

UNIVERSITATEA DIN CLUJ  
FACULTATEA DE MEDICINA ȘI FARMACIE

---

---

No. 1326

# CANCER IN LUPO

(LUPUS CARCINOMUL)

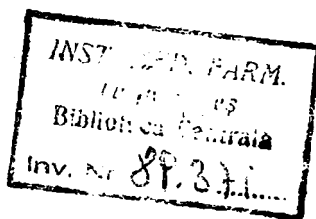


DOCTORAT IN MEDICINA ȘI CHIRURGIE  
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE.....1938.

DE

**PANU CORNELIU**

FOST EXTERN AL CLINICILOR UNIVERSITARE DIN CLUJ



24 MAY 2005

---

---

TIPOGRAFIA „CULTURA“ CLUJ STRADA IUIU MANIU 3.



\* 4 4 0 0 0 2 8 0 8 \*

Biblioteca UMFST

UNIVERSITATEA DIN CLUJ  
FACULTATEA DE MEDICINA ȘI FARMACIE

---

---

No. 1326

# CANCER IN LUPO

(LUPUS CARCINOMUL)

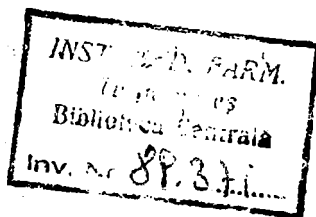


DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE  
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE..... 1938.

DE

**PANU CORNELIU**

FOST EXTERN AL CLINICILOR UNIVERSITARE DIN CLUJ



24 MAY 2005

---

---

TIPOGRAFIA „CULTURA” CLUJ STRADA IUIU MANIU 3.

# FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

Decan: D-nul Prof. Dr. STURZA M.

## Profesori:

Clinica stomatologică agr. . . . .	Prof. Dr. Aleman I.
Istoria medicinei agr. . . . .	” ” Bologa V.
Bacteriologie . . . . .	” ” Baroni V.
Patologia generală și experimentală	” ” Botez A. M.
Biologia și embriologia umană . .	” ” Drăgoiu I.
Clinica infantilă . . . . .	” ” Popoviciu Gh.
Clinica ginecologică și obstetricală	” ” Grigoriu Cr.
Semiologie medicală . . . . .	” ” Goia II.
Clinica medicală . . . . .	” ” Hațieganu I.
Clinica chirurgicală . . . . .	” ” Pop Al.
Medicina operatoare . . . . .	” ” Pop Al.
Farmacologia și farmacognozie . .	” ” Martinescu Gh.
Clinica oftamologică . . . . .	” ” Michail D.
Clinica neurologică . . . . .	” ” Minea I.
Medicina legală . . . . .	” ” Kernbach
Igienă și igienă socială . . . . .	” ” Moldovan I.
Radiologia medicală . . . . .	” ” Negru D.
Fiziologia umană . . . . .	” ” Benetato
Farmacia chimică și galenică . . . .	” ” Pamfil Gh.
Anatomia descriptivă și topografică	” ” Papilian V.
Clinica oto-rino-laringologică . . . .	” ” Buzoianu Gh.
Balneologie (agr.) . . . . .	” ” Sturza M.
Clinica dermato-venerică . . . . .	” ” Tătaru C.
Clinica urologică . . . . .	” ” Teposu E.
Chimia biologică . . . . .	” ” Thomas P.
Clinica psihiatrică . . . . .	” ” Urechia P.
Anatomia patologică . . . . .	” ” Vasiliu T.

## JURIUL DE PROMOȚIUNE

Președinte: Dl. Prof. Dr. Tătaru C.

Membrii : { Dl. Prof. Dr. Pop Al.  
” ” ” Goia II.  
” ” ” Titu Vasiliu  
” ” ” Mihail D.

Supleant : Dl. Docent Dr. Vancea . . .

***În semn de omagiu și recunoștință  
părinților mei pentru străduințe și  
sacrificii, pildă, călăuzitoare mie.***





# CANCER IN LUPO

## INTRODUCERE

Cancerul in lupo sau lupus-careinomul, după cum obișnu-  
ește să-l numească școala germană, constituie una dintre com-  
plicațiile de temut ale lupusului, cu urmări serioase asupra de-  
cursului și prognosticului acestei afecțiuni.

Atât evoluția cât și tratamentul îndelungat pe care-l nece-  
sită lupusul, sunt factori care favorizează cancerizarea. Despre  
această chestiune s'au ocupat printre primii Alibert, Rayer,  
Devèrgie, etc.

Această complicație gravă a lupusului, se întâlnește după  
majoritatea statisticelor, într'o proporție ce variază între 1,5  
până la 4%. A fost semnalată mai ales la față, unde de altfel  
este și localizarea cea mai frecventă a lupusului.

Cancerul grefat pe lupus a dat loc la numeroase discuțiuni  
și teorii, prin care s'a căutat să se explice această malignizare,  
în legătură cu terenul lupic, ca și cu tratamentul prin diferenții  
agenți chimici și fizici, în special prin razele X. Ceiace se știe  
sigur, este faptul că lupuscarinomul survine mai ales pe lupus  
vechi cu evoluția lungă de 20-30 ani deși în mod excepțional a  
fost întâlnit și la indivizi tineri desvoltându-se pe un lupus  
nedatând decât de 4—5 luni.

Cancerizarea se poate produce atât în plin țesut lupic, cât  
și în țesutul cicatricial, încât în cele ce urmează vom avea în  
vedere acest fapt, care de altfel a făcut pe unii autori, să  
distingă un cancer pe lupus și un cancer pe cicatrice.

## ETIOPATOGENIE

Având în vedere frecvența lupuscarinomului, după Darier  
4%, după Leloir, Sequira și Wichmann 1,5%, trebuie să presu-  
punem un factor predispozant în lupus pentru producerea can-  
cerului, iar pe de altă parte un factor declanșator.

