

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

---

No. 1521

RUBROPHENUL  
ÎN TRATAMENTUL  
LUPUSULUI  
ERITEMATOS



PENTRU

DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE  
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE 21 DECEMBRIE 1939

DE

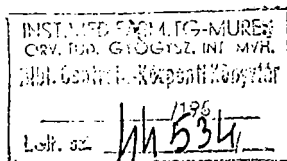
**PALLOS MARIANNA**

RUBROPHENUL  
ÎN TRATAMENTUL  
LUPUSULUI  
ERITEMATOS



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE  
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE 21 DECEMBRIE 1939

DE  
PALLOS MARIANNA



24 MAY 1939

# UNIVERSITATEA »REGELE FERDINAND I« DIN CLUJ

## FACULTATEA DE MEDICINA

Decan: Prof. Dr. DRĂGOIU I.

### Profesori :

Clinica stomatologică . . . . .	Prof. Dr. ALEMAN I.
Microbiologia . . . . .	" " BARONI V.
Fiziologia umană . . . . .	" " BENETATO GR.
Istoria medicinei . . . . .	" " BOLOGA V.
Patologia generală și experimentală . . . . .	" " BOTEZ A. M.
Clinica oto-rino-laringologică . . . . .	" " BUZOIANU GH.
stologia și embriologia umană . . . . .	" " DRAGOIU 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 . . . . .	" " MICHAIL 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 } . . . . .	
Clinica infantilă . . . . .	" " POPOVICIU GH.
Farmacologia și farmacognozia (supl.) . . . . .	" " POPOVICIU GH.
Chimia medicală . . . . .	" " 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 SUSȚINERE :

PREȘEDINTE: D-l. Prof. Dr. V. BOLOGA

MEMBRII :	}	" " " GR. BENETATO
		" " " M. KERNBACH
		" " " GH. POPOVICI
		" " " TITU VASILIU

SUPLEANT " Conf. " I. GAVRILĂ

## LUPUSUL ERITEMATOS

Lupusul eritematos este considerat din cauza autonomiei sale clinice și etiologiei unice, ca unul dintre cele mai frecvente tuberculide.

Această dermatoză este caracterizată prin trei procese, cari în cazurile tipice se găsesc împreună :

1. *Èritemul*, care nu lipsește niciodată.
2. *Hiperkeratoza*, localizată mai ales la nivelul orificiilor glandulare.
3. *Procesul cicatricial*, care se manifestă, fie printr'o cicatrice unică centrală, fie prin cicatrice insulare.

### Etiologie și patogenie :

Lupusul eritematos nu este o afecțiune rară, H. Frumd dela Clinica din Berlin, ne prezintă frecvența proporțională anuală a lupusului eritematos, în raport cu celelalte maladii tratate în această Clinică, ca variind între 0,17 și 0,49%. Clinica din Madrid, a dat proporția de 0.43% lupus eritematos, în raport cu celelalte maladii.

Este mai frecvent la femei decât la bărbați  $\frac{5}{1}$ . În ceace privește vârsta, este mai frecvent între 25 și 45 ani, survine în mod frecvent în țările cu climat rece (Germania, Anglia, Rusia, Țările Scandinave).

Cauze predispozante : turburări circulatorii locale și generale, acroasfixie, eritroza facială, turburări gastro-intestinale și utero-ovariene, angio-neuroze.

Din punct de vedere etiologic, s'au adus o serie de teorii mai mult ipotetice: *Jacquet* incriminează leziuni ale ganglionului cervical superior și simpatic; *Bortniaieff* și *Tchirkina* pune în legătură de cauză lupusul eritematos cu leziuni ale plexului solar.

În realitate sunt două teorii principale, care sunt astăzi admise pentru a explica etiologia lupusului eritematos:

1. *Prima teorie* și cea mai mult admisă este aceea, care consideră lupusul eritematos ca o manifestățiune tuberculoasă.

2. *A doua teorie* consideră lupusul eritematos, ca un sindrom cauzat de diverse cauze.

*Etiologia tuberculoasă* al lupusului eritematos a fost demonstrată prin argumente clinice și mai puțin istologice. Într'adevăr, bacilul Koch este rar găsit în leziuni: *Arndt* l'a putut pune totuși în evidență. Din punct de vedere istologic; *Audry* a publicat trei cazuri de lupus eritematos cu celule gigante; totuși celule gigante nu sunt de însuși specifice tuberculozei, pe de altăparte ar putea fi vorba de un lupus eritematos tuberculos.

