

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

No. 956

SIFILISUL TERȚIAR

TRAUMATISMELE, REACȚIA WASSERMANN,

IMUNITATEA ȘI STATISTICA

ÎNTRE ANII 1920—1934



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE 27 FEBRUARIE 1936.

DE

VASILE TĂTARU

Preparator al Clinicii Dermato-Venerice.
Fost intern al Spitalului de Femei din Cluj.

1936

Tipografia „UNIVERSALA” S. A. Cluj, Piața Cuza Vodă 16.

SIFILISUL TERȚIAR

TRAUMATISMELE, REACȚIA WASSERMANN,
IMUNITATEA ȘI STATISTICA

ÎNTRE ANII 1920—1934



DOCTORAT IN MEDICINA ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE 27 FEBRUARIE 1936.

DE

23 MAY 2005

VASILE TĂTARU

Preparator al Clinicei Dermato-Venerice.
Fost intern al Spitalului de Femei din Cluj.

INST. MED. FA
Târgu-Mureș
Biblioteca Centr

Inv. Nr. 893

1936

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

Decan : Prof. Dr. D. MICHAIL

Profesori :

Clinica stomatologică	D=1	Dr. Aleman I.
Bacteriologic	"	Baroni V.
Istoria medicinei	"	Bologa V.
Patologia generală și experimentală	"	Botez M. A.
Clinica oto-rino-laringologică	"	Buzoianu Gh.
Istologia și embriologia umană	"	Drăgoi I.
Fiziologia umană (supl.)	"	Drăgoi I.
Semiologia medicală	"	Goia I.
Clinica ginecologică și obstetricală	"	Grigoriu C.
Clinica medicală	"	Hațieganu I.
Medicina legală	"	Kernbach M.
Clinica oftalmologică	"	Michail D.
Clinica neurologică	"	Minca I.
Igiena și igiena socială	"	Moldovan I.
Radiologia medicală	"	Negru D.
Anatomia descriptivă și topografică	"	Papilian V.
Clinica chirurgicală }	"	Pop A.
Medicina operatoare }	"	Popoviciu Gh.
Clinica infantilă	"	Popoviciu Gh.
Farmacologia și farmacognozia (supl.)	"	Sturza M.
Balneologie	"	Tătaru C.
Clinica dermato-venerică	"	Țeposu E.
Clinica urologică	"	Thomas P.
Chimia biologică	"	Urechia C. I.
Clinica psihiatrică	"	Vasiliiu T.
Anatomia patologică	"	



JURIUL DE PROMOTIUNE:

Președinte:	Prof. Dr. C. Tătaru
Membrii:	" " I. Hațieganu
	" " Al. Pop
	" " C. Urechia
	" " V. Bologa
Supleant:	Doc. Dr. D. Konrády

Introducere.

Sifilisul este o boală specifică cu caracter infecțios (cauzată de *Treponema Pallidum*), proprie exclusiv speciei umane, importată în organism prin contagiune ori ereditate, cronică ca evoluție și nedefinită ca durată, esențialmente intermitentă ca manifestări și constituită dintr'o nenumărată serie de simptome și de leziuni, cari sub forme foarte diverse și foarte variabile ca gravitate, pot să intereseze toate sistemele organismului.

Definiția aceasta dată de Fournier este în deplină vigoare și astăzi.

Pentru o mai bună și mai ușoară înțelegere, deosebim în genere patru mari etape în evoluția sifilisului. Incepând din momentul infecției și evoluând cu prima incubajie se ajunge la faza siflomului primar. După o a doua incubajie urmează apoi multiplele manifestări ale sifilisului secundar, penfruca în urmă evoluția să ajungă la faza sifilisului terțiar, fază care constituie și subiectul tezei de față. La aceste trei faze clasice se atașează și manifestările specifice din partea sistemului nervos central și periferic denumite sifilis quaternar. Se înțelege că din punct de vedere cronologic, aceste manifestări și faze nu sunt câtuși de puțin succesive.

Bernard susține cu cea mai mare dreptate, că sifilisul a încetat să fie tragedia clasică în trei acte bine cadentate, dar că a devenit o dramă cu multiple tablouri. Aspectele sifilisului, așa cum din motive de claritate le-am descris mai sus, nu se întâlnesc de cele mai multe ori decât în stare fragmentară și în afara oricărui ciclu. Trecerea neobservată a perioadei primare, din cauza lipsei șancrului, apariția fenomenelor secundare la un bolnav cu leziuni terțiare sunt oare forme paradoxale ale sifilisului? Bernard ajunge la concluzia că sifilisul nu este numai o funcțiune a timpului, dar că este guvernat de un mănunchi de circumstanțe, dintre care imunitatea și allergia au un rol predominant.

Sifilisul terțiar constituie astăzi o fază bine determinată a sifilisului. Studiul lui este subiectul unor vaste tratate, așa încât el nu poate fi încadrat între limitele reduse ale unei teze. Ne vom ocupa deci numai de anumite puncte — desigur foarte interesante — ca: statistica sifilisului terțiar din ultimi 15 ani (1920—1934) a Clinicii Dermato-sifilografice din Cluj, apoi de rolul traumatismului în genere și în special în sifilisul terțiar, descriind și tratând cazurile de traumatism continute în statistică, continuând în urmă cu localizările mai frecvente ale manifestărilor terțiare și făcând în cele din urmă câteva considerațiuni serologice și de imunitate asupra sifilisului terțiar.



Statistica sifilisului terțiar

din Clinica Dermato-Venerologică între anii

1920—1934.

Întocmită după vârstă, sex, localizare, traumatisme,

și R. W.

