

CV 1327

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

No. 434

CONSIDERAȚIUNI CLINICE
ASUPRA
APARIȚIEI LESIUNILOR TERȚIARE
SIFILITICE DUPĂ INFECȚIUNE



PENTRU DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE 1928.

DE
AURELIA MÓZES

1928

TIPOGRAFIA „CORVIN”
CLUJ, STRADA NICOLAE IORGA No. 17.



* 4 4 0 0 3 1 5 6 *

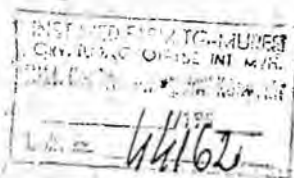
Biblioteca UMFST

CONSIDERAȚIUNI CLINICE
ASUPRA
APARIȚIEI LESIUNILOR TERȚIARE
SIFILITICE DUPĂ INFECȚIUNE



PENTRU DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE 1928.

DE
AURELIA MÖZES



24 MAY 2005

1928

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

Decan: D-nul Prof. Dr. C. TĂTARU

Profesori:

Patologia generală și experimentală	...	D-I	Dr. <i>Botez A. M.</i>
Bacteriologie (agr.)	...	"	" <i>Baroni Vitold</i>
Istologia și embriologia umană	...	"	" <i>Drăgoiu I.</i>
Clinica infantilă	...	"	" <i>Gane T.</i>
" ginecologică și obstetricală	...	"	" <i>Grigoriu Cr.</i>
Istoria medicinei	...	"	" <i>Guiart I.</i>
Clinica medicală	...	"	" <i>Hațieganu I.</i>
" chirurgicală	...	"	" <i>Iacobovici I.</i>
Farmacologia și farmacognozie	...	"	" <i>Martinescu Gh.</i>
Clinica oftalmologică	...	"	" <i>Michail D.</i>
" neurologică	...	"	" <i>Minea I.</i>
Medicina legală	...	"	" <i>Minovici N.</i>
Igienă și igienă socială	...	"	" <i>Moldovan I.</i>
Radiologia medicală	...	"	" <i>Negru D.</i>
Fiziologia umană	...	"	" <i>Nițescu I.</i>
Farmacia chimică și galenică	...	"	" <i>Panfil Gh.</i>
Anatomia descriptivă și topografică	...	"	" <i>Papilian V.</i>
Clinica oto-rino-laringologică	}	"	<i>Predescu-Rion I.</i>
Clinica stomatologică (supl.)			
Clinica dermato-venerică	}	"	<i>Tătaru C.</i>
Clinica Căilor Urinare (agr.)			
Chimia biologică	...	"	" <i>Țeposu Emil</i>
Clinica psihiatrică	...	"	" <i>Thomas P.</i>
Anatomia patologică	...	"	" <i>Urechia C.</i>
	...	"	" <i>Vasiliiu T.</i>

JURIUL DE PROMOȚIUNE

Președinte: D-nul Prof. Dr. C. Tătaru.

Membri: } D-I Prof. Dr. C. Urechia
 " " " I. Iacobovici
 " " " I. Hațiegan
 " " " E. Țeposu

Supleant: D-I Doc. Dr. D. Konrádi

Cuvânt înainte.

Prin aceasta lucrare inaugurală incerc să sintetizez cunoștințele actuale pe care le avem despre sifilisul terțiar.

N'am pretenția să fi făcut un studiu original și complet asupra acestei chestiuni, dar voi fi foarte mulțumită, dacă am putut contribui în parte la studiul sifilisului terțiar.

Inainte de toate țin să aduc mulțumiri sincere D-lui Prof. Dr. C. *Tătaru* pentru faptul, că a binevoit a-mi da un subiect de teză atât de frumos, iar pentru bunăvoința și interesul arătat față de mine în timpul lucrării tezei mele, îl asigur de profunda mea recunoștință și respect.

Imi fac o plăcută datorie, exprimând D-lor Profesori dela Facultatea de Medicină din Cluj recunoștința pentru toate cunoștințele date în timpul anilor mei de studii.

D-lui Docent Dr. V. *Bologa* îi exprim vii mulțumiri pentru bunăvoința de a-mi fi ușurat munca, punându-mi la dispoziție isvoarele părții istorice a tezei mele.

Personalului didactic al Clinicei Dermato-venereice pentru bunăvoința ce a arătat-o față de mine și pentru îndrumările date, voi rămânea totdeauna recunoscătoare.

Înainte de a intra în subiectul propriu-zis al tezei mele, cred de nimerit a da definiția sifilisului după Fournier :

„Sifilisul este o boală specifică cu caracter infecțios (produs de *treponema pallidum*), introdus în organism prin contagiune, ori ereditate; prezintă o evoluție cronică, de durată nedefinită, cu manifestațiuni intermitente, constătătoare din o serie de simptome, sau leziuni, putând interesa sub forme diverse și variabile ca gravitate, toate sistemele organismului“

În cursul afecțiunii deosebim 3 perioade :

Perioada I. caracterizată printr'un infiltrat inițial : sifilom primar, durata de 8—12 săptămâni.

Perioada II. caracterizată prin leziuni exantematice, durata dela săptămâna a 12-a până la 3—5—7 ani.

Perioada III. caracterizată prin leziuni gomoase, durata dela dispariția fenomenelor secundare și sfârșitul perioadei de latență, 20—30 ani.

Scopul acestei împărțiri empirice a fost, ca în practică să se poată caracteriza apariția cronologică a leziunilor. Vom vedea însă, că diferitele perioade ale boalei sunt de obicei mari în ce privește reacțiunea organismului, apariția și comportarea leziunilor și deși nu se pot schematiza lucrurile, totuși în majoritatea cazurilor se observă evoluțiunea ciclică de mai sus.

Date istorice asupra sifilisului terțiar.

Sifilisul este considerat de majoritatea istoriografilor ca boala cea mai veche, care a bântuit între toate popoarele antice, datele însă se referă numai la câteva cuvinte aruncate aiurea în operele de istorie generală. Abia în secolul al XV.-lea în urma epidemiilor mari de sifilis cari au trecut peste toată Europa, încep a se ocupa și medicii în lucrările lor cu aceasta boală. Dat fiind subiectul restrâns al tezei mele, voi căuta să schițez numai câteva date istorice referitor la sifilisul terțiar în special, lăsând la o parte istoricul sifilisului în general și încerc a aduce câtuși de puțină lumină în chaosul care domina concepțiile asupra sifilisului terțiar din evul mediu până la Ricord.

Medicii medievali dispunând de mai multă fantezie, decât obiectivitate și mijloace de investigațiune, nu ne putem mira, dacă au confundat sifilisul — foarte răspândit deja pe acele vremuri — cu cele mai variate alte afecțiuni, în schimb unele manifestațiuni sifilitice — ca și cele terțiare — au fost confundate cu alte boli. La aceste confuziuni a contribuit și *faptul*, că manifestațiunile terțiare își fac apariția mult mai târziu și până la apariția lor decurge un timp de vindecare aparentă.