S'a presupus că cicatricea ca atare este momentul predispozant pentru dezvoltarea epiteliomului, însă această părere s'a abandonat, deoarece la celelalte cicatrici (sif. III, combustii, etc), malignizările sunt mult mai rare.

**Jadassohn** a atras atențiunea pentru prima dată asupra proliferărilor epiteliale patologice, ce se dezvoltă atât de frecvent în țesutul lupic. El a spus înainte cu 20 de ani, că dacă proliferările epiteliale la tuberculoze se transformă în cancere, trebuie să fi încă un X necunoscut, dar care este acesta vom ști numai atunci, când cauza cancerului în general va fi sigur cunoscută.

Intrucâtva ne lămurim asupra acestui X, din teoria lui **Fischer—Wasels**. După părerea lor, tumorile se dezvoltă sau embrionar, sau ca vicii de regenerare (regenerative Fehlbildungen). Aceste vicii de regenerări, ar fi o urmare a faptului, că după o lezare primitivă locală a țesuturilor de ex. prin lupus, în decursul anilor se produce încontinuu regenerări perturbate. Aceasta duce la dezvoltarea unei predispoziții pretumorale, în urma căreia se va dezvolta tumora, la fel ca în embriologie, unde știm că dintr'un mugure, se va dezvolta organul respectiv. Pentru dezvoltarea acestei predispoziții de a forma tumori, trebuie un anumit timp până când organismul după regenerări repetate, ajunge într'o perioadă de sensibilizare, favorabilă dezvoltării predispoziției pentru producerea mugu- relui tumoral. Pentru producerea unei adevărate tumori, afară de procesul regenerativ local, trebuie să fie și o predispoziție generală, care a fost presupusă de zeci de ani și care a fost demonstrată de **Fischer—Wasels**. Ei au arătat, că o leziune simplă a țesuturilor care de obicei se termină printr'o cicatrice obișnuită, numai atunci trece în tumoră, dacă există acea predispoziție generală pentru producerea tumorilor. **Warburg** prin experiențele sale pe celulele canceroase, a arătat că această predispoziție este cauzată de turburări în metabolismul organismului.

Deci pentru producerea unui lupuscarcinom, trebuie să avem pe lângă tulburări continui de dezvoltare regenerativă, așa după cum întâlnim deseori la lupus și o predispoziție generală pentru producerea tumorii, care se bazează pe anumite tulburări în metabolism.

Tot în această ordine de idei, **Ort** atrage atențiunea la legătura ce se poate face între proliferările epiteliale patologice și degenerările maligne tardive. Deci un moment important al acestei malignizări, trebuie căutat în proliferările epiteliale, cari se întâlnesc foarte frecvent în lupus.

**Myahara** a găsit în șapte focare diferite de lupus, de cinci ori proliferări epiteliale, dintre care de 3 ori proliferări și în profunzime. La unul dintre aceste cazuri, a găsit un început



evident de proces tumoral; deși în acest caz nu putem preciza că este vorba de o cancerizare, totuși trebuie să considerăm aceste proliferări ca un stadiu premergător al cancerizării. Dacă admitem această teorie, trebuie să ne întrebăm de ce cancerizările sunt relativ atât de rare, dacă aceste proliferări se întâlnesc așa de frecvent. **Myahara** crede că ele sunt distruse în urma tratamentului. Această ipoteză nu poate explica însă pe deplin malignizarea lupusului, așa că trebuie să presupunem existența unui alt factor, deocamdată necunoscut. Desigur însă că lupusul cu dezvoltarea lui cronică, cu destrucții continue și proliferări epiteliale regenerative, trebuie să dea un impuls pentru producerea cancerizării.

Pe de altă parte, un rol important de cancerizare îl joacă factorii iritativi, rezultați în urma tratamentului fizic și chimic. Este evident că un tratament energetic și rapid, micșorează pericolul degenerării, întrucât s'a observat că acele cazuri de lupus neglijate, sau insuficient tratate timp îndelungat, cu inflamații cronice continue și cu infecțiuni secundare, se pretează mai mult la degenerări maligne.

Deasemenea este fără îndoială că iritațiile fizice și chimice de lungă durată, produc la rândul lor proliferări epiteliale, fiindcă în cazurile netratate, s'au observat cancerizări mai rare decât în celea tratate timp îndelungat, dar nu destul de energetic. Astfel s'au încriminat iradiațiile în general (Röntgen, Radium și elemente radioactive, razele ultraviolete în doze prea mari) ca putând să constituie un moment favorizant.

**Wichmann** a observat un caz după iradiere cu Mesothorium, **Volk**, câteva cazuri după iradieri cu Radium nefiltrat, deasemenea un caz după o eroziune în urma iradierii cu Finzen, pe terenul cicatrizat apărând un cancer. **Sequeira** a observat astfel de cancerizări în două cazuri: **MacLeod** un caz; **Jaffé** un caz după Quarz.

Și în aceste cazuri, nu putem afirma că iradierea constituia factorul determinant, ci ele serveau numai ca momente declanșatoare, mai ales dacă au produs reacții prea puternice și de lungă durată.

Unii autori ca **Mendes de Costa**, **Spiegler**, **Hildebrand**, **Sequeira**, **Richel**, **Hanck**, **Bettmann**, **Walker**, **Jesioneck** cu elevii lui, **Rothmann** și **Bommer**, au căutat să explice cauza lupuscarcinomului, în legătură cu tratamentul radiologic aplicat anterior lupusului, însă fără argumente sigure.