Din punct de vedere clinic însă în mod frecvent găsim în antecedentele hereditare și colaterale tuberculoze viscerale: bolnavii de lupus eritematos au foarte frecvent în antecedente bronșite sau manifestățiuni scrofulotice.

Autopsia pune foarte adeseori în evidență leziuni tuberculoase pulmonare sau viscerale.

Din punct de vedere statistic *Rona*, *Boeck* găesc Tbc, în 66% din cazuri: *Roesch* în 88%, *Ehrmann* și *Falkenstein* id 98%. Aceste procente după cum vedem sunt variabile, deoarece ele sunt în raport cu criteriile după care s'a făcut statistica. O statistică care demonstrează acest lucru este a lui *Pasini*: el găsește tuberculoza în 67% bazându-se pe examenul clinic, 77% bazându-se pe ancheta familiară, 93% bazându-se pe examenul radioscopic și 100% pe intradermo-reacțiune.

Reacțiunile locale la tuberculină sunt în mod frecvent pozitive.

Tot în favoarea etiologiei tuberculoasă a lupusului

eritematos pledează sero-diagnosticul tuberculos pozitiv și reacțiunea de deviație a complementului.

În ceea ce privește mecanismul de acțiune al tuberculozei în lupusul eritematos, fără a se cunoaște precis, se admite că ar interveni fie toxinele, fie bacilii atenuați, fie emboliile microbiene.

În cadrul celei de a doua teorii, după care lupusul eritematos ar fi un sindrom, se incriminează o serie de infecțiuni. În prima linie se găsește sifilisul: în sprijinul etiologiei sifilitice vin constatările a o serie de autori, cari au găsit în mod frecvent lupusul eritematos la heredo-sifilitici, apoi rezultatele bune obținute cu medicamentele antisifilitice și mai ales rezultatele serologice. Totuși pozitivitatea reacțiunii Wassermann în lupusul eritematos este variabilă și puțin constantă.

Lupusul eritematos se poate desvolta pe un teren sifilitic, aceasta însă nu dovedește etiologia lui sifilitică.

S'a incriminat apoi infecțiunea streptococică: streptococul având ca punct de plecare amigdalele, dinții, sinusurile, trompele uterine; sensibilizează organismul și creiază leziuni cutanate. În favoarea acestei teorii vin rezultatele bune asupra lupusului eritematos odată cu tratamentul acestor focare de infecție și prin auto-vaccinarea streptococică.

Având în vedere aceste considerațiuni fără a se nega importanța terenului sifilitic și rolul adjuvant al unor infecțiuni, *Joseph Nicolas* și *Jean Gaté*, apoi *Darier*, consideră lupusul eritematos ca având o etiologie unică și anume ca o tuberculidă.

## ANATOMIE PATOLOGICĂ

1. **Perioada de debut.** Avem leziuni vasculare : dilatație vasculară, conturul capilarelor neregulat, endoteliu proliferat, manșon celular pericapilar, ușor edem, infiltrație perivasculară și hiperkeratoză foliculară.

2. **Perioada de stare :** Avem a) leziuni epidermice : atrofie epidermică, hiperkeratoză generalizată. Corpul mucos a lui Malpighi redus la câteva straturi, stratul generator reprezentat prin celule alungite sărace în protoplasma. b) Leziuni dermice și vasculare : Infiltrație dermică dispusă în lobuli limitați de trașee dermice, cu celule fixe conjunctive, limfocite, celule plasmatică, mastocite, leucocite și câteva celule pigmantare. Celulele conjunctive și mastocitele dispar rapid.

Glandele sebacee prezintă procese inflamatorii : obliterarea canalelor excretoare, dilatația și hipertrofia glandelor din cauza retențiunii. Ulterior, atrofie glandulară.

Glandele sudoripare : Avem infiltrație periglandulară, atrofie glomerulară, dilatație canalelor excretoare.

3. **Intr'un stadiu mai avansat :** Degenerescenta țesutului elastic și a celulelor din infiltrat. Intr'o ultimă fază avem o cicatrice cu persistența unei cantități mici de țesut elastic.