În secolul al XV.-lea autorii au remarcat faptul, că manifestațiunile terțiare sunt precedate de o inbolnăvire sifilitică, cu toate acestea, leziunile terțiare, erau considerate — nu de fenomene sifilitice, ci — de rezultatul acțiunii vătămătoare a terapiei mercuriale. Lumea medicală era grupată în 2 mari tabere: adeptii ideii mercurialiste și antimercurialiste, cei din urmă luptând pe toate căile pentru abandona-

rea mercurului ca medicament, demonstrând acțiunea lui defavorabilă. Literatura vastă a școlii antimercuraliste descrie rezultatele nefaste ale acțiunii mercurului în culoare neagră. Bolnavul — prea târziu diagnosticat și tratat — pe lângă curele sălbatice de inaniție, de transpirație și de purgație, suferea torturile unui tratament cu doze enorme de mercur, încât puțini au scăpat cu viața. Astfel antimercuraliștii au încadrat între fenomenele morbide tardive cauzate de mercur și leziunile terțiare. Willabobos spune că: „Quecksilber tötet ja und launt die Glieder.“ Aceasta mentalitate domină încă și în secolul al XIX.-lea încât și Jacob H. Robbi spune, că toate nasurile mâncate, bolțile palatine și oasele distruse sunt produse artificiale și el crede, că nici un medic n'ar putea demonstra măcar un singur caz, unde sifilisul ar fi provocat astfel de destrucțiuni. Iar alții au fost atât de obsedați de aceasta idee, încât epidemiile de sifilis lesocoteau drept ca urmarea mercurului. Din fericire erau și câțiva autori în evul mediu, cari deja cu secole înainte au interpretat leziunile aproape în lumina științei de azi. Astfel Pintor este unul dintre primii care la 1423 descrie alterațiuni sifilitice ale organelor, ca gură, nas, gât, pulmoni, aparatul digestiv și diferențiază manifestațiunile produse de mercur și sifilis. Alexander Benedetti în 1460 leziunile terțiare le încadrează în „morbus Gallicus“, iar Berler spune, că ulcerațiunile distrug nasul, și buzele bolnavilor și sapă găuri în corpul lor.

Johannes Benedictus (1483—530) descrie goma ca o manifestațiune tardivă a sifilisului în modul următor: „Pro nodis seu gummis qae interdum în hoc morbo în tibiis, brachiis, fronte, aut aliis partibus corporis remanent et ad tantem duritatem deveniunt, ut videntur videm lapis, cum dolore, tamen demisso et cum dolore livido...“

Petrus Maynardus profesor la Universitatea din Padua (1506—18) descrie niște manifestațiuni sifilitice ale muschilor, având caracterele gomelor.

Paracelsus (1493—544) cunoștea aproape toată simptomatologia sifilisului.

Nicolis Massa la 1569 descrie leziuni gomoase în trei cazuri de sifilis ereditar tardiv, fără să cunoască ereditatea în sifilis.

Botallo demonstrează existența leziunilor cunoscute azi ca terțiare și la indivizii, cari nici când n'au fost tratați cu mercur.

Schlichting la 1750 scrie, că sifilisul poate fi latent timp de 10—20—30—40 ani, apoi Morgagni și Plank descriu foarte plastic manifestațiunile terțiare ale gurei și nazofaringelui.

Blancard, Bagliri și Sydenham împart sifilisul în trei perioade: morbus incipiens, confirmatus și inveteratus, ceace corespunde împărțirii de mai târziu alui Ricord; forma inveterată se socotea drept incurabilă.

Pe la mijlocul secolului al XVIII.-lea apoi, Ricord combate multe erori întrucât în ordin cronologic el imparte sifilisul în 3 etape: perioada I.—II.—III.

Cu incetul cedează chaosul, locul fanteziei și al speculațiunilor il ocupă în știința medicală observațiunea obiectivă a bolnavului, microscopul, cercetările serologice și experimentale în laborator.

Patologia generală a sifilisului.

Dintre toate animalele, omul este cel mai receptiv față de infecțiunea sifilitică, căci acele câteva animale de experiență cărora li-se poate inocula sifilisul, se pot infecta numai ținând cont de toate împrejurările favorabile infecțiunei, pe câtă vreme omul se infectează în toate împrejurările, dacă spirocheții pătrund în organism printr'o soluție de continuitate a pielii, ori prin mucoase.

Spirocheții odată pătruși, cei mai puțin rezistenți se distrug în urma anticorpilor nespecifici cari constituiesc imunitatea naturală. Asemenea soartă așteaptă și pe spirocheții cari nu se pot aclimatiza. Majoritatea spirocheților însă se aclimatizează, se înmulțesc și provoacă reacțiuni sub forma altera-

fiunilor organismului. În locul de învaziune persistă un mic număr de spirocheți, producând după 3—4 săptămâni leziunea primară (incubația I.). Majoritatea lor însă învadează organismul pe calea limfatică și sanghină și astfel încă înaintea apariției leziunii primare are loc o infecțiune generalizată (secțiunile I. Levaditi, autoinaculația I. Nobl) pe care însă organismul o învinge în mare parte și numai spirocheții generalizați din sifilomul primar, produc manifestațiuni pe la săptămâna a 9.-a după infecțiune. Intervalul de timp dela apariția sifilomului primar și până la generalizare se numește incubația a II-a. În timpul generalizării după cercetările isto-patologice ale lui Levaditi, Manolean, Blaschko și Ehrmann deja foarte timpuriu, la 1—2 săptămâni după apariția sifilomului se pot evidenția paraziții din sânge. Uhlenhut și Mulzer au obținut numeroase rezultate pozitive prin inoculări cu sângele bolnavilor din a doua incubație.

O altă cale pentru generalizarea infecțiunii este cea limfatică. Neisser, Baermann și Halberstädter prin experiențele făcute pe maimuțe, au putut pune în evidență din ganglionii limfatici, măduva osoasă și splină spirocheți virulenți, înainte de apariția fenomenelor generale.

După trecerea incubațiunii a doua, apar fenomene generale ca: dureri de cap, astenie, inapetență, temperatură și pe tegumente apar erupțiuni. Spirocheții înmulțindu-se din ce în ce, determină reacțiunea organismului și fabricarea de anticorpi. Limfocitoza prezentă în acest timp este în parte un semn patognomic, iar pe de altă parte este indiciul unei activități de apărare și de imunizare. În timpul acesta reacțiunea Wassermann este totdeauna pozitivă, demonstrând, că organismul în perioada a doua ajunge la punctul culminant al procesului de apărare, care durează atâta timp, cât organismul este în stare a produce anticorpi suficienți, ori numărul spirocheților este de ajuns pentru a provoca reacțiunea organismului. Manifestațiunile secundare pot apare și dispăre de mai multe ori, semnalând prin aceasta o nouă învaziune spirochețiană și consecutiv un nou puseu de imunizare. Recidivele vor fi din ce în ce mai atenuate din cauza anticorpi-

lor acumulați din timpul proceselor inflamatorii anterioare.

Rezultatul apărării organismului poate fi atât de perfect, încât după dispariția fenomenelor secundare se realizează o restituție ad integrum din punct de vedere macroscopic, cu un prognostic bun quo ad vitam. Aceasta nu înseamnă însă, că spirocheții au dispărut pentru totdeauna și nu mai prezintă nici un pericol pentru organism.

Blaschko în 1906 a evidențiat spirocheți dintr'un caz vechi de 12 ani.

Nielsen în 1911 a evidențiat spirocheți dintr'un caz vechi de 24 ani.

Pinkus în 1912 a evidențiat spirocheți dintr'un caz vechi de 6—12 ani.