Pe baza acestor cazuri

Localizare	Sex	Tratament	Rezultat
10	51	52	64

Anul 1920

No. cazurilor 126 $\left\{ \begin{array}{l} \text{B.: } 58 \\ \text{F.: } 68 \end{array} \right.$

1 traumatism

Vârsta	Extrem. cefalică		Membr. sup.		Membr. inf.		Torace și abdom.		Org. genitale		Leziuni multiple	
	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.
0-10	2				1							
10-20	7	6		1	1	3						
20-30	10	10	2	1	2	8						1
30-40	9	12	1	1	2	8		3			1	
40-50	5	2		1	3			1		1		2
50-60	3	2	2		2	3		1			1	
60-70	1	1					1					
70-80	2											
Total	39	33	5	4	11	22	1	5	-	1	2	3

R. W. a acestor cazuri

Pozitivă	Negativă	Parțial +	Nu s'a făcut de noi
64	22	21	19

Anul 1921

No. cazurilor 133 $\left\{ \begin{array}{l} \text{B.: 61} \\ \text{F.: 72} \end{array} \right.$

2 fraumatisme

Vârsta	Extrem. cefalică		Membr. sup.		Membr. inf.		Torace și abdom.		Org. genitale		Leziuni multiple	
	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.
0-10	1											
10-20	6	9	1	3	1	1						
20-30	7	5		2	2	9	1	1				
30-40	7	11		1	7	3	2	1		2		1
40-50	3	4	1		9	6	1		1	1		3
50-60	2	1		1	2	5	2					1
60-70					3	1	1					
70-80					1							
Total	26	30	2	7	25	25	7	2	1	3	—	5

R. W. a acestor cazuri

Intens +	Negativă	Parțial +	Nu s'a făcut de noi
98	9	6	20

Anul 1922

No. cazurilor 147 $\left\{ \begin{array}{l} \text{B.: } 59 \\ \text{F.: } 88 \end{array} \right.$

1 traumatism

Vârsta	Extrem. cefalică		Membr. sup.		Membr. inf.		Torace și abdom.		Org. genitale		Localizări multiple	
	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.
0-10	1											
10-20	5	8		1	3	5					1	1
20-30	8	16		2	6	7	1		1			3
30-40	7	11		2	3	4			1		3	1
40-50	7	9	1		1	6						
50-60	1	2			2	2		1			1	2
60-70	1	1			2	4	1				1	
70-80					1							
Total	30	47	1	5	18	28	2	1	2	-	6	7

R. W. a acestor cazuri

Intens +	Negativă	Parțial +	Nu s'a făcut la noi
119	12	4	12

Anul 1923

No. cazurilor 105 $\left\{ \begin{array}{l} \text{B.: } 40 \\ \text{F.: } 65 \end{array} \right.$

3 fraumatisme

Vârsta	Extrem. cefalică		Membr. sup.		Membr. inf.		Torace și abdom.		Org. genitale		Localizări multiple	
	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.
0-10		1										
10-20	4	5	1			3					1	3
20-30	8	7		1	4	3		1		1	1	
30-40	9	14	1	1	1	2		1	2		1	2
40-50	1	9		1		3						
50-60	1	3										
60-70	1	2			1	2					2	
70-80												
Total	24	41	2	3	6	13	1	2	2	1	5	5

R. W. a acestor cazuri			
Intens +	Negativă	Parțial +	Nu s'a făcut la noi
69	7	22	7

Anul 1924

No. cazurilor 93 $\left\{ \begin{array}{l} \text{B.: 51} \\ \text{F.: 42} \end{array} \right.$

1 fraumatism

Vârsta	Extrem. cefalică		Membr. sup.		Membr. inf.		Torace și abdom.		Org. genitale		Localizări multiple	
	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.
0-10												
10-20	7	2			3	2					1	2
20-30	6	4	1	1	3	3					2	3
30-40	6	7			1	2	3	1			2	1
40-50	5	3			1	3		2				
50-60	1	1										
60-70	1	2	1		3	2	1	1			1	
70-80												
Total	26	19	2	2	13	14	4	1	-	-	6	6

R. W. a acestor cazuri

Intens +	Negativă	Parțial +	Nu s'a făcut la noi
63	4	16	10

Anul 1925

No. cazurilor 81 $\left\{ \begin{array}{l} \text{B.: } 34 \\ \text{F.: } 47 \end{array} \right.$

1 traumatism

Vârsta	Extrem. cefalică		Membr. sup.		Membr. inf.		Torace și abdom.		Org. genitale		Localizări multiple	
	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.
0-10		1										
10-20	4	6										
20-30	5	9										
30-40	3	9						1			2	2
40-50	4	2									1	3
50-60	2	1				1					1	
60-70	1										1	
70-80	1	1										
Total	20	29	-	3	8	9	1	1	-	-	5	5

R. W. a acestor cazuri

Intens +	Negativă	Parțial +	Nu s'a făcut la noi
54	4	15	8

Anul 1926

No. cazurilor 62 $\left\{ \begin{array}{l} \text{B.: 25} \\ \text{F.: 44} \end{array} \right.$

2 traumatisme

Vârsta	Extrem. cefalică		Membr. sup.		Membr. inf.		Torace și abdom.		Org. genitale		Localizări multiple	
	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.
0-10												
10-20	1	3		1	2	1					1	
20-30	4	6		1	4	4	1				1	
30-40	5	4		1	1	4						1
40-50	3	4		2	2	2	1		1			
50-60	1					3						3
60-70		1									1	
70-80		1				1						
Total	14	19	-	5	6	15	2	-	-	1	3	4

R. W. a acestor cazuri

Intens +	Negativă	Parțial +	Nu s'a făcut la noi
52	5	8	4

Anul 1927

No. cazurilor 67 $\left\{ \begin{array}{l} \text{B.: } 33 \\ \text{F.: } 34 \end{array} \right.$

Vârsta	Extrem. cefalică		Membr. sup.		Membr. inf.		Torace și abdom.		Org. genitale		Localizări multiple	
	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.
0—10												
10—20		2		1								
20—30	4	2									4	1
30—40	8	7	1								1	3
40—50	6	2		1				1				
50—60	2	2				3		1				1
60—70	3										1	
70—80												
Total	23	15	1	2	3	10	—	2	—	—	6	5