Este fără îndoială că razele X pot să favorizeze în anumite împrejurări dezvoltarea lupuscarcinomului, mai ales la cazurile unde s'a făcut un tratament irațional cu raze, tratament care a provocat alterații ale pielii în sensul unei radiodermite, sau dacă s'au aplicat doze mici iritative, care în unele cazuri pot să excite țesutul tuberculos la o proliferare malignă. **Ritter**

și **Levandowschy** cred că dozele mici, produc astfel de iritații, întrucât după o doză mică de Röntgen aplicată pe metastazele de cancer, elementele tumorale devin mai numeroase, pe când după o doză energetică ele de obicei dispar. Această teorie este însă combătută de alți autori. **Volk** admite acest mod de proliferare după razele mici.

**Tiême** este de părere că prin paralizarea țesutului tânăr conjunctiv prin Röntgen, epiteliul începe să se prolifereze mai pronunțat.

Cercetând însă literatura, vedem că majoritatea lupuscarcinomelor n'au fost tratate anterior cu raze Röntgen sau Radium, și cu toate acestea s'a dezvoltat pe terenul lupic un carcinom, ceiace denotă că fizioterapia nu se poate considera ca un factor specific în ce privește provocarea lupuscarcinomului, ci mai mult ca un moment declanșator, în cazurile la care reacțiunile prea puternice produse în urma tratamentului, au provocat în ulcerarea lupică sau în cicatricea postlupică, o stare inflamatorie de lungă durată.

Părerea aceasta o susține și **Uhlmann E.** și **Schamyc G.**, cari comunică în lucrarea lor 107 cancere dezvoltate pe lupus eritematos, dintre cari numai 33 cazuri au fost tratate anterior cu röntgen sau radium. După acești autori, tratamentul fizioterapic nu contribuie la apariția lupuscarcinomului. Dintre opt cazuri personale ale lor, observate la Institutul de Finsen din Copenhaga, numai unul a fost tratat anterior cu Röntgen.

**Stühmer, Ruete, Handlay, Mrongonius**, nu pot confirma înmulțirea cazurilor de lupuscarcinom în legătură cu introducerea Röntgenului. Primul găsește la 700 cazuri, 4 cancerizări. **Raisner** în clinica din Würzburg, în decurs de 17 ani, găsește 16 cazuri de lupuscarcinom adică în 3%. Aceste date vorbesc împotriva legăturii între lupuscarcinom și röntgen.

**Wichmann, Axel Reyn** ca și alți autori, publică în statisticele lor un procent redus de cancerizări, încât ei sunt de părere că nu lupusul favorizează dezvoltarea cancerului, ci tratamentul.

**Raederer** și **Metzger** sunt de părere că există și diferențe regionale, fiindcă în Alsacia sunt frecvente cazurile de lupuscarcinom, iar în vestul Franței sunt relativ rare. Deasemenea este interesant de remarcat, că lupuscarcinomul este aproape inexistent în Japonia, primul caz fiind descris numai în 1935, de **Amagasaki Masao**, la o bolnavă de 32 ani, care suferea de 17 ani, de un lupus vulgar.

În rezumat după **Volk** dozele prea mari sau prea des repetate de Röntgen, mai ales dacă sunt slab sau deloc filtrate, adică raze moi, pot juca un rol important în producerea cancerizării.

Alături de lupuscarcinomul veritabil, trebuie să deosebim

carcinomele radiologice, unde avem de a face cu un lupus malignizat în urma tratamentului cu raze X, apoi carcinomele grefate pe cicatrice.

Acestea sunt cazurile la cari malignizarea lupusului, se produce la scurt interval după iradiere (1—5 ani) și mai ales la persoane tinere. Un astfel de caz publică **Adamson** la o copilă de 13 ani, iar **Wild** la un bolnav de 18 ani. De altfel și examenul istologic confirmă etiologia acestor forme, observând în majoritatea cazurilor, pe lângă un carcinom forma spino-celulară, și alterațiuni tipice ale pielii, produse în urma radioterapiei. Carcinomele ce apar pe un teren alterat de raze, în general au un decurs mai rapid, care duce în scurt timp prin metastazare la moarte.

Intre alți autori **Minz M.**, este de părere că anumite forme de lupuscarcinome, ar trebui grupate la cancerul cicatricial.

**Merkel H.**, deosebește un lupuscarcinom dezvoltat pe teren lupic și lupuscarcinom pe cicatrice lupică. După acești autori, nu lupusul ar juca un rol în ce privește provocarea lupuscarcinomului, ci cicatricea post lupică, explicându-și apariția lui prin iritația continuă dela nivelul cicatricei.

Este fapt dovedit, că cicatricile constituiesc un teren favorabil pentru dezvoltarea epiteliomelor, în special de tip spino-celular. Epiteliomul grefat pe cicatrice, a fost semnalat încă din 1828 de **Majalin**, iar **Lumière** consideră epiteliomul, ca o boală a cicatricelor. Unii autori cred că în cicatricile lupice, ar exista un factor stimulent, dat de însuși elementul lupic, deoarece aceste cicatrice, se cancerizează mult mai des ca cele după alte afecțiuni. Cicatricile lupice rezultate în urma tratamentului cu raze X, dau după **Da Costa** 18% cancerizări, față de procentul mult mai mic de lupus carcinom, așa că razele X ar favoriza cancerizarea.

**Pop L.** și **Bulbuca I.**, sunt de părere în privința etiologiei lupuscarcinomului veritabil, că pe lângă momentul favorizant ce-l constituie procesul proliferator de natură tuberculoasă; mai trebuie să existe și un alt factor, încă necunoscut de noi, pe care își propun să-l numească deocamdată, teren canceros predispozant.

## FRECVENȚĂ — LOCALIZARE

Lupuscarcinomul variază ca frecvență în general între 1—4 la sută. Din statisticele recente, găsim publicate între altele, următoarele date pe cari le redăm, ca fiind mai clocvente :

**Axel Reyn** publică la 2700 lupici 17 lupuscarcinome.

**Wichmann** publică la 1557 lupici, 19 lupuscarcinome.

**Sequeira** publică la 964 lupici, patru lupuscarcinome.

**Volz R.**, publică la 4251 lupici, 45 lupuscarcinome

**Mündeleni** publică la 2575 lupici, 83 lupuscarcinome.

**Daichendt E.** publică la 553 lupici, 14 lupuscarcinome.

**Iulius Mayor** găsește lupuscarcinomul în proporție de 3%, tot așa **Raisner** la Clinica din Würzburg. **Darier** în 4 la sută.