Hesse în 1922 a evidențiat spirocheți dintr'un caz vechi de 22 ani.

La congresul al III-lea internațional (Londra 1896) Feulard, Tarnowsky, Lasser și alții au demonstrat, că infecțiozitatea poate persista și la 25 ani după infecțiune. Fournier spune, că nu ne putem încrede în infecțiunea sifilitică netratată, ori cât de veche ar fi ea.

Forțele de apărare ale organismului distrug cea mai mare parte din spirocheți, dar este deajuns prezența unui mic număr, ca în condițiuni favorabile pentru ei, să provoace manifestațiuni terțiare. Spirocheții se adăpostesc în locurile ferite de infiltratele limfocitare care îi amenință, astfel în țesuturile conjunctive, în adventiții, țesuturile epiteliale, sau în ascunzișurile strâmte ale căilor respiratorii. Neisser în cercetările sale făcute la maimuțe află spirocheți în ganglioni, splină, măduva osoasă și testicole. Sunt focare circumscrie de paraziți în organism, cari nu produc manifestațiuni vizibile, pânăce imunitatea dezvoltată va fi în stare să-i fixeze. În perioada de latență a sifilisului, organismul este purtător de germeni:

Perioada de latență poate fi foarte variabilă după indivizi. Astfel se poate socoti ca cea mai scurtă perioadă o jumătate de an (terți rizm precoce), în general 7—15 ani, iar altele nici nu apare, perioada de latență durând

până la moartea bolnavului. Uneori nu se poate stabili, dacă în lipsa manifestațiunilor terțiare este vorba de vindecare, sau numai de o latență lungă. În cazul lui Petit la un individ infectat la vârsta de 20 ani, manifestațiunile terțiare apar numai la 87 ani. Raimond cu 54, Fournier cu 55, Hutchinson (1888) cu 34, Pillisari (1844) cu 43 ani după dispariția fenomenelor secundare află manifestațiuni terțiare. În statistica noastră în: 2 cazuri la 30 ani, 1 caz la 36 ani, 1 caz 43 ani după infecție apare perioada terțiară. Unii autori susțin, că ar fi vorbă numai de manifestațiuni repetate, primele semne ale perioadei terțiare trecând neobservate.

Pe câtă vreme pătrunderea spirocheților în organism este urmată în mod regulat de manifestațiuni secundare, semnele vizibile ale perioadei terțiare nu totdeauna apar, însă este foarte rar ca într'un sifilis netratat să lipsească perioada terțiară, ba chiar la cazurile insuficient tratate aflăm aceleași rezultate.

Sigmund la 1860 în 30—40% a cazurilor netratate află manifestațiuni terțiare. Hasland din 5639 cazuri la 613 adică 10% cu sifilis terțiar află următorul rezultat: 186 cazuri n'au urmat nici un tratament, 345 un tratament insuficient, 82 au fost tratați în mod energic; deci în 86—94% manifestațiunile terțiare au apărut după un tratament insuficient.

După un tratament energic

Diday	în	10—12%
Profeta	„	5%
Roblette	„	5%
Hasland	„	10-9%
Mauriac	„	10—15%

află leziuni terțiare.

După Finger (1913) din toți sifiliticii în 5—40% află perioada terțiară.

Manifestațiunile terțiare pot fi precedate de așa numita perioadă de trecere, ale cărei leziuni stau mai aproape de perioada secundară și sunt reprezentate prin sifilide tuberculoase, tuberoase, tubero-ulceroase și tubero-ulcero-serpiginoase. Adeseori numai după trecerea acestora apar leziunile proprii ale perioadei terțiare.

În perioada terțiară lipsește regularitatea atât de caracteristică pentru perioadă I—II-a. Lipsește orice regulă în ce privește timpul apariției, al recidivelor, forma și evoluția leziunilor. Manifestațiunile apar în locuri foarte variate, timpul și numărul recidivelor arată cele mai mari oscilații. Unii bolnavi după dispariția unui grup de manifestațiuni terțiare, rămân feriți de alte leziuni sifilitice foarte mult timp, la alții recidivele se succed în intervale scurte și rând pe rând se distrug organe și părți întinse de tegumente. Prin dureri, inflamații, procese distructive, supurative, ulcerazioni, carii, degenerări amiloide, etc. bolnavul se epuizează fizicește și psihicește până la marazm.

Lăsând la o parte manifestațiunile viscerale, ale sistemului nervos și ale organelor sensitive, în cele ce urmează, ne vom ocupa numai de leziunile specifice pe care le-am aflat la materialul de bolnavi în Clinica Dermato-venerică din Cluj.

Diagnosticul sifilisului terțiar.

Diagnosticul sifilisului terțiar se bazează pe următoarele :

a) Anamneză specifică (antecedente de infecție sifilitică, sau perioadă primară confirmată).

b) Anamneză suspectă (avorturi, nașteri cu copii morți, monstria, polimortalitate infantilă, copii cu stigmat de eredo-sifilis, sau cu idioție).

c) Seroreacțiuni pozitive (în sânge și lichidul cefalo-rachidian).

d) Experițe pe animale, înoculări.

e) Aspectul clinic și morfologic al leziunilor.

Leziunile terțiare se prezintă sub formă de arc, rinichi, grupate, ori izolate. De obicei se prezintă singulare, ori în număr foarte redus ca niște insule anturate de țesuturile sănătoase. Prezintă o tendință exprimată la extindere periferică, evoluție excentrică, colicvare și exulcerare, în acest stadiu din urmă perzistând mult timp. Se vindecă în tot-

de-auna prin cicatrizare, lăsând în urma lor cicatrice netede, ori aderențe din cauza tendinței la destrucții în profunzime. Tumefacția generală a ganglionilor lipsește.

Pe lângă leziunile precoce tubero-ulcero-serpiginoase, leziunile cele mai tipice ale perioadei terțiare sunt reprezentate prin gome (gummata gallica Fallopius 1564).

În evoluția gomei deosebim 4 etape :

1. Perioadă de creștere (faza de cruditate).
2. „ „ ramoliție (cazeificare și colicvare).
3. „ „ exulcerare și evacuare (ulcer sifilitic).
4. „ „ epitelizare, cicatrizare (vindecare).

În timpul perioadei de creștere goma poate ajunge mărimea unei nuci, sau unui ou; după un timp anumit de stare, în centru prezintă o degenerescență grăsoasă și destrucție necrotică până la colicvație și elimină o masă lichidă. La periferie se formează o hiperplazie conjunctivală, care exercitând o presiune asupra țesuturilor sănătoase din vecinătate, provoacă degenerescență și atrofia acestora. După eliminarea masei necrotice în locul ei se formează o ulcerățiune carateriformă, cu margini dure, infiltrate, proeminente, regulate tăiate a pic, înconjurată de o zonă roșie-brună. Baza ulcerățiunii este netedă, îndurată, acoperită cu un țesut slănininos gălbui, aderent. Vindecarea se face prin mugurii cărnoși, cari cresc pe fondul ulcerățiunii și prin cari se repară pierderea de substanță sub forma unor cicatrice netede, cu margini hiperpigmentate. Gomele localizate pe tegumente, ori în cavitatea bucală se deschid la suprafață, pe câtă vreme cele localizate în organe și oase adeseori prezintă încapsulări cu țesut conjunctiv.