R. W. a acestor cazuri

Intens +	Negativă	Parțial +	Nu s'a făcut la noi
45	8	8	6

Anul 1928

No. cazurilor 77 $\left\{ \begin{array}{l} \text{B.: } 42 \\ \text{F.: } 35 \end{array} \right.$

1 traumatism

Vârsta	Extrem. cefalică		Membr. sup.		Membr. inf.		Torace și abdom.		Org. genitale		Localizări diverse	
	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.
0-10		1										
10-20	4	4			3	1					2	1
20-30	7	2	1	1	2	3		1			1	1
30-40	5	7			3	2		1			1	1
40-50	1	2	1		2						1	
50-60	4	1			1	1		1				1
60-70					1	2						
70-80			1	1								1
Total	21	17	3	2	12	9	1	2	-	-	5	5

R. W. a acestor cazuri

Intens +	Negativă	Parțial +	Nu s'a făcut la noi
51	7	12	7

Anul 1929

No. cazurilor 70 $\left\{ \begin{array}{l} \text{B.: } 38 \\ \text{F.: } 32 \end{array} \right.$

2 traumatisme

Vârsta	Extrem. cefalică		Membr. sup.		Membr. inf.		Torace și abdom.		Org. genitale		Localizări multiple	
	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.
0-10												
10-20	1				1							
20-30	2	3	1		5	1				1	2	1
30-40	4	4			1							1
40-50	4	9		3	1		1	2			1	1
50-60	2	3			2		1		1		4	1
60-70	1	1			1							
70-80			1					2				
Total	14	20	1	4	11	1	4	2	1	1	7	4

R. W. a acestor cazuri

Intens +	Negativă	Parțial +	Nu s'a făcut de noi
39	8	9	14

Anul 1930

No. cazurilor 74 $\left\{ \begin{array}{l} \text{B.: 30} \\ \text{F.: 44} \end{array} \right.$

Vârsta	Extrem. cefalică		Membr. sup.		Membr. inf.		Torace și abdom.		Org. genitale		Localizări multiple	
	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.
0-10		1										
10-20	3	4										3
20-30	4	8	2		2	3					1	
30-40	5	11	1	1	1	1			1			
40-50	1	3	2	2				1			1	1
50-60	1	2		1	1		1		1			
60-70		1										
70-80							1					
Total	14	30	5	4	3	5	4	1	2	-	2	4

R. W. a acestor cazuri

Intens +	Negativă	Parțial +	Nu s'a făcut de noi
50	4	14	6

Anul 1931

No. cazurilor 45 $\left\{ \begin{array}{l} \text{B.: 22} \\ \text{F.: 23} \end{array} \right.$

Vârsta	Extrem. cefalică		Membr. sup.		Membr. inf.		Torace și abdom.		Org. genitale		Localizări multiple	
	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.
0-10		2										
10-20	1	1			2	1						
20-30	1	1				1	1				1	
30-40	3	7				2						
40-50	5	3			1	1						1
50-60	4	2		1	2							
60-70												
70-80	1											
Total	15	16		1	5	5	1	-	-	-	1	1

R. W. a acestor cazuri

Intens +	Negativă	Parțial +	Nu s'a făcut de noi
27	3	9	6

Anul 1932

No. cazurilor 24 $\left\{ \begin{array}{l} \text{B.: } 10 \\ \text{F.: } 14 \end{array} \right.$

Vârsta	Extrem. cefalică		Membr. sup.		Membr. inf.		Torace și abdom.		Org. genitale		Localizări multiple	
	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.
0—10												
10—20	1	3										
20—30												1
30—40	3	1									1	
40—50		2	2						1			
50—60		2									2	
60—70		1				1						1
70—80												
Total	4	9	2	—	—	3	—	—	1	—	3	2

R. W. a acestor cazuri

Intens +	Negativă	Parțial +	Nu s'a făcut la noi
17	1 $\frac{2}{3}$	1	5

Anul 1933

No. cazurilor 36 $\left\{ \begin{array}{l} \text{B.: 20} \\ \text{F.: 16} \end{array} \right.$

Vârsta	Extrem. cefalică		Membr. sup.		Membr. inf.		Torace și abdom.		Org. genitale		Localizări multiple	
	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.
0-10												
10-20	2	2										
20-30	1	4	1								1	
30-40	3	5									2	
40-50	3									1		
50-60		1				1						
60-70	2											
70-80						1						
Total	11	12	1	-	4	3	1	-	-	1	3	-

R. W. a acestor cazuri

Intens +	Negativă	Parțial +	Nu s'a făcut la noi
19	5	7	5

Anul 1934

No. cazurilor 43 $\left\{ \begin{array}{l} \text{B.: 21} \\ \text{F.: 22} \end{array} \right.$

Vârsta	Extrem. cefalică		Membr. sup.		Membr. inf.		Torace și abdom.		Org. genitale		Localizări multiple	
	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.
0—10												
10—20	1	3					1	1			1	1
20—30	4	6									1	
30—40	3	4							1		1	
40—50		3									1	1
50—60	1	1			1							
60—70	1											
70—80					1							
Total	10	17	—	—	2	2	4	1	1	—	4	2

R. W. a acestor cazuri

Intens +	Negativă	Parțial +	Nu s'a făcut la noi
29	1	4	9

Statistică generală între anii 1920—1934.

14 traumatisme

Vârsta	Extrem. cefalică		Membr. sup.		Membr. inf.		Torace și abdom.		Org. genitale		Localizări multiple		Total		Total general
	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.+F.
0—10	4	6			1								5	6	11
10—20	47	58	2	7	20	24	2	1			7	12	78	102	180
20—30	71	83	7	11	34	47	5	3	1	2	15	11	133	157	290
30—40	80	114	4	9	25	35	8	7	5	2	15	13	137	180	317
40—50	48	57	7	11	19	24	6	5	2	4	5	12	87	113	200
50—60	25	24	2	3	14	20	5	4	2		9	8	57	59	116
60—70	12	10	1		11	12	4	1			6	1	34	24	58
70—80	4	2	2	1	3	2	3				1	12	6		18
Total	291	354	25	42	127	164	33	21	10	8	57	58	543	647	1190

R. W. a acestor cazuri			
Intens +	Negativă	Parțial +	Nu s'a făcut la noi
796	100	156	138

Considerațiuni generale asupra cauzelor sifilisului terțiar.