În România, unde problema tuberculozei cutanate este mai neglijată, evident că și lupuscarcinomul este destul de frecvent. Astfel **Daichendt** în teza sa din 1933, publică o statistică de pe ultimii 12 ani la Clinica Dermatologică din Cluj, aflând la un număr de 553 cazuri de lupus vulgar, 14 cazuri de lupuscarcinome, adică în proporție de 2,7%. Este de remarcă, că lupuscarcinomul l-a întâlnit exclusiv numai la cazurile de lupus vulgar, negăsindu-l la celelalte forme de tuberculoză cutanată.

La Institutul de cancer din Cluj **L. Pop** și **I. Bulbuca**, publică un număr de 20 cazuri de lupuscarcinome, în ultimii 6 ani.

Lupuscarcinomul survine de obicei la persoanele mai în vârstă, unde lupusul persistă de ani sau zeci de ani, câteodată însă și la persoane relativ tinere.

Cazurile descrise aparțin la etăți ce variază între 13 și 88 de ani, mai des însă între 50—60 de ani. Cancerul se dezvoltă de obicei pe un teren lupic, care datează de mult timp, 10 - 30 ani, în medie 20 de ani. Există însă excepțional cazuri, unde carcinomul apare la scurt timp după debutul lupusului. **Volk** amintește cazul unui bărbat de 65 ani, la care cancerul s'a prezentat deja după 4 ani. Deasemenea **B. Schwartz**, descrie un caz, unde lupusul a început la etatea de 50 de ani și după 4 ani s'a produs malignizarea. **Pop L.** și **Bulbuca**, publică un caz personal, unde malignizarea a survenit abia la 1 an după apariția lupusului, fără să se fi aplicat vreun tratament bolnavei.

În majoritatea cazurilor, lupuscarcinomul se localizează pe față, de altfel ca și lupusul. După **Sielberstein**, procentuația carcinomului feței pe bază lupică este de 82,5%. Urmează apoi ca frecvență a localizării extremitățile, cu 11,4%.

Până în ultimul timp s'a observat că deși la femei găsim mai mult lupus, cancerizarea este mai frecventă la bărbați, aceasta probabil fiindcă fața bărbaților este expusă la iritații diferite. (**Frank Schultz**). În ultimii ani s'a inversat proporția, astfel că argumentația lui **Frank Schultz** a căzut. În statistica lui **Daichendt** din Clinica Dermato-Venerică din Cluj, din 14 lupuscarcinome, 10 s'au întâlnit la femei, pe când **Ashihara** din contra a găsit un raport de 64 bărbați față de 36 femei, iar **Silberstein** 55 bărbați față de 45 femei, numai **Raisner** dând o procentuație de 59 femei și 41 bărbați.

De obicei se observă o singură tumoră, dar câteodată s'au văzut și cancerizări în focare multiple. (**Pautrier** și **Maurel**, **Volk**, **Sezary** și **Rivoire**.)

**Sielberstein**, avea 9 cazuri cu cancerizări multiple, iar **Bargues** 16 cazuri din 164. **Beretvás**, a descris un caz unde pe

obrazul stâng era un cancer spinocelular, care după părerea lui a fost cauzat de Röntgen, iar pe fața dreaptă, un cancer tubulo-alveolar, cu celule bazale, tipic pentru lupuscarcinom.

## DESCRIERE CLINICĂ

Epiteliomul poate lua tot așa de bine o formă vegetantă, ca și o formă ulcerosă, prima fiind totuși mai frecventă. Poate să nu existe decât o singură tumoră, sau focare multiple.

**Forma vegetantă** îmbracă aspectul epiteliomei papilare; se formează o tumoră burjonantă, neregulat hemisferică, larg implantată, cu suprafața roșie secretantă și sângerândă, câteodată acoperită de cruste mici, dure la pipăit. Tumora crește cu rapiditate și atinge volumul unei nuci, sau al unui ou.

**Forma ulcerosă** produce o pierdere de substanță cu configurație geografică, ovală, sau neregulată; marginile sunt net limitate, de consistență aproape lemnoasă, de culoare roșie închisă, tăiate á pic; fondul este de culoare albicioasă gălbui, sau roșu viu, mamelonat burjonant; se remarcă o secreție sero-sânghinoleptă, sau franc hemoragică la cea mai mică atingere; baza este îndurată, aderență de planurile profunde. Leziunea este durerosă la atingere.

Acest lupuscarcinom poate să câștige din aproape în aproape, și să invadeze cu rapiditate mușchii, oasele, ganglionii, luând mersul unui epiteliom terebrant, care produce adevărate ravagii ale feței.

În alte cazuri din contra, ganglionii regionali nu sunt prinși decât tardiv.

## ISTOPATOLOGIE

Tabloul istopatologic este tot așa de divers ca și cel clinic. Găsim cancere spinocelulare, cu multe perle epiteliale sau fără ele, mai rar bazocelulare.

Examenul istopatologic în unele cazuri este important, din punct de vedere al diagnosticului, fiindcă deseori mai ales la lupusul ulceros, se formează tumori granulative, (Granulations-tumoren) care, clinic seamănă foarte mult cu cancerul.

Un cancer spinocelular, pledează mai mult pentru o etiologie röntgeniană, deși aceasta nu este o regulă, deoarece găsim câte odată lupuscarcinome tipice spinocelulare. În tot cazul dacă găsim alte forme de cancere, putem fi mai siguri că nu Röntgenul a contribuit la malignizare, dar și această regulă nu este fără excepție.