După sediul lor, gomele pot fi de origine cutanată, subcutanată, periostică, osoasă, ganglionară și musculară.

Anatomo-patologic: gomele sunt constituite dintr'o parte centrală mortificată, supusă unui proces de cazeificație, înconjurată fiind de celule epiteloide, limfocitare și plasmazellen, cu o vascularizație abundantă. La periferie o zonă fibroasă separă goma de țesuturile sănătoase. Spirocheții fiind în număr redus, rareori se pot evidenția.

Caracterele diferențiale ale sifilisului terțiar.

Caracterele esenți ale diferențiale ale sifilisului terțiar față de perioadele anterioare sunt:

Perioada I—II. superficială, benignă, rezolutivă, difuză, polimorfă.

Perioada terțiară profundă, gravă, distructivă, localizată și monomorfă.

Înainte de epoca de bacterologie și a sifilisului experimental se credea, că alterațiunile terțiare nu sunt produse de spirocheți, ci de toxinele acestora, treponemii nefiind prezenți în organism în perioada terțiară. Aceasta ipoteză se baza pe faptul, că gomele nu sunt infecțioase. După cum spune Finger (1890) cei mai buni sifiligrافي contemporani nici nu considerau manifestațiunile terțiare ca acțiunea directă a spirocheților, ci numai, ca un derivat al sifilisului. S'a crezut, că în timpul latenței prelungite, virusul s'a distrus și leziunile terțiare sunt numai consecințele cașexiei provocată de ptomainele rezultate încă din infecțiunea sifilitică.

Iar după o altă teorie se credea, că patogenitatea virusului se atenuiază în perioada de latență și aceasta ar fi cauza diferențelor mari dintre primele manifestațiuni și cele ale perioadei terțiare. Rezultatele experimentale însă contrazic acestei teorii. Dacă inoculăm spirocheți proveniți din leziuni terțiare, infecțiunea se produce cu toate caracterele ei tipice în ce privește apariția și evoluția, tocmai ca și la infecțiunile efectuate cu material din leziuni primare, ori secundare.

După teoria lui Kristalovitz, Siedlecki, Buschke și Fischer, există diferite etape în evoluția spirocheților și acestor etape ar corespunde caracterele deosebite ale manifestațiunilor. Însă caracterele morfologice și biologice comune ale spirocheților proveniți din cele trei perioade, combat și aceasta teorie.

Schmorl, Krauss, Spitzer, Tomacewsky, Finger și Landsteiner au demonstrat, că și goma conține spirocheți.

Hänsel, Neisser, Finger și Landsteiner au putut produce leziuni primare tipice cu materialul leziunilor gomoase

la maimuțe în 50 pasage. Ce e drept, în decursul experiențelor au obținut mai des rezultate negative, ca prin inocularea materialului provenit din leziuni primare și secundare. Atunci s'a pus întrebarea, dacă goma este mai puțin infecțioasă ca celelalte leziuni sifilitice? După Finger și Landsteiner gomele de fapt conțin în număr mai redus spirocheți, ca leziunile mai recente. Inșă dacă materialul se recoltează dela periferie — din partea încă vitală a gomei — și nu din materialul necrotic central, se pot mai ușor evidenția spirocheții. În țesutul necrotic central probabil și spirocheții sunt distruși printr'o liză.

Din aceste cercetări se impune concluzia, că leziunile terțiare sunt produse de spirocheți, la fel ca leziunile recente.

Spirocheții se pot evidenția ușor din țesuturile altarate.

Virulența lor este egală în toate perioadele sifilisului, neexistând în viața paraziților etape de patogenitate în interiorul organismului.

Cauzele deosebiriilor esențiale ale leziunilor din diferite perioade trebuie să le căutăm în altă parte, în organismul însuși. Organismul răspunde în mod deosebit infecțiunii după epoca, cantitatea infecțiunii și alte împrejurări ale infecțiunii, rezistența sau receptivitatea organismului și după alterațiunile produse de infecțiune.

Patogenia sifilisului terțiar.

În cele ce urmează încerc a clarifica teoriile, prin cari s'ar putea interpreta caracterele leziunilor terțiare în funcțiune de organism.

După teoria Ini Neisser (1883) și Baumler goma este produsul specific de reacțiune a organismului prealabil infectat și transformat de către virusul specific.

După Thalmann (1906) endotoxinele paraziților provoacă formarea de anticorpi.

Ce se înțelege sub „Überstimmung“ ?

După teoriile cele mai moderne, spirochetul sub acțiunea

anticorpilor pierde din lipoizi, astfel compozițiunea lui biochimică schimbându-se, organismul la rândul său reacționează în totdeauna în funcție de aceste schimbări biochimice în structura spirocheților, prin cantitatea de anticorpi și prin manifestațiuni inflamatorice. Aceasta manevră de echilibrare între spirocheți și organism determină manifestațiunile diferite ale perioadelor sifilitice. Facultatea de reacțiune a întregului organism, ori numai a unei părți din el se schimbă și astfel organismul va deveni „überstimmt“, adică la acelaș virus în diferitele faze ale boalei va reacționa în mod diferit.

Dacă organismul pregătit pentru a lupta cu un mare număr de virus, distrugând majoritatea spirocheților, cantitatea mică de virus care scapă, nu va putea fixa toate forțele de apărare ale organismului și astfel ia naștere o stare specială numită de Finger și Landsteiner „Überempfindlichkeit“ (prefacere), sau un organism „hochgradig umgestimmt“. Aceasta hipersensibilitate face, ca și în prezența unei mici mase de spirocheți, organismul răspunde mai puternic în perioada terțiară, decât în cazul infecției cu mult mai massive în perioada I. și II. — Finger a demonstrat prezența acestei stări a organismului și în maleus. — Prin aceasta prefacere a organismului se schimbă facultatea de reacțiune, adică organismul devine allergic.

Allergia în sifilis. Procesul numit în tuberculoză de Pirquet „allergie“, în sifilis se manifestă prin faptul, că organismul prin evoluția boalei va reacționa mai prompt, mai exprimat și mai repede față de influența virusului.

Este o observațiune clinică veche, că dacă organismul nu poate învinge reinfecțiunea prin imunitatea sa câștigată — ceace azi este din ce în ce mai frecvent — leziunea apărută la nivelul infecțiunei nu va avea caracterele unei leziuni primare, nici evoluția boalei nu va fi ciclică parcurgând perioadele obișnuite, ci aceasta leziune va prezenta caracterele manifestațiunilor perioadei respective, în care se află boala. Aceasta constatare clinică s'a confirmat prin cercetările experimentale ale lui Finger, Landsteiner, Neisser, Ehrmann și Passini dovedindu-se, că acest lucru curios se pet-

rece în toate perioadele sifilisului, deci și în perioada terțiară. Finger și Landsteiner din 15 sifilitici din perioada terțiară la 13 (86,10%) au produs leziuni terțiare în locul inoculării după câteva zile. Queyrat, Pinard, Ehrmann publică cazuri analoage. Assmy observă la un individ bătrân cu sifilis latent verosimil, după un contact suspect, leziuni tubero-serpiginoase pe prepuțiu. În cazul lui Stern un bolnav infectându-se dintr'o sursă cu sifilis florid (papule) la 15 ani după prima infecțiune, în locul infecției noi apare în curând o gomă.