„Perioada terțiară, spune Fournier, este marea etapă a sifilisului, etapa nefastă prin excelență, unde își dau întâlnire manifestațiuni importante și grave ale sifilisului“.

Fournier împarte cauzele sifilisului terțiar în două mari grupe:

1. *Cauze intrinseci*, care după cercelările lui Fournier, nu produc o imunitate față de accidentele terțiare, în cazurile în care primele accidente au fost benigne ori au trecut neobservate. Din 2188 de cazuri de sifilis terțiar, Fournier a găsit numai 9—10% cari au urmat unor accidente secundare bine definite. Restul de 90—91% a constituit accidente terțiare, care au urmat unor leziuni secundare benigne sau chiar trecute neobservate.

2. *Cauze extrinseci*. După Fournier, în apariția manifestațiunilor terțiare joacă un rol important și cauzele ce slăbesc rezistența organismului. Intre aceste cauze el distinge:

a) *Vârsta* din apanajul căreia ar face parte sifilidele ulcerose cu tendința spre fagedenism, gomele, leziunile osoase și accidentele cerebro-spinale, la cei la care este înaintată. Sifilisul câștigat în primele săptămâni sau luni după naștere este deasemenea grav, din cauza precocității accidentelor terțiare.

b) *Condițiuni defectuoase de sănătate*. Bolnavii anemici, cașecfici, limfatici sau tuberculoși au o tendință bine mascată spre terțiarism. În special la tuberculoși găsim sifilide ulcerose extinse, leziuni articulare sau osoase.

c) *Ereditatea patologică*, mai ales cea nervoasă predispoze în special la manifestațiuni terțiare de ordin nervos.

d) *Intoxiațiuni*. Alcoolismul favorizează apariția mai devreme a terțiarismului, cu tendința spre accidente terțiare nervoase. Din 57 de observațiuni de sifilis făcute asupra unor alcoolici, 29 de cazuri au prezentat manifestări nervoase.

e) *Infecțiunile acute* pot activa un sifilis latent și fixa asupra unui organ pe care s'a localizat infecțiunea.

f) *Infecțiunile cronice*. Paludismul favorizează apariția sifilisului terțiar, fapt care explică gravitatea lui în regiunile infectate.

g) *Influența depresivă*, ca viața dezordonată, mizeria, alimentația insuficientă, igiena defectuoasă și diverse influente de ordin moral, surmenajul cu deosebire cel sexual, pot favoriza apariția sifilisului terțiar, mai ales a celui nervos.

h) *Influențe locale*. Printre cauzele exterioare este de pomenit tutunul a cărui acțiune se manifestă asupra leziunilor terțiare ale gurii și ale limbii. Iritațiile cutanate (arsuri și subst. vezicante) și dermatozele sunt deasemenea cauze provocatoare. Acțiunea traumatismului trebuie pomenită deasemenea în acest loc. În urma unui traumatism osos s'au observat adesea apariția exostozei și gomelor. Sifilisul terțiar post-traumatic apare adesea în urma unor traumatisme repetate și neînsemnate în aparență ori în urma unui traumatism unic. Leziunile terțiare pot apărea imediat ori după un oarecare timp dela producerea traumatismului, fie în locul traumatizat, fie într'o regiune mai îndepărtată. Uneori o simplă injecție subcutanată ori intramusculară este capabilă să activeze un sifilis latent câștigat ori ereditar.

i) *Absența ori insuficiența tratamentului* este desigur cea mai importantă cauză a terțiarismului. Astăzi, însă cu mijloacele terapeutice noi, care stau la îndemâna tratamentului, această cauză fiind să nu mai reprezinte marele procent de terțiarism de până acum.

Dintre toate aceste cauze în lucrarea de față, evident că ne interesează traumatismul, în măsura în care este capabil să provoace apariția leziunilor terțiare.

Sifilis și traumatism.

Noțiunea de traumatism nu este astăzi destul de bine definită, nici patologic și nici științific. Sub acest cuvânt se înțeleg astăzi o serie de acțiuni externe din cele mai variate așa încât noțiunea de traumatism s'a lărgit, dela definiția dată de Virchow. Marchaud și

Haberda sunt chiar de părere că nici nu i se mai poate de vreo definiție.

Influența traumatismului e bine cunoscută la o serie întregă de afecțiuni din toate domeniile medicinei. De ex. în dermatologie în urma traumatismelor se pot observa apariția leziunilor psoriafice sau de lichen plan. Deasemenea, mai găsim legături similare între traumatism și apariția leziunilor în tuberculoza pielii și în xantomul tuberos.

În sifilis influența traumatismului a fost subiectul unor numeroase cercetări, în toate fazele boalei. Până la cercetările clasice ale lui Neisser și ale colaboratorilor săi se credea că afectul primar e întotdeauna precedat de un traumatism la acel nivel. Nici Neisser nu a scăpat din vedere această părere generală, însă el nu a reușit să producă inoculări pozitive prin pielea ori mucoasa traumatizată cercetările lui au fost combătute de Scherllack, apoi de Brown și Pearce. Rezultatele cercetărilor acestor autori americani au fost pe deplin verificate de Uhlenhuth, Grossmann, Kole, Mulzer și alții.

În legatură cu apariția afectului primar există trei posibilități:

- a) traumatismul a precedat depunerea spirocheșilor;
- b) traumatismul și acțiunea spirocheșilor sunt concomitente;
- c) traumatismul își dezvoltă acțiunea după depunerea spirocheșilor.