Lupusul eritematos al mucoaselor prezintă : leziuni inflamatorii perivasculară, hipertrofie inegal repartizată ; leziunile epiteliale sunt secundare leziunilor vasculare și conjunctive.

## SIMPTOMATOLOGIE

Simptomele caracteristice pentru lupusul eritematos sunt :

1. **Eritemul** ;
2. **Hiperkeratoza** ;
3. **Cicatricile sau atrofia.**

1. **Eritemul** în mod obișnuit este simetric, în unele cazuri repartizat în pete diseminate pe fața, cu ușoare teleangiectazii. Eritemul este roșu, roz, sau livid. Dispare prin vitro-presiune. În unele cazuri este ușor dureros. E asociat foarte des de hiperkeratoza. În alte cazuri este infiltrat, pielea devine roșie, dură, cartonoasă, reliefată.

2. **Hiperkeratoza** este caracterizată prin scuame fine, aderente, uscate, antrenând cu ele prelungiri din stratul cornos, cari reprezintă mulajul orificiilor pilo-sebacee. În unele cazuri se observă o descuamație lameloasă, psoriaziformă. Când voim să le detașăm, foarte adeseori determină ușoare hemoragii.

3. **Atrofia** se manifestă prin cicatrice centrală sau insulară. Cicatricile sunt rezultatul resorbției unor elemente din derm și din infiltrat.

Cicatricea poate fi fină, superficială, atunci când infiltratul este superficial ; poate fi neregulată, mai pronunțată, cu epiderma descuamativă, atunci când resorpția dermică e completă.



## FORME CLINICE

J. Nicolas și J. Gaté dau următoarea clasificare :

1. **Lupus eritematos fix.**
2. **Lupus eritematos centrifug.**
3. **Lupus exantematic.**

1. **Lupusul eritematos fix** este caracterizat prin intensitatea leziunilor epiteliale și conjunctivo-vasculare și prin evoluție lentă.

### A. Forme epiteliale :

a) Herpesul cretaceu a lui Dévergie : se localizează pe obraji și pe nas. Evoluție cronică. Este o formă puțin congestivă, pete roșii acoperite de solzi albicioși, opaci. Hiperkeratoza în masă.

b) Lupusul eritemato-acneic : debutează la nivelul orificiilor pilo-sebacee ; hiperkeratoză foliculară, cicatrice profunde.

### B. Forme vasculare și epiteliale :

a) Seboree congestivă care dă naștere la placarde ale feței, acoperite de o crustă gălbue, puțin aderentă.

b) Lupusul eritemato-folicular : este un herpes cretaceu cu scuame puțin aderente și nu prea groase, cu o zonă congestivă foarte intensă.

### C. Forme fixe :

a) Lupusul eritemato-tuberculos a lui Besnier.

b) Lupusul eritematos profund a lui Brocq. Aceste

două forme sunt caracterizate printr'un proces de infiltrație embrionară foarte intensă.

c) Forma circinată (Lupus iris); placarde discoide, dispuse regulat în jurul unei zone centrale deprimate.

2. **Eritemul centrifug a lui Bielt.** Se caracterizează prin dispoziție simetrică, predominanța eritemului și edemului, localizare superficială, posibilitatea regresiei totale. Inșă des se observă recidive cât și tendința de a se extinde în mod centrifug. S'au descris două varietăți: A. **Varietatea eritematoasă**, unde se descriu:

- a) Erizipela perstans faciei a lui Kaposi,
- b) Erythema perstans a lui Jadassohn,
- c) Tip eritematos pur,
- d) Tip teleangietazic,
- e) Vespertilio.

B. **Varietate epitelială** prezentând leziuni epidermice discrete, cu scuame uscate, aderente.

3. **Lupusul exantematic** are mers subacut sau acut, caracterizat prin puseuri eruptive diseminate pe corp,acompaniate de fenomene generale grave. Se cunosc două forme:

A. **Forma acută.** Survine mai ales la femei și la fetițe care au avut un lupus eritematos al feței. Stare generală gravă, temperatura 39—40°. Apar niște papule mici, roșii, sau violacee, cu o scuamă aderentă în vârf. Se poate complica de periatrite poliarticulare, broncho-pneumonii mortale, pleurezii.