Organismul prin alergii devine mai sensibil, mai activ și în foarte scurt timp — câteva zile chiar — este capabil pentru astfel de reacțiuni, la cari de altfel în evoluția boalei ajunge numai prin trecerea perioadelor clasice. Organismul sifilitic prezintă facultăți diferite de reacțiune după fazele boalei atât față de virusul propriu, cât și față de unul exogen. Aceasta deosebire intenționate a reacțiunii ajunge maxim în perioada terțiară și astfel manifestările terțiare au caractere cu totul deosebite de cele ale perioadelor mai recente. Sensibilitatea exagerată a organismului în perioada terțiară o dovedește și faptul, că cutireacțiunea cu luetină în perioada terțiară dă rezultatele pozitive cele mai frecvente 80—90%.

Factorii determinanți ai leziunilor terțiare.

Starea actuală a sifilisului experimental ne dovedește, că nu întregul organism al animalelor de experiență este la fel de receptiv pentru infecțiune, ci sunt unele organe refractare, iar altele prind foarte ușor infecțiunea ca: ochi, testicol, pielea unor regiuni (regiunile sprâncenoase la maimuțe.) Spirocheții inoculați la nivelul organelor imune se distrug și leziunea produsă prin inoculare se vindecă, pe când în locurile susceptibile pentru infecțiune totdeauna apar manifestări tipice după inoculare. Deci nu numai diferitele rase și specii, dar și la același organism există variațiuni de imunitate.

La om pielea, mucoasele, periostul, sinovialele, irisul, mușchii, meningele și vasele sunt foarte susceptibile și trădează prezența infecției, adică a virusului la scurt timp prin manifestațiuni; ficatul și rinichii mai puțin, iar testicolul, splina și măduva osoasă sunt și mai puțin receptive.

Prin experiențele întreprinse la animale și om s'a constatat, că virusul pătruns în organele refractare, aceste nu răspund prin alterațiuni, dar spirocheții pot perzista păstrându-și virulența și dacă dintr'o cauză oarecare rezistența organismului scade, pot lua naștere în acele locuri manifestațiuni sifilitice.

După o teorie, leziunile terțiare se localizează acolo, unde organismul este mai sensibil față de agentul patogen — unele organe au o deosebită afinitate față de leziuni terțiare — iar părțile imune vor fi îndemne.

Neumann, Finger, Blaschko, Thalmann și Majocchi susțin, că leziunile terțiare sunt de origine locală. După acești autori în locul infecției, ori în locul leziunilor secundare rămân focare de spirocheți, cari perzistă înofenzivi atâta timp, cât țesuturile din vecinătate sunt în stare a le contramanda patogenitatea, paralizându-i. Dacă însă acest echilibru dintr'un motiv oarecare se rupe, vor lua naștere în aceste locuri manifestațiuni morbide. Aceasta părere pare a se confirma prin faptul, că leziunile terțiare apar solitar, ori în număr foarte redus, precum și recidivele „in situ“.

Cazul lui Finger: în locul unui sifilom primar, în perioada secundară apar sifilide papulo-orbiculare, iar cu 11 ani în urmă în acelaș loc apare o gomă.

Bayel descrie un caz analog, în locul unui sifilom primar localizat pe cap, se produce o gomă.

Din statistica noastră amintesc 3 cazuri:

P. S. în vârstă de 34 ani, prezenta sifiloame pe penis și scrot. După un tratament de 70 fricțiuni mercuriale, la 7 ani apar sifilide tubero-ulcero-serpiginoase în locul leziunilor primare.

B. M. de 24 ani, leziune primare pe limbă. După 5 ani prezintă o glossită sifilitică.

S. L. de 31 ani, sifilom pe penis, iar după 4 ani gome în acelaș loc.

Cercetările lui Uhlenhut, Mulzer și Frühwald par a verifica origina sanghină a leziunilor terțiare. Acești autori au reușit să producă infecțiune prin sângele bolnavilor cu sifilis terțiar. Aceasta origină o dovedește și multiplicitatea relativ frecventă a leziunilor terțiare și faptul, că leziunile apar destul de rar în locul leziunilor specifice anterioare. Un caz alui Fournier prezenta 60 gome deodată. Lisfranc a văzut 160 gome la acelaș individ. În cazurile noastre s'au observat destul de frecvent gome multiple concomitente.

Pe lângă factorii amintiți, între cauzele apariției cronologice ale caracterelor morfologice, istologice și de localizare ale leziunilor terțiare, joacă un rol important și scăderea imunității generală și locală ale organismului. Raportul între scăderea rezistenței generale și apariția leziunilor terțiare îl dovedește și faptul des constatat, că la indivizi în aparență sănătoși, sau vindecați, prin avansarea vârstei și consecutiv micșorarea capacității vitale și regeneratoare a țesuturilor, apar leziuni terțiare.

Deși cunoaștem afinitatea deosebită, ori imunitatea unor organe și grupuri celulare față de virusul sifilitic, trebuie totuși să presupunem combinațiunea complexă a unor factori necunoscuți, cari exercită o atracțiune asupra virusului în diferite organe și cari crează condițiuni nefavorabile pentru desfășurarea proceselor de apărare a organismului.

Rezistența locală poate scădea în urma iritațiunilor continue (traumatisme lente) sau în urma traumatismelor brusce. Astfel alterațiunile sifilitice ale limbei sunt mai frecvente la tabagici.

Leziunile sifilitice se grefează foarte frecvent pe cicatricele postvariolice și pe galeriile scabioase. Poor F. descrie localizarea unei 'gome pe un epididim inflammat în antecedente. Roth descrie gome în locul injecțiunilor. Dintre mușchi, manifestațiuni terțiare prezintă mai frecvent mușchii supuși unor travalii mari, cum sunt mușchii umerilor și ai bazinului. Leziunile terțiare ale oaselor și periostului se localizează cu

predilecție în acele locuri, unde osul nu este ferit de traumatisme printr'o pătură suficient protectoare de țesut celulo-adipos. Tulburări circulatorii, staze venoase sunt factorii cei mai frecvenți în provocarea leziunilor terțiare pe extremitățile inferioare. În literatură se descriu multe cazuri, unde pe un substrat varicos pe gambe apar gome. În statistica noastră:

D. N. muncitor de 60 ani, prezintă de 20 ani varicozități la nivelul gambei stângi, de un an gome ulcerate ale gambei stângi.

Factorii adjuvanți cari pot favoriza apariția leziunilor terțiare:

Externi	} generali	} culturali	} sociali	
				} individuali: traumatizme.
Interni	} dispoziționali	} predispoziție	} ereditate	
				} constituționali
	} infecțioși	} tuberculoză	} malarie	
				} intoxicații

Sifilisul câștigat pe lângă măsurile preventive generale și individuale cunoscute, — ori cazul mai frecvent — fără a aplica aceste măsuri, un individ cu o cultură oarecare caută să se trateze imediat. Majoritatea însă necunoscând pericolul pe care'l comportă o leziune considerată ca banală, nu-i dă nici o importanță și ori se tratatează cu leacuri băbești, ori se lasă la voia întâmplării. Apoi cu timpul uită acest mic incident și numai la apariția leziunilor terțiare se alarmează și consultă medicul.