Afară de cancerele spino și bazocelulare, s'au descris mai rar și alte forme, de ex. **Hellmann**, descrie un nevocarcinom în lupo.

În comparație cu epiteliomele, celelalte tumori sunt mult

mai rare. **Sauerbruch** și **Perthes**, atrag atenția la degenerări sarcomatoase în focarele bacilare, mai ales după iradieri cu Röntgen. **Arndt**, **Milian** și **Delarme**, au observat un caz unde pe obrazul drept s'a dezvoltat pe teren lupic un fibro-leiomyon cu degenerare sarcomatoasă, iar după doi ani pe obrazul stâng, un epiteliom spinocelular. **O. Fleischer**, descrie deasemenea un caz, unde concomitent s'a dezvoltat pe lupus vulgar, un sarcom și un epiteliom.

## EVOLUȚIE ȘI PROGNOSTIC

Deși cancerul cu diferitele lui varietăți se poate dezvolta pe orice formă a lupusului, ca și pe cicatricile lupice, totuși sunt mai predispuse la malignizare formele hipertrofice și colicvative. Aceasta probabil din cauză că țesutul lupic moale, nu poate opune un obstacol suficient față de proliferarea masselor tumorale hipertrofizante, ca și cutisul normal.

Aceste epitelioame deși au deobicei evoluție rapidă, ajungând în scurt timp la volume apreciabile și prezentând ramoliții centrale, totuși din punct de vedere al metastazelor nu sunt mai maligne decât celelalte epitelioame cutanate, din contra metastazele în aceste cazuri se produc mai tardiv. Ganglionii regionali rămân mult timp intacti. **Handly** explică acest fapt prin distrugerea căilor limfatice, în urma procesului bacilar, producând astfel un obstacol în procesul de metastazare. Acest fapt însă nu se poate confirma istopatologic.

**Zinsser** amintește unul dintre cazurile lui, unde cancerul deși a prezentat o întindere foarte mare, atât la suprafață cât și în profunzime, jenând chiar alimentația, și unde totuși starea fizică și psihică a bolnavului n'a fost alterată.

Uneori lupuscarcinomul crește repede, invadează rapid mușchii, oasele, chiar și ganglionii, și ia aspectul unui epiteliom terebrant, care desfigurează fața. Totuși în majoritatea cazurilor, ganglionii nu sunt prinși decât tardiv. Metastazarea s'ar produce mai frecvent, în cazurile unde procesul carcinomatos, se extinde și asupra părților mucoase (**Andry**).

Prognosticul este serios, după cum rezultă și din statistica lui **Ashihara** și **Sielberstein**. După părerea lui **Pavrier**, sunt mai benigne cele bazocelulare decât spinocelularele, însă de multe ori avem ocazia să vedem cancere spinocelulare benigne, față de altele bazocelulare maligne. Prognosticul este mai bun dacă se intervine la timp, făcând operația radicală. În practică însă cazurile ni se prezintă târziu, astfel că condițiile favorabile pentru distrugerea tumorii se întâlnesc foarte rar, stadiul boalei fiind foarte avansat, așa că în cele mai multe cazuri nu vom putea opri procesul canceros, care va duce inevitabil la moarte.

## TRATAMENT

Cunoscând vasta literatură în ce privește cauzele malignizării, printre cari și rolul ce se atribuie tratamentului, ca moment iritativ pe lângă o eventuală influență favorizantă particulară a lupusului, trebuie să subliniem dela început importanța pe care o are un tratament energic și radical, atât asupra lupuscarinomului, cât și a placardului lupic.

Tumora trebuie îndepărtată fără să deschidem vasele, eliminând astfel pericolul metastazării. În acest scop nu vom face excoclearea, ci diatermocoagularea profundă, urmată de iradierii cu Röntgen sau Radium, bine filtrate și dozate.

După această intervenție trebuie să distrugem și focarul lupic, ca să micșorăm posibilitatea unei recidive. Vom proceda adică tot la diatermocoagularea placardului lupic, continuând tratamentul cu metodele cunoscute în tratamentul lupusului. A dat rezultate satisfăcătoare tratamentul cu Vyrogalol, care are acțiune electivă asupra țesutului bacilar, cu condiția ca și în acest caz tratamentul să fie cât mai energic, pentru a obține o vindecare într'un timp cât mai scurt posibil. Desigur vom asocia și tratamentul general, constând din regim, preparate de aur, sau mai nou Rubrophen.

L. M. Pautrier recomandă ca radioterapia, să nu reprezinte decât o metodă de excepție în tratamentul lupusului, și să nu fie întrebuintată decât cu mare prudență, acțiunea ei predispozantă asupra cancerizării, mai ales dacă s'a întrebuintat dozajii prea forte, raze moi, și nefiltrate, părăndu-i sigură.

În clinica Dermato-Venerică din Cluj, tratamentul constă în distrugerea maselor tumorale, cât și a resturilor de țesut lupic, printr'o diatermocoagulare puternică, coagulând în anestezie generală, până adânc în țesutul sănătos. La 5—6 zile după eliminarea resturilor tumorale coagulate, se aplică în general un tratament cu raze Röntgen, administrându-se în total o doză de 1500 până la 2000 r. cu filtru 3-4 mm. Al. la o tensiune de 10 Kw. și 4 m. A. 30 cm. F. P. pielea sănătoasă din jur trebuind să fie bine protejată cu plăci de Pb. Leziunea astfel iradiată, se va trata pe urmă ca o ulcerăție simplă, aplicându-se pansamente cu alifii epitelizante: ung. Pellidol 2%, pasta Granugen, ung. Mikulicz, etc.

Deși razele Röntgen constituiesc un mijloc terapeutic foarte puternic, sunt cazuri unde după o ameliorare temporară de scurtă durată, procesul canceros stagnează pe loc, sau evoluiază. În cazurile acestea mijlocul terapeutic suveran, este reprezentat prin tratamentul cu radium.