B. **Forma subcută.** Evoluție rapidă, inșă fenomenele generale lipsese. Erupția apare de fața și apoi se intinde pe membre și trunchiu.

4. **Forme atipice :**

- a) Forma hipertrofică,
- b) Forma lichenoidă,
- c) Forma papulo-scuamoasă atrofică,
- d) Forme intinse a lupusului eritematos,
- e) Lupusul eritematos al rasei negre.

## FORME CLINICE DUPĂ LOCALIZARE

**Fața.** Este sediul de predilecție a lupusului eritematos. Simetria este caracteristică. Prima localizare este nasul, apoi obrații și în fine urechile. Cicatricele sunt acolate de scheletul subjacent, dând adeseori feței un aspect de mască sclerodermică.

**Pielea capului.** Leziunile se propagă dela fața.

1. **Forma eritematoasă:** Roșeața limitată, pe suprafața căreia se observă câteva fine scuame. Pe măsură ce roșeața se întinde, centrul devine cicatricial.

2. **Forma eritemato-foliculară.** Leziunea predominantă este keratoza foliculară. Se deosebesc 3 zone: Una centrală de culoare alb-rozată, cu puncte gri, care corespund unui bulb pilos atrofiat, în afară zona punctiformă este mai accentuată, orificiile foliculare prezintă scuame cornoase; la periferie: părul, care este foarte rarefiat.

**Mâinile și picioarele.** Pe fața dorsală a mâinilor și degetelor lupusul are aspectul său clasic.

**Unghii.** Când procesul interesează unghia, ea încețoșează de a crește, este aderentă de patul unghial, de culoare gălbue.

**Trunchiul.** Lupusul e foarte rar localizat pe trunchiu: uneori dă formele exantematice generalizate.

## COMPLICAȚIUNILE

1. Lupusul eritematos poate să dea complicație locală de **erizipel**, mai ales în urma iritațiilor chimice sau mecanice, datorite metodelor de terapie. Câteodată însă acest fenomen este un semn de extindere al leziunii, datorit toxinelor.

2. **Adenopatiile** sunt mai rare în lupusul eritematos decât în celelate forme de tuberculoză cutanată.

3. **Lupusul eritematos** se transformă foarte rar în epiteliom. Transformația în epiteliom se observă la cazuri vechi, tratate cu agenți iritanți, mai ales cu razele X.

## EVOLUȚIA ȘI PROGNOTICUL

Din punct de vedere *local*, lupusul eritematos are un prognostic relativ bun. Pe de altă parte însă prin durată lungă, viața socială al bolnavilor este mult împiedecată,

Prognosticul din punct de vedere *general* este mai grav. În general lupusul eritematos se observă la bolnavi tuberculoși sau candidați la tuberculoză. În stadiul ultim al afecțiunii se observă foarte frecvent tuberculoza pulmonară.

## DIAGNOSTICUL

Este foarte ușor în cazurile tipice, prezintă însă dificultăți în cazurile atipice.

**Eritemul** se caracterizează printr'o congestie mult mai pronunțată la margini, prin dilatații vasculare și printr'o rețea capilară periferică.

**Modificățiunile epidermului** : Epidermul prezintă aproape în totdeauna scuame, mergând dela scuame fine, pitiriaziforme, până la scuame mari de culoare albă-gri, negricioasă. Masele hiperkeratotice se infundă în epidermul eritematos.

**Cicatricele centrale sau insulare** se prezintă sub forma unei rețele fine, albă, scleroasă, ușor deprimată, cu margini regulate.

**Vârsta** (cu predominanță în vârsta adultă), **sexul** (mai des la sexul feminin), **simetria leziunilor**, **durere la presiune**, ne ajută foarte mult în punerea diagnosticului.

## TRATAMENTUL LUPUSULUI ERITEMATOS

1. **Tratamentul general** : igienic și dietetic are o importanță mare.

2. **Tratamentul biologic** : tuberculinoterapia dă uneori rezultate favorabile, prin diminuarea infiltrațiunii bazale.