Alții cu o inteligență mai redusă, după observarea și diagnosticarea afecțiunii se supun unui tratament, dar după câteva injecții leziunile regresând, ei se cred vindecați și întrerup pentru totdeauna tratamentul. Natural că această neglijență se răsbună peste câțiva ani sub forma leziunilor terțiare (vezi mai jos statisticele noastre).

Adeseori condițiunile sociale sunt acelea, cari nu îngăduesc bolnavilor un tratament cronic; chiar punându-li-se la dispoziție tratament gratuit. În asemenea cazuri numai incapacitatea de muncă, produsă de leziunile terțiare, va îndemna la medic pe acești indivizi.

Traumatismele continue din timpul ocupațiunei zilnice, ori traumatismele incidentale fac adeseori să apară leziuni terțiare. După definiția lui Passini traumatism este orice acțiune, care influențează defavorabil funcțiunea țesuturilor organismului. Traumatismul produce o scădere a imunității locale, ba chiar dispariția ei. Vasele în urma traumatismului se sfarmă, se produc tulburări circulatorii, metabolismul la nivelul țesuturilor neirigate va fi insuficient, țesuturile se mortifică și astfel rezistența la acest nivel scade.

După o altă teorie țesuturile noi, cari iau naștere în locurile traumatizate, nu dispun de imunitatea câștigată în decursul boalei și astfel se explică lipsa lor de rezistență.

Din acele 470 cazuri ale noastre, în 24 cazuri (5, 1^o%) se poate dovedi din anamneză, că asupra locului apariției leziunilor terțiare a acționat un traumatism în perioada latentă și numai după acest traumatism au apărut leziunile terțiare.

T. S. de 27 ani, înainte cu 3 luni a primit o lovitură în față. La scurt timp în acel loc apare o gomă a nasului și a buzei superioare, osteo-periostită a maxilarului super.

P. I. de 18 ani, în timpul jocului de football primește mai multe lovituri în gamba dreaptă. De trei luni prezintă gome profunde și periostită sifilitică a aceleiași gambe.

L. M. de 30 ani; în urma unui traumatism gomele dela nivelul nasului, buzei și maxilarului super. s'au extins, agravându-se.

C. S. C. de 28 ani, înainte cu 10 ani suferă un traumatism la gamba stângă. *Dg.* osteo-periostită sifilitică a gambei stângi.

E. G. de 36 ani, de 4 săptămâni gomă ulcerată în reg. occipit. în urma unui traumatism.

P. S. de 32 ani; înainte cu 2 săptămâni a călcat o vacă pe degetul mare dela piciorul drept, unde prezintă o gomă ulcerată.

I. V. de 42 ani, înainte cu 3 luni s'a lovit la nas, unde de prezent se observă leziuni tuberoase.

T. I. de 24 ani, în urma unei înțepături a gâtului, la 2 luni în acel loc se prezintă o gomă a amigdalei drepte.

K. M. de 48 ani, înainte cu 18 ani o căruță îi zdrobește piciorul drept; prezintă gome.

L. S. de 28 ani, înainte cu 6 ani traumatism asupra frunții; prezintă gome și periostite.

W. A. de 54 ani, înainte cu 2 ani și-a lovit piciorul, de atunci leziuni cari se vindecă și se ivesc spontan sub formă de gome.

V. I. de 60 ani, în urma unei arsuri, în jurul cicatricelor apar leziuni ulcero-serpiginoase pe piept.

M. R. de 29 ani, la 10 ani după fractura gambei, în acel loc prezintă gome.

Z. M. de 40 ani, înainte cu 10 ani traumatism la gamba stângă, de atunci gome.

D. M. de 4 ani, traumatisme repetate asupra gambei stângi, de 3 ani gome.

N. S. de 28 ani, înainte cu 7 ani traumatism la nas, prezintă gome destructive a palatului cu perforația bolții.

K. R. de 26 ani, după mari eforturi fizice apare o gonită sifilitică dreaptă.

B. D. de 42 ani, înainte cu 20 ani sifilis I. tratat cu 8 injecții intramusculare; înainte cu 8 ani traumatism în regiunea fesieră, apoi lezuni în acel loc. De 2 ani traumatism pe gambă, de prezent gome ale gambei și ale regiunii fesiere.

F. M. de 30 ani, la 2 ani după injecție intravenoasă sifilide ulcero-serpiginoase în plica cotului stâng.

M. A. de 54 ani, la 2 ani în urma unei lovituri apar sifilide tubero-serpiginoase pe dosul piciorului drept.

S. M. de 38 ani, de câteva săptămâni traumatism pe obraz, în urma lui sifilide tubero-serpiginoase.

P. G. de 54 ani, de mai mulți ani îngroșarea pielei plantei în urma traumatismului continuu, de 2 luni gomă a plantei.

Dintre cauzele adjuvante interne în primul rând trebuie

să amintim ereditatea, al cărui rol în producerea sifilişului terţiar îl demonstrează foarte evident numărul enorm al cazurilor cu sifilis ereditar tardiv cu manifestaţiuni terţiare.

Unii autori ca Levaditi, Marie, Plaut, şi Noguchi presupun un virus dermatrop şi unul neurotrop, primul producând leziunile cutanate ciclice, iar al doilea având o afinitate deosebită pentru sistemul nervos, dând neurosifilisul.

Alţi autori, cu deosebire francezi, învinuesc factorii constituţionali în determinarea morfologiei leziunilor. Pe lângă constituţii speciale adaptate ocupaţiunii, la oamenii intelectuali aflăm mai des sifilisul nervos. Păturile sociale inferioare, a căror viaţă constă dintr'o serie nesfârşită de eforturi fizice, prezintă aproape exclusiv leziuni terţiare localizate la nivelul musculaturei, oaselor şi al pielei. Explicaţia acestui fapt se dă prin aceea, că surmenajul intelectual pe deoparte, surmenajul fizic pe de alta, formează aşa zicând traumatisme, la nivelul cărora rezistenţa organelor scade.

Din cele 470 cazuri 2 învăţătoare, 1 învăţător, 1 funcţionar, 3 funcţionari C. F. R. şi 1 chelner reprezintă pătura intelectuală (1,7%). Pătura muncitorească o compun meseriaşii, zilerii, agricultorii, muncitorii, servitorii etc. cu predominanţa leziunilor terţiare.

În caz de asociaţie între tuberculoză şi sifilis, forţele de apărare ale organismului repartizându-se între aceste două infecţiuni cronice, echilibrul se va răsturna în favorul virusului specific. Apariţia leziunilor terţiare o facilitează şi caşexia tuberculoasă. Acelaş lucru se petrece şi la alte boale infecţioase.

Dintre cele 59 cazuri reinapoiate de pe colonii ale lui Fournier şi cari fără excepţie au trecut prin malarie, la 37 s'a aflat leziuni terţiare grave. Din războiul mondial se pot cita şi mai multe cazuri analoage în legătură cu rolul propagator al malariei în agravarea sifilisului.

Influenţa alcoolului şi a altor intoxicaţii are acelaş rezultat.

Fournier relativ la alcool, Mulher la opiu, Hübner şi Salomon la nicotină dau date numerice frapante ca factori favorizanţi în accelerarea apariţiei manifestaţiunilor terţiare.

Localizarea leziunilor terțiare.