L. Pop și I. Bulbuca comunică 20 cazuri de lupuscarinome, în decurs de 6 ani, la Institutul de Cancer din Cluj. Tratamentul a constat din diatermocoagularea maselor tumorale, urmate

la scurt timp de un tratament cu raze Röntgen. Rezultatele terapeutice s'au ameliorat însă considerabil, după introducerea tratamentului cu Radium. În cazurile publicate de autorii suscitați, radiumterapia s'a aplicat sub formă de radiumpunctură sau prin contact, iar doza administrată a fost de 1-2<sup>1/2</sup>m.c. pe cm. patrat.

## OBSERVAȚIUNI CLINICE

În teza sa din 1933, R. Daichendt, publică o statistică pe 12 ani din clinica Dermato-Venerică din Cluj. (1920—1931), în care găsim la un număr de 553 cazuri cu lupus vulgar, 14 lupuscarcinome. Este de remarcat că lupuscarcinomul l-a aflat numai la cazurile de lupus vulgar, neîntâlnindu-l la celelalte forme de tuberculoză cutanată. Din aceste 14 cazuri 10 s'au întâlnit la femei, deși celelalte statistici în general, arată un raport mai mare de bărbați. Deasemenea toate cazurile interesau fața (10 cazuri de cancer pe nas, 3 cazuri pe obraji și într'un singur caz pe buza inferioară).

Față de datele furnizate de această statistică, făcută pe un număr relativ mare de ani, vom căuta să redăm numai observațiile clinice la câteva cazuri mai instructive, internate în serviciul clinicei în ultimii ani.

**Obs. I.** — B. F. 27 ani, căsătorită, casnică, internată în clinică din anul 1935 cu Dgs. Lupus vulgar. Cancer în lupo. Anteced. heredo-colat. și pers. fără importanță. Menstruată la 14 ani. A avut trei nașteri și nici un avort. Neagă boli venerice.

Aproximativ dela vârsta de 5 ani, suferea de un lupus vulgar al feței, pentru care s'a tratat în diferite servicii spitalicești. Înainte cu un an în urma unui traumatism suferit la față, se produce o ulceratie, care crește din ce în ce, și se extinde pe întreg obrazul stâng desfigurând-o.

**Ex. obiectiv :** pielea prezintă o afecțiune sub forma unui placard; care ocupă obrazul stâng în întregime, care este tumefiat, producând o asimetrie a feței cu o deviație a comisurii bucale stângi în jos. Acest placard are margini neregulate, dar bine delimitate, proeminând ușor din nivelul țesutului normal. Tegumentele dela acest nivel au o culoare roșie-brună, în unele părți violacee, în altele albicioasă, cu o descuamați fină pe suprafață. Prin vitropresiune se pot evidenția numeroși lupomi, îndeosebi spre periferia plăcاردului.

Regiunea pleoapei inferioare stângi și a sacului lacrimal, este tumefiată edemațiată.

În centrul acestui placard lupic, se prezintă o leziune ulceroasă de mărimea unei mandarine, de formă rotundă, cu margini bine delimitate, proeminente, infiltrate, dure, formate parte dintr'o bordură confluentă, parte din formațiuni nodulare ca



niște perle. Suprafața ulcerăției este neregulată, acoperită cu puroi și țesut necrotic.

Subiectiv bolnava acuză dureri intense.

Mucoasele intacte. Ganglionii submaxilari palpabili.

R.W. negat. Ex istopatologic pune în evidență un carcinom spinocelular.

**Tratament.** — Se face diatermocoagularea leziunii, urmată de un tratament cu radium la Institutul de Cancer din Cluj, aplicându-se în total 5400 mgr. e. h. radium prin contact și radium punctură combinate. După acest tratament procesul malign dispăre în 3 luni, lăsând în urma sa o cicatrice netedă, cu lupomi recidivanți la periferie.

Bolnava este de 3 ani în observația noastră, fără recidivă.

**Obs. II.** — Sz. T. 59 ani, ref. vād. din jud. Sălaj. Anteced. heredo-colat. și personale fără importanță. Menopauză de 4 ani.

Boala de care suferă, datează dela vârsta de 15 ani, când a apărut o tumefacție la nivelul metacarpianului V dela mâna stângă, care a supurat timp de un an și jumătate. Tot atunci a apărut pe fața exterioară a antebrațului stâng, în treimea inferioară, o leziune de mărimea unei piese de 100 lei, care s'a extins cu încetul. Această leziune n'a împiedecat pe bolnavă să-și vadă de ocupațiile zilnice. Înainte cu un an și jumătate, centrul acestei leziuni s'a exulcerat și s'a dezvoltat tumora pe care o prezintă și acuma, și pentru care a intrat în clinică.

**Ex. obiectiv:** este bine dezvoltată și nutrită; prezintă o gușe parenchimotoasă considerabilă.

Localizat pe jumătatea inferioară a antebrațului stâng, prezintă un placard întins, care înconjoară aproape complet antebrațul, în formă de manșon, lăsând liberă numai o bandă îngustă pe fața flexorică. Acest placard are două zone bine distincte. Zona periferică are toate caracterele unui lupus vulgar plan rezolutiv, prezentând o suprafață cicatricială cu câțiva lupomi recidivanți, marginile fiind ușor ridicate, bine delimitate, și cu un număr mare de lupomi.