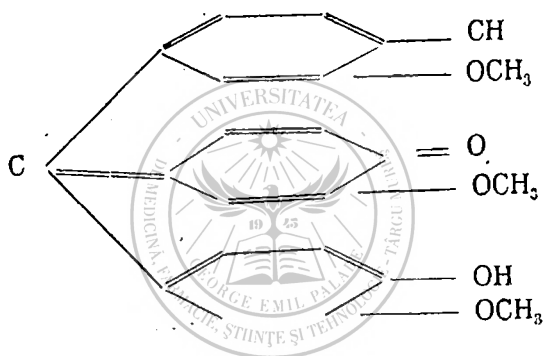
3. **Tratamentul local** trebuie aplicat cu prudență să nu producem o exacerbare a fenomenelor inflamatorii. Putem aplica caustice chimice: acid pirogalic, salicilic, fenic. Des este nevoie să schimbăm aceste substanțe iritante cu pansamente calmante. Agenții fizici: Scarificație, galvano-cauterizare, diatermo-coagulare, crioterapie cu zăpada carbonică, pot fi aplicate. Radium și razele X sunt contraindicate.

4. **Chimioterapie** : Sărurile de aur, medicamente antisifilitice: calomel, neosalvarsan, bismut, au dat unele rezultate.

Dintre medicamentele chimioterapice un preparat mai recent descoperit este *Rubrophenul*. Introducerea Rubrophenului în terapie însemnează un progres mare în vindecarea lupusului eritematos.

## TRATAMENTUL CU RUBROPHEN

**Rubrophenul** este un preparat recent descoperit de Sailer. Este o substanță chimică cu toxicitate redusă, principiul activ al amestecului de iod cu gaiacol sub o formă chimică pură, având următoarea formulă:  $C_{22}H_{20}O_6$  (trimetoxi-dioxi-oxitritan.)



Conține deci trei grupe de metoxil, dintre cari două grupe de parafenol și un grup de oxichinon, ca substituent al trifenilmetanului.

Rubrophenul este un produs cristalinic de culoare roșie închisă, greu solubil în apă și alcool.

Se administrează pe cale parcentrală, per os, și aplicat direct pe piele.

Eliminarea se face prin rinichi, glandele salivare, lacrimale, și ficat. Fischer a constatat, că Rubrophenul se elimină în cea mai mare parte din organism în decurs de 24 ore, iar după 48—72 ore este complet eliminat.

Eliminarea lui prin rinichi se începe deja la  $\frac{1}{2}$  oră după injecția intramusculară sau intravenoasă.





### Complicațiile în decursul tratamentului peroral:

Unii bolnavi, mai ales cei, cari suferă de hipo-, sau aclorhidrie, prezintă turburări gastro-intestinale: amețeli, greață, dureri stomacale, vărsături, diaree. În aceste cazuri, pentru a proteja mucoasa tubului gastro intestinal, se recomandă pe lângă scăderea numărului drageurilor, un tratament combinat; făcând tot a doua zi o injecție intravenoasă de Rubrophen, iar în zilele dintre injecții dra-gueri.

Injecțiile *intravenoase* de Rubrophen sunt bine tolerate de bolnavi. Dozajul:

Până la vârsta de	3 ani	se inj.	$\frac{1}{6}$	parte dintr'o amp.	3x la săpt.
"	"	5 "	"	$\frac{1}{3}$ "	" " " "
"	"	10 "	"	$\frac{2}{3}$ "	" " " "
Peste la	"	15 "	"	1 ampula de	3x la săptămână, adică doză pentru adulți.

Soluția se prepară în modul următor: se injectează apă bidistilată în ampula originală cu praful de Rubrophen, se ține ampula deasupra unei flăcări, până când soluția devine transparentă (20—30 de secunde) de culoare roșie închisă. După aceea soluția trebuie răcită la temperatura corpului, și numai astfel poate fi injectată. E bine, ca siringă să fie fiartă în apă destilată și să nu fie ținută în alcool, putând preveni astfel unele stări grave, ca: cianoză, sau chiar colaps.

Unii bolnavi, mai ales cei, cari au primit multe injecții, au dureri dealungul venelor la câteva minute după injecție, durerea dispare însă după 15 minute prin comprese reci.

Pentru a completa tratamentul cu Rubrophen în lupus eritematos, se poate aplica și un tratament local cu alifie, sau cu o soluție de Rubrophen, făcând pansamente zilnice, ungând direct leziunea, sau întinzând alifia pe un tifon, care se aplică pe regiunea, unde vrem să acționăm.

