ruber-Plan. Examenul organelor nimic. R. W. negativ.

Examenul uretrei normal, la cervix mucus. Examenul anusului normal.

Decursul boalei: Se începe tratamentul cu As. în picături (Liq. Fowleri) în doze crescânde. Ii se face Roentgen pe coloana vertebrală dorsală. Local se aplică tumenol.

După câteva zile leziunile regresează, lăsând în locul lor o pigmentație brună, Pruritul deasemenea diminuează. Se mai face Roentgen pe antebrățe, pe spate și pe gambe. După câteva zile leziunile sunt regresate și pruritul a dispărut. Bolnava părăsește clinica la 19. XI. ameliorată.



## Concluziuni.

1. Tratamentul prin radioterapie vertebrală, semiprofundă sau superficială vindecă în  $\frac{2}{3}$  de cazuri de lichen Plan.

2. Cu cât leziunile datează de mai puțin timp, cu atât vindecarea este mai rapidă.

3. Există o exacerbare a erupțiilor cu cele două metode, dar ele sunt mai puțin evidente și suferă involuție rapidă.

4. Lichenul Plan a mucoaselor, este mai rezistent la tratamentul radioterapeutic, decât cel cutanat.

5. Metoda semiprofundă este mai eficace în tratamentul lichenului mucoaselor, decât cea superficială.

6. Mecanismul acțiunii radioterapiei nu este încă clarificat.

7. Este posibil, că acționează sau asupra s. nervos vegetativ sau asupra celui spinal.

Văzută și bună de imprimat:

Președintele tezei:  
*Prof. Dr. C. Tataru.*

Pro. Decanul Facultății:  
*(ss.) Prof. Dr. I. Moldovan*

## BIBLIOGRAFIA.

*Bory*: Trois cas de lichen plan provoqués par le novarsénobenzol au cours d'un traitement antisyphilitique.

*Carle*: Action des arsenicaux dans le lichen plan, (1927).

*Chauchard*: Note sur le traitement du lichen plan par les injections d'eau d'uriage, (1927).

*M. R. Gavalowski*: De la radiothérapie indirecte du lichen plan (1927)

*J. Guin*: Traitement du lichen plan par la radiothérapie du sympathique vrai (Buletin Médical 1924).

*Guin et A. Bienvenue*: Origine neuro-végétatif du lichen plan (1927).

*M. K. Hübschmann*: La traitement du lichen plan par les injections de bromure de sodium. (1927).

*Huffschildt*: A propos du traitement du lichen plan par la radiothérapie de la moelle

*Losute. A. Levy-Fränckel et F. Juster*: Les résultats du traitement du lichen plan par l'irradiation de la région médullaire peuvent ils conduire à des déductions pathogéniques.

*P. Masson*: Le lichen plan paraît indiscutablement commandé par la néofarmentation du tissu nerveux et par les lésions nerveuses au niveau de la papule, mais il est encore impossible de se prononcer pour l'origine centrale ou périphérique de ces lésions et sur le mécanisme qui les déclenche (1927).

*Pautrier*: Note sur les résultats de la ponction lombaire dans le traitement du lichen plan et sur l'état du liquide céphalo-rachidien (1927).

*Jose Gay Prieto*: Traitement du lichen plan par la radiothérapie de surfaces étendues de la peau.

*Ramel*: A propos de la pathogénie du lichen plan (1927).

*Ravaut*: Lichen plan et ponction lombaire (1927).