Constatările în privința legăturii între traumatism și afectul primar sunt greu controlabile și greu de verificat. M. Michael e de părere că traumatismul constituie o poartă de intrare pentru sifilis și apoi că apariția afectului primar în locul traumatizat este o reacție normală a organismului.

Cu începutul perioadei secundare importanța traumatismului crește în sensul că el constituie un moment favorizant în localizarea exantemului. Este de reținut faptul că orice traumatism poate fi în stare să provoace eflorescențe specifice în faza secundară. Aceste constatări există din era antibacteriană și au fost bine observate și precizate de Tarnowsky, Neuman, Mauriac și alții. Orice iritație traumatică, fie ea cât de limitată în extinderea ei, este în stare să producă o iritație sau reacție inflamatorie, iar după aceste întotdeauna leziuni tipice din stadiul corespunzător.

O observație interesantă și frecventă o constituie localizarea exantemului la indivizii tatuajați. La aceștia, părțile tatuante ori rămân libere de exantem (Dolu, Holland, Florange), ori sunt interesate numai părțile colorate fie cele în roșu sau fie cele în albastru (Glück, Noll, Berheim). Deasemenea peste tot este bine cunoscut faptul că leziunile secundare se localizează cu deosebire pe părțile expuse unor

iritațiuni (traumatisme) așa zicând naturale: pe frunte (corona Venere), pe centură, etc.

Fără limite precise, după un interval de ani ori chiar de decenii dela prima infecție, cu sau fără fenomene secundare, survine perioada terțiară a sifilisului. Desigur, în această latență îndelungată își are traumatismul importanța lui în cece privește terțiarismul. Sifilidologii vechi caracterizau terțiarismul printr'o alergii a organismului, care răspunde la o nouă invazie a spirocheșilor printr'o reacție tisulară modificată: apare goma săracă în spirocheși și cu tendință la procese interstițiale.

Pentru a înțelege procesul de formare al gomei este de mare importanță faptul că spirocheșii rămân în situ după regresivitatea manifestărilor secundare sau în cicatricea sifilomului primar, așa cum au dovedit cercetările histologice și inoculările pozitive ale lui Pasini și Sandmann.

Modul de reacțiune alergică, care dă nota caracteristică fazei terțiare se traduce printr'o reacție Wassermann foarte des negativă și printr'o reacție de luetină de obicei pozitivă. Pe lângă aceasta găsim manifestări clinice izolate în piele, mușchi, sistemul osos și organele interne cu terminațiuni de cicatrice caracteristice.

Oricare ar fi însă modul de reacțiune al organismului, el își are punctul de plecare în spirocheșii mobilizați pe o cale oarecare. Deaceia în mecanismul de acțiune al traumatismului în faza terțiară, trebuie să avem în vedere pe de o parte prezența spirocheșilor în celulele conjunctive, în vase, în jurul acestora, ori după Schneider în interstițiul organelor parenchimatoase, iar pe de altă parte puterea de reacțiune a organismului într'un mod caracteristic.

Acest mod de reacțiune a fost examinat de o serie de autori ca Tarnowsky, Köbner, Finger, Pinard și Vignolo Lutati; iar din cercetările lor reese că acțiunea spirocheșilor eliberați din ascunzișul lor prin influențe traumatice este egală cu a acelora ajunși pe cale exogenă în organism.

Alți autori incriminează spirocheșii din circulația sanghină care s'ar fixa pe locus minoris rezistentiae creat prin traumatism. După Michel însă, această părere este destul de labilă deși nu se poate susține în mod absolut, că în terțiarism n'ar circula spirocheși în curentul sanghin.

Traumatismele pot provoca manifestări sifilitice terțiare cu mulți ani în urma sifilomului primar.

Landonzy descrie o osteită provocată de traumatism după 25 ani dela infecție. Railliets amintește exostoze provocate la un ofițer din cauza călăritului, iar la un șofer manifestațiuni cutanate terfiare pe brațe. Lacapère și Laurent descriu gome pe frunte la musulmani, în urma traumatismului repetat din timpul rugăciunilor. Tumpeer descrie două cazuri identice. Klauder se ocupă de problema traumatismului în sifilis din punct de vedere medico-legal. El reamintește cercetările lui Tarnowsky cu așa zisă cauterisatio provocatoria, adică aplicarea unei paste caustice cu stadiul latent al sifilisului, pentru provocarea leziunilor. Tarnowsky însuș descrie câteva cazuri de gome provocate de traumatisme repetate.

În privința mecanismului de producere al leziunilor în urma traumetismelor există diferite păreri:

1. Spirocheții pot ajunge pe cale hematogenă la locul traumatizat;
2. Traumatismul sub forma unei iritații nespecifice dezvoltă o acțiune stimulantă asupra tesuturilor modificate în urma infecției sifilitice.

De multe ori traumatismul poate pozitiva o reacție Wassermann negativă.

Herb. Ferdinand se ocupă de două probleme în legătură cu traumatismul: a) de unde vin spirocheții când produc manifestațiuni sifilitice în locuri traumatizate? și b) de ce își pot dezvolta ei în acel loc acțiunea lor?

La prima răspunsul e ușor deoarece rezidiile de spirocheți din sifilisul primar și secundar provoacă manifestările tardive, manifestări ce se pot produce chiar acolo unde sifilomul primar ori leziunile secundare nu au existat, pentru că spirocheți se pot găsi oriunde.

La a doua răspunsul este mai greu de dat și trebuie să ne gândim la relațiunile dintre infecție și imunitate.

Dacă admitem că spirocheții se pot fixa în locul traumatizat și se pot înmulți aici în așa măsură încât să provoace manifestațiuni specifice, atunci desigur că trebuie să lipsească ori fermentul specific ori complementul. Fermentul însă, așa cum reese din cercetările lui Ebersson, nu poate lipsi. În schimb complementul este fixat în „zona de imibiție” formată chiar traumatism. Prin urmare anticorpii nu-și pot dezvolta acțiunea lor asupra germenilor sifilisului.