Numele autorului	Tegumente	Os	Mușchi	Viscere	Testicol	Sist. Nervos
Julian	53,4 ⁰ / ₀	27,7 ⁰ / ₀	—	—	11,3 ⁰ / ₀	8,3 ⁰ / ₀
Fournier	48,8 ⁰ / ₀	12,3 ⁰ / ₀	0,4 ⁰ / ₀	3,4 ⁰ / ₀	4,2 ⁰ / ₀	31,6 ⁰ / ₀
Ehlers	29,1 ⁰ / ₀	23,1 ⁰ / ₀	—	—	—	20,1 ⁰ / ₀
Hasland	56,6 ⁰ / ₀	20,1 ⁰ / ₀	—	3,3 ⁰ / ₀	—	19,6 ⁰ / ₀
Sterling	51,5 ⁰ / ₀	39,4 ⁰ / ₀	2,9 ⁰ / ₀	—	3,0 ⁰ / ₀	3,2 ⁰ / ₀

În statistica noastră întocmită pe un interval de 10 ani, 1. Ianuarie 1918—1 Iunie 1928, din cazurile terțiare internate în serviciul Clinicei Dermato-venerice din Cluj, localizarea manifestațiunilor terțiare în număr și procente dă următorul rezultat:

Gură, nas, cavil. bucofaringiană	Gambe	Față, frunte, gâl	Tronchiu	Membr. super.	Org. genit. ext.	Picior	Cap	Limbă	Stern
197 42 ⁰ / ₀	107 23 ⁰ / ₀	71 15,2 ⁰ / ₀	66 14,3 ⁰ / ₀	52 10 ⁰ / ₀	20 44 ⁰ / ₀	14 3,2 ⁰ / ₀	14 3,2 ⁰ / ₀	8 1,7 ⁰ / ₀	8 1,7 ⁰ / ₀

Articulații	Reg. laringhinală	Mâini	Ureche	Reg. anală	Org. genit. int.
6 1,3 ⁰ / ₀	5 1 ⁰ / ₀	4 0,9 ⁰ / ₀	3 0,6 ⁰ / ₀	3 0,6 ⁰ / ₀	3 0,6 ⁰ / ₀

Cred, că este important de amintit faptul, că foarte des același bolnav prezintă localizări multiple concomitent. De ex. la același bolnav concomitent gome faringiene și ale extremităților.

Bolnavii nu ne pot da relații referitor la infecțiune și leziunile I—II. în 380 cazuri, două cazuri sunt ereditare. Restul cum urmează:

4	luni	au	trecut	dela	infecțiune	până	la	aparitia	leziunilor	tertiare	în	1	caz
8	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	1	"
2	ani	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	6	"
3	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	6	"
4	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	4	"
5	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	7	"
6	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	7	"
7	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	6	"
8	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	2	"
9	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	2	"
10	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	5	"
12	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	3	"
13	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	3	"
14	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	1	"
15	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	8	"
16	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	2	"
17	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	2	"
18	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	3	"
20	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	6	"
22	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	2	"
23	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	1	"
25	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	1	"
27	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	2	"
28	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	2	"
30	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	1	"
36	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	1	"
43	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	1	"

Cazurile statistice noastre cu sifilis terțiar sub raportul tratamentului specific prealabil urmat dela infecțiune și până la apariția manifestațiunilor terțiare sunt dovada tristă a unei neștiințe și ignoranță complectă. Din 470 bolnavi cu sifilis terțiar 346, adică 75,7% *n'a urmat nici un tratament specific*, numai un tratament local sub forma unor unsori, frunze etc. În 124 cazuri leziunile terțiare au apărut după un tratament insuficient. Aici am socotit ca tratament o fumigație mercurială, o sticlă cu KJ, o cură de fricțiuni cu alifie mercurială. Deci în statistică noastră nu *aflăm un singur caz*, tratat după principiile moderne ale tratamentului cronic intermitent.

Din acele 39 cazuri negative ale noastre, 30 (76,9%) n'a urmat nici un tratament, în 9 cazuri din antecedente reese un tratament insuficient.

După un tratament clinic R. W. negativă la început, în 10 cazuri devine pozitivă, în 19 cazuri nu se modifică, iar în 10 cazuri n'a fost semnalat R. W. după tratament.

Din acele 431 cazuri cu R. W. pozitiv, în 7 cazuri a devenit negativă după tratament.

În cazurile seronegative, evoluția boalei, semnele clinice, cedarea leziunilor la tratament specific, sunt suficiente indicii pentru precizarea diagnosticului. Este așa zicând regulă, că acei bolnavi cari cu tot tratamentul energetic mereu fac recidive, prezintă R. W. slab pozitivă, ori negativă.

R. W. negativă pe lângă manifestațiuni terțiare floride, arată lipsă proceselor de apărare a organismului, iar dacă cazurile la început negative după tratament devin pozitive, este dovada unei apărări și fabricare de anticorpi sub influența stimulantă a medicamentelor.



Tratament.

Tratamentul sifilisului terțiar ca atare atât din punct de vedere preventiv cât și curativ, corespunde celui al sifilisului în general. Acesta este și logic, deoarece dacă am prevenit, mai bine zis învins sifilisul, natural, că perioada terțiară nu se va mai prezenta. Însă sifilisul are o proprietate curioasă, că în organismul netratat, sau insuficient tratat, infecția poate perzista timp îndelungat în stare latentă, fără simptome subiective și obiective, astfel ușurând apariția leziunilor terțiare.

Din acest motiv, este datorია primordială a medicului, — o menire mai importantă ca cea de medicator — ca să lucreze în privința educației publicului, clarificându-l în direcția sifilisului. Dacă și indivizii neintelligenți deja în școală vor fi luminați asupra tainei boalelor venerice și a sifilisului în special, nu vor trece cu vederea infecțiunea. Dacă un in-

divid este conștiu despre ceea ce înseamnă această molimă pentru el, familia lui, sănătatea și viitorul tuturor din anturajul lui, atunci nu se va mulțumi cu leacuri băbești, sau cu un început de tratament, ci va consulta imediat un medic specialist, va obține tratament gratuit la ambulatoriile policlinice și dispensare, al căror număr din fericire crește din zi în zi.

Este nevoie de o organizație sistematică și practică în privința aceasta nu numai la noi, ci în toată lumea, ca să obținem rezultate satisfăcătoare. Căci într' un timp s'a crezut că s'a ajuns la stăvilirea extenziunii sifilisului, dar statisticile mai noi ne anunță despre mărirea numărului îmbolnăvirilor.

Sifilisul fiind o boală infecto-contagioasă și cunoscându-se toate caracterele agentului patogen, s'a încercat să se ajute macroorganismul prin seroterapie față de microorganism. Experiențele din acest domeniu încă nu se pot considera ca încheiate, dar rezultate sigure și constante în cursul experiențelor nu s'au înregistrat până acum.

Chemoterapia, pe lângă multele erori pe cari le-a încercat în trecutul său lung, a ajuns la un grad de perfecțiune, că azi dispune de un arsenal terapeutic vast cu o serie nesfârșită de preparate Mercuriale, Iodice, Bismutice, și Arsenicale, încât azi putem declara cu tăria convingerei, că suntem stăpâni asupra sifilisului, el ne mai aparținând boalelor incurabile.

În ce privește tratamentul, după Uhlenhut sifilisul este cea mai cronică boală dintre toate afecțiunile și astfel se impune un tratament cronic intermitent.