În Clinica Dermato Venerica din Cluj, în cazul, când lupusul eritematos prezintă infiltrații prea pronunțate, tratamentul local cu Rubrophen a fost precedat de aplicarea pirogalolului 20%. După dispariția inflamației locale cau-

zată de pirogalol, au continuat tratamentul extern cu Rubrophen până la epitelizarea leziunii, obținând cicatrici fine, abia vizibile.

Unii indivizi prezintă fenomene iritative locale după aplicarea alifiei, deci și în cazul aplicării locale trebuie să individualizăm tratamentul, făcând pansamentul cu Rubrophen tot a doua zi, iar în intervalul liber o alifie indiferentă.

#### *Durata tratamentului :*

În prima serie vom administra Rubrophenul timp de trei luni, sub forma de tratament combinat de injecții, drageuri și alifie sau numai sub forma de drageuri și alifie.

Dacă după trei luni de tratament n'am obținut rezultatul dorit, mai repetăm cura odată, sau de mai multe ori, intercalând între serii o pauză de 2—4 săptămâni.

Rubrophenul are avantajul, că prescurtează timpul de vindecare al lupusului eritematos. Cu acest preparat s'a obținut chiar și vindecarea mai multor cazuri, cari înainte erau considerați nevindecabili.

Un alt avantaj al lui este, că permite un tratament ambulator, scutind pe bolnavi să se interneze în clinică.

#### *Contraindicațiile tratamentului cu Rubrophen :*

Rubrophenul este contraindicat la cardiaci decompensați, la bolnavi cu tuberculoză pulmonară avansată, deasemenea la bolnavi suferinzi de boli ale ficatului, duodenului și pancreasului.

#### *Modul de acțiune a Rubrophenului :*

Rubrophenul are probabil o acțiune specifică asupra leziunii cutanate, stimulând însă în același timp și forțele de apărare al organismului.

## OBȘERVAȚIUNI CLINICE

### Observația I.

A. A. de 26 ani, văduvă, casnică.

Internată în clinica la 20. VII. 1939.

Diagnostic : Lupus eritematos formă centrifugă a nasului și a feței.

Antecedente : Fără importanță.

Istoricul boalei : Boala datează de 8 ani. A debutat cu o mică leziune eritematoasă pe pielea nasului, care s'a extins apoi și la obraz.

Starea prezentă : Mijlociu dezvoltată. Pe dosul nasului și la ambii obraji pe un teritoriu de mărimea unei palme de adult prezintă 3 placarde cu piele roșie, eritematoasă. La baza acestor leziuni se percepe o ușoară infiltrație.

Examen radiologic pulmonar : Calcifieri hilare.

Tratament : La început bolnava este supusă unui tratament cu Neo-auroil, Bismut. Intre timp i se aplică local alifie cu Rubrophen, și în I. VIII. părăsește clinica ameliorată.

### Observația II.

G. A. de 27 ani, necăsătorit, croitor.

Diagnostic : Lupus eritematos.

Antecedente : Fără importanță.

Istoricul boalei : Boala datează de 7 ani, debutând

sub forma unei pete eritematoase la nivelul dosului nasului. Aceasta leziune s'a extins și la pomete, buza superioară și buza inferioară.

Starea prezentă: Mijlociu dezvoltat și nutrit. Pe dosul nasului, ambele pomete, buze, întinzând în sus până pe frunte, prezintă un lupus eritematos tipic.

Tratament: Bolnavul a fost internat de mai multe ori în clinică, din anul 1933 până în 20. XI. 1937 i se aplică toate tratamentele locale și medicamentoase cunoscute: criocauterizare, diatermocoagulare, Finsenterapie, auroterapie, tratament cu bismut, arsen și biologic cu tuberculina. Însă boala a recidivat în fiecare primăvara.

Din 20. XI. 1937. bolnavul începe tratamentul cu Rubrophen. Primește tot a doua zi o injecție de Rubrophen, iar în zilele dintre injecție câte 6 drageuri de Rubrophen. Local i se aplică pansamente cu alifie de Rubrophen. În prima serie, cu o durată de 4 luni, bolnavul primește 52 injecții și 720 drageuri. După o pauză de 6 săptămâni i se face a doua serie cu o durată de 6 săptămâni, primind 20 injecții și 120 drageuri. În timpul tratamentului toate leziunile s'au vindecat, printr'o cicatrice fină, abia vizibilă. Bolnavul părăsește clinica în ziua de 8, VI, 1938 complet vindecat.