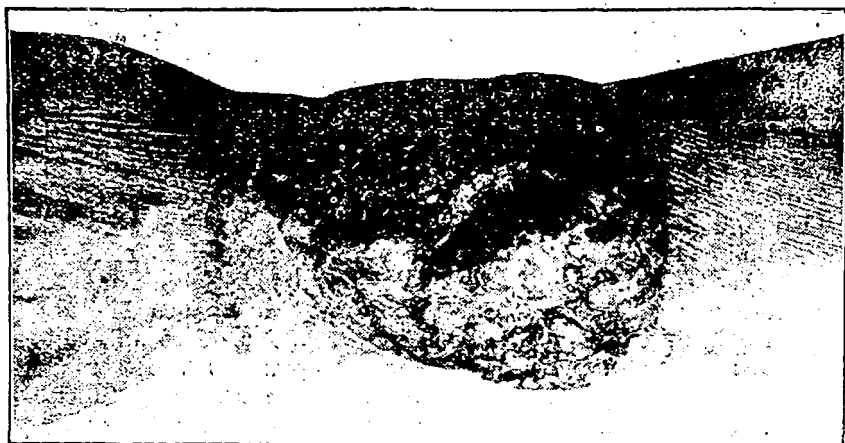
În centrul acestui placard lupic, observăm o tumoră considerabilă, neregulată, conopidiformă, cu margini bine delimitate și ușor ridicate, formate dintr'un țesut neoplazic, friabil, sângărând la atingere. Această tumoră în unele locuri prezintă zone necrotice, iar în alte părți tendință de epitelizare. Părțile declive ale tumorii mai cu seamă șanțurile, sunt umplut cu o secrețiune purulentă, foarte fetidă. La baza întregului placard găsim o infiltrație și edemație pronunțată, dar mușchii și tendoanele sunt încă libere.

R.W. negat. Ex. istopatologic confirmă Dgs. de carcinom forma spinocelulară.

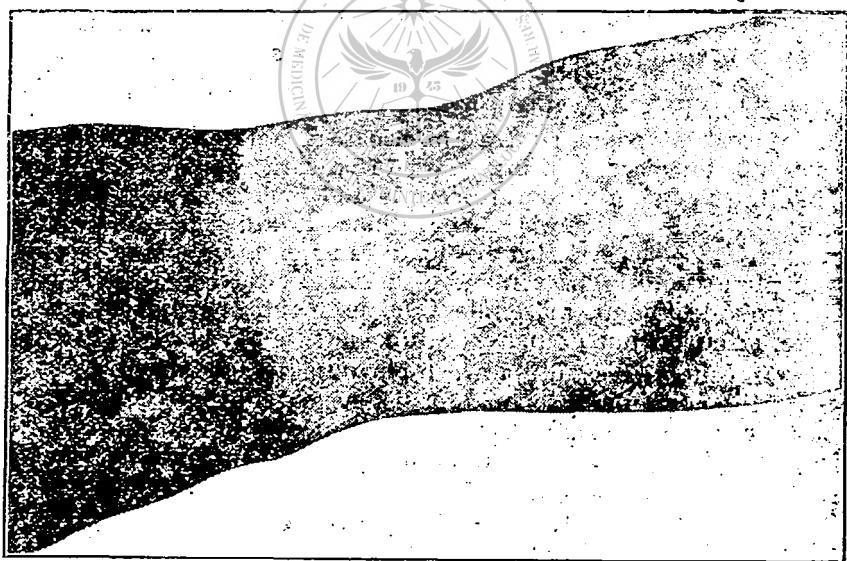
**Tratament.** Se face diatermocoagularea maselor tumorale, iar la 6 zile i se aplică o doză puternică de raze Röntgen, în

total 2000 r. filtrate cu 3 m.m. Al. La două luni după iradiere, atât leziunea lupică cât și cea carcinomatoasă, vindecate.

Bolnava a fost sub observație 5 luni, fără să prezinte semne de recidivă.



Obs. II. — Înainte de tratament



Obs. II. — După tratament

**Obs. III.** — S. I. 42 ani, plugar, din jud. Bihor, internat în clinică la 26 Ianuarie 1938.

Anteced. heredo-colat. nimic deosebit. In cele personale, de remarcat un traumatism la nivelul articulației radiocarpene,

produs înainte cu 21 ani în timpul războiului. În urma acestui traumatism, s'a produs o tumefiere pronunțată la gâtul mânei stângi, și un focar supurativ localizat la nivelul extremității proximale a metacarpianului II. În urma intervenției, plaga a continuat timp de 3 luni, când afirmativ s'a pus diagnosticul de lupus. A mai fost ospitalizat și a urmat un tratament cu Pyrogalol de încă 6 luni, după care timp leziunea s'a vindecat, lăsând o cicatrice. Înainte cu 4<sup>1/2</sup> luni, bolnavul observă în cicatrice apariția unei mici tumorete, cu aspect neregulat, care în mod treptat s'a extins în suprafață, s'a ulcerat, având o tendință pronunțată la sângerare.

**Ex. obiectiv:** bolnav bine nutrit și dezvoltat.

Localizat pe dosul mânei stângi, întinzându-se spre antebrâu, prezintă un placard de mărimea unei palme de adult, în care se observă două regiuni bine distincte. Regiunea centrală a placardului, este formată de o tumoră cu aspect trilobat ca o frunză de trifoi, având diametrul mai mare de 7 cm. Marginea tumorii este policiclică, bine delimitată de restul placardului, și ridicată din nivelul acestuia cu cca 1 cm., având aspectul verucos, hipercheratotic, cu fisuri destul de profunde. Suprafața tumorii formată din țesut neoplazic, este ridicată la același nivel cu marginile, este anfractuoză, prezentând formațiuni mamelonare, delimitate de șanțuri profunde, ceiace dă leziunii un aspect conopidiform. Părțile mamelonate prezintă suprafața acoperită de cruste galbene-brune, sanghinolente, destul de aderente, iar șanțurile ulcerate sunt plin cu o masă necrotică și o secreție seropurulentă, cu miros fetid. După detașarea crustelor, suprafețele mamelonate sunt ușor erodate, prezentând puncte gălbui și mici hemoragii. Zona periferică a placardului este formată de un halo eritematos livid, la nivelul căruia se observă o descumație fină. Marginile haloului sunt neregulate și șterse, continuându-se pe neobservate cu pielea sănătoasă din jur. Întreg placardul prezintă la bază o infiltrație și edematiere destul de pronunțate, fixând tumora de părțile subjacente și limitând mișcările articulației radio-carpine, cu toate că tendoanele par a fi mai mult sau mai puțin libere.