Cunoscând modul de infecțiune și de generalizare a infecțiunii, este natural, că medicamentele noastre vor acționa cu atât mai prompt, cu cât se administrează mai de timpuriu, pe cât e posibil înainte ca R. W. să fi devenit pozitivă. Pentru acest motiv prezintă o importanță capitală diagnosticul precoce. Trebuie să acționăm înainte ca parazitul să fi învins rezistența naturală a organismului, înainte de a se adapta noului mediu. Medicamentul spirocheticid singur

nu nimicește virusul. Visul frumos al lui Ehrlich „magna sterilisans“ nu s'a realizat prin Salvarsan. Substanțele bactericide exercită însă o acțiune stimulantă asupra facultății de reacțiune a organismului, îl stimulează pentru a fabrica anticorpi și prin acțiunea lor îndelungată și constantă, organismul îl transformă într'un mediu impropriu condițiunilor vitei ale spirochetelor, prin aceasta producând nimicirea parazitului, adică vindecarea.

Hipoteza, conform căreia un tratament antisifilitic precoce ar împiedeca auto-îmunizarea organismului și astfel ar cauza mai târziu apariția manifestațiunilor, nu este confirmată.

După teoria lui Finger, Blaschko și Hoffman, Salvarsanul ar împinge sifilisul spre sistemul nervos central și ar fi cauza neurorecidivelor, mărind și numărul îmbolnăvirilor metaluetice. Nu este locul să combat această teorie, țin însă să remarc, că această părere par'că prezintă o analogie cu lupta mediavală între mercurialiști și antimercurialiști. Prin deducțiune greșită „Post hoc, ergo propter hoc“, tocmai ca pe timpuri la Mercur, pentru urmările grave s'a învinuit medicamentul (Salvarsanul) și nu modul de administrare. Dintre numeroasele păreri contrare citez pe a lui Ehrlich, ca pe celui mai chemat pentru a stabili locul și acțiunea Salvarsanului în lupta antisifilitică :

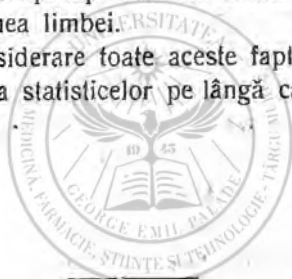
„Neurorecidivele survin numai pe lângă un tratament insuficient; ele se ameliorează, ba chiar se vindecă prin administrarea energică mai departe a Salvarsanului. Ele lipsesc la boalele infecțioase nesifilitice tratate cu Salvarsan (malaria, febră recurentă etc.) Apoi survin și pe lângă un tratament pur mercurial, încât la nici un caz nu se poate înscrie pe contul Arsenicului, ci mai mult pe contul unei acțiuni a spirochetelor, condiționate de o sterilizare insuficientă.“

Numeroase rezultate experimentale și clinice l-au confirmat de atunci pe Ehrlich și se răspândește tot mai mult părerea, că pentru combaterea sifilisului și pentru prevenirea manifestațiunilor tardive, arma cea mai bună este un tratament cronic intermitent regulat cu Salvarsan, întreprins cât mai timpuriu.

Nu putem nega tendința ascendentă a statisticii cazurilor quaternare din ultimul timp, arătând un număr procentual mai urcat ca înainte de era salvarsanică. Trebuie să luăm însă sub acest raport în considerare împrejurarea, că numărul intelectualilor — din ale căror cadre se recrutează majoritatea sifiliticilor — arată o asemenea tendință ascendentă continuă, progresul urbanizării, sau mai bine ale civilizației și în urma ei sivilizația prezintă o fluctuație mai vie, unele curente de decadență, dezechilibrul vieții de azi: sunt mii de prileje pentru traumatisme psihice. Enumerarea traumatismelor de acest gen, produse de războiul mondial ar merita un capitol aparte.

Pe lângă acești factori predispozanți, mai este progresul științei medicale și perfecționarea sifiligrafiei, care a făcut ca să se descopere în foarte multe boale neurologice etiologia sifilitică. Azi reacțiunea Wassermann a devenit un mijloc de diagnostic aproape atât de comun, ca luarea pulsului, ori inspecțiunea limbei.

Luând în considerare toate aceste fapte, putem explica tendința de urcare a statisticilor pe lângă cazurile insuficient tratate.



Concluziuni.

1. Perioada terțiară a sifilisului poate să apară dela câteva luni după infecțiune (terțiarism precoce) până la un timp nedeterminat, perioada de latență putându-se prelungi până la sfârșitul vieții.

2. Apariția manifestațiunilor terțiare o pot accelera factorii determinanți și adjuvanți.

3. Și sifilisul terțiar este infecțios.

4. Pentru prevenirea sifilisului terțiar — ca și a sifilisului în general — este nevoie de organizarea unei propagande antisifilitice preventive, prin educația și luminarea publicului prin broșuri, conferințe cu proiecțiuni și filme, îndemnându-l la consultarea medicului în prezența oricărei leziuni suspecte.

5. Pentru prevenirea perioadei terțiare este de o importanță capitală diagnosticul precoce.

6. Tratament obligator și gratuit oferit de către stat până la vindecarea completă a bolnavilor.

7. Tratamentul trebuie să fie cronic, intermitent, regulat și individual.

8. A se evita traumatismele brusce și lente.

9. Alimentație roborantă și alți factori cari promovează metabolismul intensiv, pentruca medicamentele antisifilitice să afle în organism suficiente forțe pentru producerea anticorpilor.

Văzut și bună de imprimat.

8 Decembrie 1928.

Președintele tezei, Decanul Facultății de Medicină:

s. s. Prof. Dr. C. TĂTARU.

Bibliografie.

Prof. Dr. C. Tătaru: Starea actuală a patologiei și terapiei sifilisului. Clujul Medical 921, pag. 263.

Prof. Dr. C. Tătaru: Le traitement abortif de la syphilis. Ann. de derm. et syph. 1923.

Prof. Dr. C. Tătaru: Tratamentul sifilisului în practică. Clujul Med. No. 4—928.

Prof. Dr. S. Nicolau: Considerațiuni asupra stărilor de imunitate și alergii în sifilis. Clujul Med. No. 4—928.

Dr. V. Cîmoca: Importanța diagnosticului precoce, clinic și bacteriologic, al sifilisului primar în practica medicală. Clujul Med. No. 1—928.

Dr. N. Lengyel: Rolul traumatismelor în patogenia sifilisului, Clujul Med. 923 pag. 123.

Bloch: Der Ursprung der Sifilis.

H. Drouin: Manuel de Syphiligraphie pratique.

Ehrlich: Chemotherapie.

Finger: Die Geschlechtskrankheiten.

E. Finger—I. Jadassohn: Handbuch der Geschlechtskrankheiten.

Finger: Die Syphilis.

Guttman: Die Syphilis.

Arndt—Bloch—Buschke—Finger—Hoffmann: Handbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten.

Zumbusch—J. Jadassohn—P. Mulzer: Die syphilitischen Erkrankungen.

Proksch: Die Geschichte der venerischen Krankheiten.

Bruck: Die Serumdiagnose bei Syphilis.

Thalman: Die Syphilis.

Wassermann und Lage: Serumreaktion bei Syphilis.

Wassermann: Über die W. R. und die biologischen Stadien der Lues.

Wolff—Mulzer: Lehrbuch der Haut u. Geschlechtskrankheiten.