### Observația III.

C. E. de 26 ani, căsătorită, casnică.

Diagnostic: Lupus eritematos formă centrifugă a nasului și a feței,

Antecedente: Fără importanța.

Istoricul boalei; Boala datează de 3 ani, a debutat cu o mică leziune roșie, eritematoasă pe vârful nasului, cu tendința la extindere.

Starea prezentă: Slab dezvoltată și nutrită. Prezintă câte un plăcăr rotund, eritematos cu tegumentele infiltrat, de diametrul aproximativ de 3—5 cm., localizat pe dosul nasului și pe ambele pomete.

Examenul radiologic pulmonar: Calcifieri hilare, scleroză discretă.

Tratament: Bolnava primește injecții de Neoaurol, Bismut, aplicând local alifie cu Rubrophen. Infiltrația dela baza placardelor a cedat foarte mult.

#### **Observația IV.**

M. I. de 35 aai, căsătorită, casnică.

Antecedente: La 17 ani bolnava a suferit de scrofulodermie.

Istoricul boalei: Boala datează de 6 luni, începând cu o erupție cutanată pe aripa nazală stângă, având tendință la extindere.

Starea prezentă: Mijociu nutrită și dezvoltată. Prezintă un placard de lupus eritematos pe vârful nasului și pe aripa nazală stângă. În regiunea maxilară și cervicală stângă se observă câteva cicatrici cheloidiene postscrofulodermice.

Examen radiologic pulmonar: Calcifieri hilare.

Tratament: Bolnava primește timp de 6 săptămâni tot a doua zi 4 drageuri de Rubrophen alternativ cu injecție de Rubrophen. În total i se administrează 19 injecții și 80 drageuri. Local i se aplică alifie cu Rubrophen. În decursul tratamentului bolnava se îngrașă cu 7 kg. iar lupusul eritematos se ameliorează foarte mult.

## CONCLUZIUNI

1. Lupusul eritematos este considerat din cauza autonomiei sale clinice și etiologiei ei unice, ca unul dintre cele mai frecvente tuberculide.

2. Este o afecțiune mai frecventă la femei decât la bărbați (5 : 1.)

3. Se localizează mai frecvent pe față, apoi pe pielea capului, mâinile, foarte rar pe trunchiu.

4. Lupusul eritematos se transformă foarte rar în epiteliom.

5. Dintre medicamentele chimioterapice Rubrophenul este aproape specific. S'a obținut prin Rubrophen vindecarea multor cazuri, cari au rămas refractare față de celelalte metode de terapie.

6. Tratamentul cel mai eficient este tratamentul combinat: peroral, paranteral și local.

7. Ținând seama că față de Rubrophen există o sensibilitate individuală, este necesar să individualizăm tratamentul.

8. După tratamentul cu Rubrophen fenomenele locale regresează, iar starea generală se ameliorează foarte mult, cu mărirea poftei de mâncare și creșterea greutateii corporale.

Văzută și bună de imprimat:

Decanul Facultății:  
**ss. Prof. Dr. I. Drăgoiu**

Președintele teze:  
**ss. Prof. Dr. V. Bologna**



## BIBLIOGRAFIA

COLADA : Contribution a l'étiologie du lupus erythemateux. Nd. 7. Sep. 1928.

EHRMANN : Ueber Lupus erythematodes. Wiener Klin. Wochenschrift. XXXIX.

KISS : Tuberculosis elleni büzdelem. 2. 1938.

LORTAT—JACOB et LEGRAIN : Lupus erythemateux du visage chez une heredo-syphilitique. Guérison par le bismuth, Société Française de Syphiligraphie. 13. Janvier 1927.

NICOLAS et GATÉ : Tuberculose cutanée et Tuberculides. 1934.

C. TĂTARU și L. V. POP : Chimioterapia tuberculozei cutanate cu considerațiuni speciale asupra tratamentului cu Rubrophen. Cluj Medical 1. Mai 1929, Nr. 5.