Diaz-Salvatore dau un caz de gome ale ghenunchiului, provenite în urma unui traumatism suferit la acel nivel și după o infecție care s'a produs cu 30 ani înainte. Gaudier și Minet descriu cazul

unui bărbat la care reacția Wassermann s'a reactivat în urma unei răni de granată din timpul războiului. Bloemen descrie la un șofer gome toracie cauzate de presiunea volanului și în același timp gome pe coapsa dreaptă provocate de rezervorul de benzină al motocicletei ce o avea. Nijkerk descrie o femeie cu gome multiple în regiunea fesieră în urma unei căzături dela 3—4 m. înălțime. Thibierge spune că Verneuil și elevii lui se ocupau încă din 1863 cu aceste chestiuni. Că tabesul și paralizia generală se pot exacerba în urma unui traumatism, este o părere acceptată de toată lumea. Legătura între fracturi și alte rațiuni osoase sifilitice se explică azi ușor prin Roentgen. Constatarea lui Verneuil că în sifilis rănilile de orice proveniență se modifică în specifice și se vindecă mai anevoios, nu mai are astăzi valoare. Thibierge este de părere că rolul traumatismului în provocarea sifilisului terțiar a fost exagerat. Acolo unde leziunile nu apar în locul traumatizat, desigur că traumatismul este o simplă coincidență. Rolul provocator al traumatismului sută la sută îl acceptă numai în cazurile în care atinge un focar sifilitic deja existent, iar spirocheții prin aceasta ajungând în circulație. El prefinde deci o critică severă și prudență în această chestiune.

Important de reținut din toate aceste considerațiuni este faptul că traumatismul este fără îndoială o cauză provocatoare de leziuni sifilitice terțiare. Dar și ceva mai mult: leziunile sifilitice existente sunt de cele mai multe ori agravate.

Legătura dintre sifilis și traumatism, a mai fost explicată și prin acel locus minoris resistentiae, rezistența regiunii traumatizate scade, fapt care permite o dezvoltare a spirocheților pe un teren slăbit.

Vignolo este însă de părere că un locus minoris resistentiae este insuficient pentru a provoca apariția unor leziuni specifice. El se întreabă de ce leziunea apare numai într'un singur loc, atunci când traumatismul a afectat o regiune cu mult mai întinsă. Și atunci susține că pe lângă o rezistență micșorată este nevoie și de o scădere a imunității.

După cercetările lui Queyrat, Finger și Landsteiner, reese că imunitatea scade pe măsura ce trece timpul dela prima infecție. Iar Blaschko adaugă că prin această scădere a imunității virulența spirocheților crește și pot da astfel naștere unor leziuni in situ, ori unor metastaze care să producă leziuni mai depărtate.

Prin urmare: atunci când un traumatism s'a produs, faptul că imunitatea este micșorată și faptul că spirocheții se găsesc în locuri ce au fost sediul unor leziuni secundare ori primare, este de natură

a provoca în situ ori într'o regiune mai depărtată leziuni terțiare specifice.

Dl. Prof. dr. C. Tătaru este de acord cu Broca și anume că rolul traumatismului a fost exagerat, deoarece uneori traumatismul nu a făcut decât să atragă atențiunea bolnavului asupra unei leziuni pre-existente (gomă în stare de cruditate). Totuși atunci când leziunea apare în urma unui traumatism, aceasta se explică printr'o reactivare a spirocheților latenți, și printr'o scădere a imunității. Înainte de producerea traumatismului spirocheții deși de o virulență foarte mică, erau totuși capabili să susțină imunitatea. Prin exaltarea virulenței spirocheților și prin insuficiența anticorpilor protectori, terenul devine astfel propriu producerii unor leziuni sifilitice.

Observațiuni clinice

Din cele 14 cazuri de traumatism, pe care le-am putut constata cu toată certitudinea, următoarele patru le vom reda mai jos, ca fiind mai caracteristice:

Obs. I. — M. V. 9 ani, fiu de plugar din jud. Cluj, se prezintă la 22 VI. 1923 la consultațiunile clinicei Dermato-Venerice din Cluj, unde i se pune diagnosticul de sifilis ereditar tardiv, artrită sifilitică a genunchiului stâng și osteoperiosită a gambei stângi. Părinții trăesc și sunt sănătoși deasemenea și cele 3 surori ale sale. În antecedente găsim o malarie, de care copilul suferisă cu câteva săptămâni înainte. Neagă alte boli de piele. În iarna trecută a suferit un traumatism, iar cu 1¹/₂ lună înainte a observat că i se tumefiază gambelz. Pe partea antero-internă a gambei se găsește o leziune de mărimea unei piese de un leu, acoperită cu o coajă gălbue-brună în centru, înconjurată de o zonă eritematoasă. Copilul are osul nazal îngroșat, nasul diformat și turtit la bază. Dinții vicios implantați și supranumerari; la gamba stg. fibie în iatagan. R. W. intens pozitivă. Se institue tratamentul cu Silber-salvarsan. Părăsește clinica la 24 VII. 1923 ameliorat.

Obs. II. — F. A. 26 ani, greco-catolică, necăsătorită, servitoare este primită în clinică la 24 IX. 1923. Diagnostic: Gomă pe dosul piciorului drept. Antecedente heredo-colaterale fără importanță. Boala prezentă datează de 2 ani, iar leziunea dela picior a fost cauzată de un accident de tren. Pe picior se observă o ulcerație reniformă de o lung. de 4—5 cm. și lățim. de 2 cm. cu toate caracterele unei gome.

Se institue tratamentul cu neosalvarsan și i se administrează circa 3 gr. Părăsește clinica la 22 X. 923, ameliorată urmând să continue tratamentul întrun ambulator. Părăsește serviciul cu R. W. intens pozitivă.