Subiectiv bolnavul acuză la nivelul tumorii, senzații de arsură, și ușoare dureri la mișcările articulației radiocarpiene. Mucoasele intacte. Ganglionii liberi. R.W. negativă.

Ex. istopatologic arată aspectul tipic al unui epiteliom spino-celular.

În urma antecedentelor, aspectului clinic și examenului istopatologic, se pune Dgs. de epiteliom grefat pe cicatrice lupică.

**Tratament.** — Diatermo-excizia tumorii în anestezie cu evipan sodic. Din cauza tendoanelor dela baza tumorii, țesutul neoplazic se extirpă cu precauțiune, urmând ca resturile tumo-

rale să se diatermocoaguleze ulterior și să se completeze tratamentul prin raze X sau radium. După diatermoexcizie, se aplică timp de 2 zile comprese cu Ozonogen, după care țesuturile coagulate se elimină, aplicându-se apoi epitelizante. După o săptămână, se diatermocoagulează din nou resturile tumorale vizibile. În urma intervenției, bolnavul este afebril, păstrând o stare generală bună.



## CONCLUZIUNI

1. Lupuscarcinomul constituie o complicație serioasă a lupusului, cu o frecvență după majoritatea statisticilor, variind între 1—4 la sută.

2. Etiologia cancerizării nu este încă precizată; după majoritatea autorilor, trebuie să presupunem pe de-o parte un factor predispozant particular lupusului, (proliferări eiteliale patologice) pe de altă parte, factori declanșatori iritativi, rezultați în urma unui tratament îndelungat, cu agenți fizici și chimici.

3. Tratamentul lupusului trebuie să se facă cât mai rapid și energic, pentru a nu creia momente iritative de lungă durată, ceiace poate contribui la cancerizare.

4. Radioterapia în general nu favorizează cancerizarea, cu condiția să se întrebuițeze cu prudență, razele fiind bine dozate și filtrate.

5. Diagnosticul lupuscarcinomului trebuie precizat cât mai curând, în cazuri dubioase prin biopsie, pentru a interveni la timp și a mări astfel șansele de vindecare.

6. Rezultatele terapeutice cele mai bune, le obținem prin diatermo-coagularea profundă a maselor tumorale, până în țesutul sănătos, urmată la scurt interval de un tratament cu raze Röntgen în doze mari, sau prin Radiumterapie, sub formă de radiumpunctură sau prin contact.

VĂZUTĂ ȘI BUNĂ DE IMPRIMAT :

Președintele tezei  
Prof. Dr. C. TĂTARU

Decan  
Prof. Dr. M. STURZA

## BIBLIOGRAFIE

- Arz-Zieler:** Haut und Geschlechtskrankheiten, 1934, vol. III.
- Amagasaki-Masao:** Iap. I. of Dermat. No. 37.
- Daichendt R.:** Studiu statistic referitor la cazurile de tuberculoză cutanată, observate în clinica dermatologică din Cluj. Teză 1933.
- Diss et Lewy:** Leiomyosarcome développé sur ancien lupus tuberculeux de la face (Bulletin de la Soc. Franc. de Dermat, 1924, p. 108).
- Friedlaender Carl:** Über Epithelwucherung und Krebs.
- Gans Oskar:** Histologie der Hautkrankheiten.
- Jadassohn J.:** Handbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten. Verlag Springer 1931.
- Kyrle Josef:** Histologie der Menschlichen Haut und ihrer Erkrankungen.
- Kreuzer Fr.:** Lupus erythematus in Verbindung mit vorhandenem Plattenepitel-Krebs. Dermat. Zeitsch. No. 42, 1924.
- Leod Mac:** The patholog. changes in the skin produced by the rays from a Finsenlamp. Brit. med. J. 1902.
- Lewandowsky F.:** Die Tuberculose der Haut. Berlin 1916.
- Minz M.:** Zur Frage der sogenannten Lupus-Carcinom. Sowiet wracz Garz. No. 13-14, 1933.
- Mundelein W.:** Die Prognose des Lupus Carcinom. Disertație Münster. i. W. 1935.
- Makel Hans:** Ein Fall von Carcinom auf dem Boden eines Lupus erythematoses. Disertație Erlangen 1935.
- Michelsen E.:** Zur Kasuistik der Carcinombildung auf Lupus c. Derm. Zbl. No. 8, 1905.
- Milian, Périn et Delarue:** Tumeurs variées sur lupus. Bulletin de la Soc. franc. de dermat. 1927, p. 432.
- Mihalca Iosif:** Epiteliom grefat pe cicatrice lupică. Soc. rom. de dermat. și sif. Cluj, 13. II. 1938.
- Palugyai I.:** Röntgenherapie eines Carcinoms bei Lupus erythematoses Forsch. Röntgenstr. No. 59, 1934.
- Pautrier L. M.:** Tuberculose cutanée. Nouvelle pratique Dermat.
- Pop Leonida și Bulbuca Iosif:** Considerațiuni asupra lupuscarcinomului în legătură cu 20 observații personale. Rev. Cancerul, No. 2, 1937.
- Sluys et Stempel:** Trois cas d'épitheliomas sur lupus. Ref. Z. b. f. Hautkr. No. 28, 1929.  
Hantkr. No. 28, 1929.
- Uhlmann E. und G. Schambye:** Lupus erythematosus und Carcinom. Archiv. f. Derm. No. 170, 1934.
- Volk K.:** Tuberculose der Haut, 1931.
- Véres F.:** Cancer in lupo. Soc. rom. de dermat. și sif. Cluj, 1937.