Obs. III. — G. M. 23 ani, greco-catolică, căsătorită din Cluj, intră în clinică la 13 Dec. 1921. Diagnostic: gomă pe gamba dpt. periostită sifilitică. În antecedentele eredo-colaterale se constată un avort al mamei și 4 copii morți în primele zile după naștere. În antecedente personale găsim un avort. Un copil de un an trăește și este sănătos. Boala prezintă datează în urma unui traumatism (s'a lovit de dunga patului) R. W. atât la intrarea cât și la eșirea din clinică este intens pozitivă. Pe gamba dpt. în treimea sup. avem o ulcerățiune de mărimea unui leu cu toate caracterele unui gome, la care se adaugă o senzație de durere intensă la palpare. Se institue trat. cu Linsler-salvarsan, circa 5 gr. iar intern se administrează iodură de potasiu. Părăsește clinica la 24 I. 1922, ameliorată.

Obs. IV. — I. R. M. 22 ani, necăsătorit, servitoare, intră în clinica la 13 XII 1921. Traumatismul suferit a fost o mușcătură de câine cu 3 săpt. înainte pe gamba dreaptă. Neagă sifilisul. Ulcerațiunea are mărimea unui pumn de copil, de formă ovală și cu caracterele unei gome. R. W. intens pozitiv. Dg.: gomă profundă în locul traumatizat. Ca tratament se administrează neosalvarsan și salicilat de mercur. Părăsește clinica, complet vindecată la 31. I. 1922.

Reacția Wassermann în sifilisul terțiar.

Reacția Bordet-Wassermann nu constituie o reacție specifică pentru punerea în evidență a sifilisului și chiar valoarea ei ca reacțiune dă rezultate variabile atât după stadiul cât și după formele infecțiunii.

După Citron proporția de rezultate pozitive este de circa 80%. Cifra aceasta globală suferă însă anumite modificări, deoarece nu în orice stadiu al boalei atinge această valoare.

În sifilisul primar diferiții autorii cari au studiat proporția au ajuns la rezultate foarte diferite, rezultate ce sunt în legătură cu timpul scurs dela apariția șancrului și care variază dela 33—90%. Desigur că în perioada pre-umorală și atunci când reacția nu a fost făcută cu serozitate luată din șancru, reacția rămâne negativă. Este important de amintit, că cu cât perioada de incubație a șancrului a

fost mai scurtă, cu atâta apariția unei reacții pozitive a sângelui se pune mai devreme în evidență. Deasemenea reacția este mai devreme pozitivă, atunci când șancrul s'a localizat într'o regiune bogată în vase limfatice și sanghine.

În sifilisul secundar reacția Wassermann poate fi ori pozitivă ori negativă. În cazurile în care este pozitivă și pe măsură ce boala evoluează, aspectul clinic al reacției, ia înfățișări diferite: a) ori se menține net pozitivă; b) ori se negalivează, și scade brusc (liză) în cursul evoluției; c) ori are un aspect oscilant, adică devine succesiv negativă și pozitivă. În cazurile în care reacțiunea este negativă, aceasta se întâmplă în cursul recidivelor, în care tratamentul anterior recidivei a negativat reacția.

În sifilisul terțiar, cifrele de reacții pozitive ce se dau sunt des-
tul de diferite. După unii ar fi 30 %, iar după alții proporția ar fi de 50—70—80 %. Procentul de 80 % este în general socotit, ca o cifră maximă. Valoarea diagnostică a reacției în cursul terțiarismului este prin urmare foarte însemnată.

În statistica noastră, din cele 1190 cazuri de sifilis terțiar, iată rezultatul reacțiilor:

Reacții intens pozitive	în	796 cazuri
Reacții parțial pozitive	"	156 "
Reacții negative	"	100 "
Nu s'a făcut reacția	"	138 "
Total		1190 cazuri

Procentul de reacții pozitive din acest tablou este de 80 %. Am găsit prin urmare o cifră pe care cei mai mulți autori o socotesc mare.

Având în vedere însă că în 138 cazuri reacția Wassermann nu a fost făcută de noi, din diverse motive ca trimiterea bolnavilor la diverse spitale sau dispensare, procentul de 80 % dat mai sus, suferă oarecari modificări după cum urmează:

Dacă din cele 1190 cazuri scădem pe cele 138 în care reacția nu a fost făcută, obținem 1052 de cazuri în care rezultatul reacției Wassermann a fost stabilit de noi. Procentul de reacții pozitive în acest caz va fi de 90,49 %.

În urma acestor considerațiuni, observ că procentul real de reacțiuni pozitive (90,49 %) din cazurile controlate serologic la noi și citate în statistica acestei teze, este mai mare decât procentul maxim

(80%) semnalat de cei mai mulți sifilidologi. Faptul acesta contribuie să întărească și mai mult importanța diagnosticului serologic în terțiarism.

În sifilisul terțiar, în afară de sânge, reacția Wassermann se mai poate face în lichidul cefalo-rachidian, în serozitatea gomelor (Nicolau și Banciu) și în diferite umori ale organismului (urină, lapte, salivă, spermă, exudate, transudate).

În lichidul cefalo-rachidian reacția este foarte rar pozitivă, afară de cazurile de gome și perforațiuni ale valului palatului, după cum susțin Widal, Ravaut și Milian. Ea este totuși indicată în perioada terminală a boalei, când reacțiunea sanghină este negativă.

Nicolau și Banciu au găsit o reacție pozitivă în serozitatea gomelor, la bolnavi cu o reacție sanghină negativă.

Reacția Wassermann în diferitele umori ale organismului dă rezultate variabile și contestabile uneori. Bar și Dannay au găsit anticorpi în laptele femeilor sifilitice. Simon și Lebert au găsit adesea o reacție pozitivă a urinei. Examenul serologic al exudatelor și transudatelor dă însă rezultate mai apropiate de examenul concomitent al sângelui.

Imunitatea în sifilisul terțiar.

Problema imunității în sifilis este departe de a fi pe deplin rezolvată. O definiție a acestei imunități, care să concorde cu toate datele clinice și experimentale nu se poate da încă cu toată preciziunea. Existența unei imunități naturale complete a omului față de treponemă nu a fost încă pusă în evidență.

Cei mai mulți autori admit posibilitatea unei reinoculări la sifiliticii terțiar. Experiențele făcute de Finger și Landsteiner, Ehrmann, Queyrat și Pinar, Cappelli, Vignolo-Lutati dovedesc pe deplin posibilitatea reinoculării. Superinocularea practică în anumite condițiuni este urmată de succes. Leziunea ce rezultă din această reinfecție este o sifilidă tot de tip terțiar.

Faptul acesta nu pare însă evident pentru toți. Neisser susține că inoculările ar fi expresia unor cuti-reacțiuni ori reactivări ale virusului inițial (endogen) în locul inoculat.

În felul acesta, suntem forțați să admitem ori superinfecția (în cazul unui sifilis fără simptom), ori reinfecția (în cazul unei vindecări).

Trebue să amintesc aci și de rolul alergiei. Contrariu de cece

se întâmplă în tuberculoză (reacție la tuberculină), reacțiunea sifiliticilor nu a putut da până în prezent naștere nici unei metode de diagnostic.

Germanii denumesc alergiia „Umstimmung“ sau „Gewebsumstimmung“. Noțiunea de alergie nu o exclude pe aceea de sensibilizare, pentru că o asociație între amândouă e posibilă (Gougerot), datorită punctelor comune ce există între aceste două procese.

Punctul culminant al așa zisei „Gewebsumstimmung“ se găsește în perioada terțiară, pe care v. Wassermann o denumește în consecință ca stadiu alergic. Ea se manifestă printr'o hipersensibilitate (hiperergie) pronunțată cu formarea unor infiltrate nodulare asemănătoare formelor de T. B. C. Faptul acesta corespunde legii biologice a lui Jadasshon-Lewandowsky și anume că un organism în care germenii patogeni se pot înmulți fără piedică răspunde cu fenomene inflamatorii simple, iar un organism cu o destrucție lentă a microbilor prezenți în număr mic, eliminarea se va produce printr'un țesut specific de granulație, ea fiind o urmare a acțiunii anticorpilor.

Evoluția alergiei specifice nu este paralelă cu imunitatea. Alergia pare a crește progresiv până în perioada terțiară unde atinge un maximum de intensitate.

Astăzi concepția generală fiind să admită că în sifilis imunitatea este mai degrabă un amestec de imunitate și de sensibilizare. Această imunitate, despre care astăzi se știe că este câștigată, nu este absolută și nu poate fi comparată cu imunitatea din difterie. Ea are particularitatea de a depinde de prezența treponemelor în organism. Studiul inoculărilor dovedește pe deplin aceasta: ele produc ori o superinfecție în cazul în care sifilisul nu este vindecat, ori o reinfecție în cazul unui sifilis tratat. Atunci când inoculările nu dau rezultate, aceasta nu dovedește o variație a virulenței spirocheșilor, ci o modificare a capacității reacționale a țesuturilor, care contribuie să pună în evidență imunitatea.

Există și o altă dovadă dată de evoluția însăși a sifilisului: organismul în faza tardivă reacționează mai puternic la un număr minim de spirocheși, decât în perioada precoce a boalei, la un număr considerabil de agenți de același fel. Discreșiunea leziunilor tisulare din faza secundară se opune intensității reacțiunilor gomoase terțiare întocmai cum se opun din punctul de vedere al leziunilor, tuberculoza miliară acută și eritemul lepros, lupusului și leprei tuberculoase (Jadassohn) În privința imunității în sifilis s'au emis diverse teorii.

1. *Teoria tisulară* care susține că imunitatea este în primul rând de ordin tisular. Este vorba de o imunitate histiogenă, care se întinde progresiv cu începere dela șancru și rămâne mai ales la nivelul pielei. Kraus și Volk susțin că această imunitate nu are o distribuție generală, ci regională.

2. *Teoria celulară.* După Chesney starea refractară este conferită celulelor și ele sunt capabile să o transmită la rândul lor descendentelor. Alți autori ca Ehrmann și Levadiși atribue un rol important fagocitozei; iar Bergel spune că reacția tisulară este caracterizată prin prezența plasmociților și limfocitelor.

3. *Teoria umorală* susținută de unii autori, ca Ebersson, care ar fi găsit anticorpi în serul sanghin, este combătută de cei mai mulți sifilidologi.



Concluziuni.

Din statistica pe 15 ani cu 1190 cazuri se pot trage următoarele concluziuni:

1. Sifilisul terțiar e mai frecvent între 20—50 ani, cu un procent de 67,81% din cazuri.

2. Sexul feminin, după cum rezultă din statistica noastră, pare a fi mai des afectat (din totalitatea cazurilor 54,37% sunt femei).

3. În ordinea frecvenței, localizările sifilisului terțiar au fost următoarele: a) extremitatea cefalică 645 cazuri (54,2%); b) membrele inferioare 291 cazuri (24,45%); c) membrele superioare 67 cazuri (5,63%); d) reg. toracică și abdominală 54 cazuri (4,53%); e) organele genitale 18 cazuri (1,51%) și f) localizările multiple 115 cazuri (9,66%).

4. Traumatismul ca moment favorizant în provocarea leziunilor s'a putut depista de noi numai în 14 cazuri, ceea ce înseamnă o cifră mică față de alți autori și de unde rezultă că:

a) nu se poate nega rolul traumatismului ca moment favorizant în producerea leziunilor terțiare;

b) rolul traumatismului atribuit în terțiarism a fost exagerat.

5. Reacția Wassermann a dat din 1052 de analize făcute, 796 intens pozitive, 156 parțial pozitive și 100 negative, ceea ce înseamnă o pozitivitate de 90,49% și dovedește că seroreacția este un mijloc foarte valoros în fixarea diagnosticului de sifilis terțiar.

Văzută și bună de imprimat:

Decanul Facultății:

(ss) Prof. Dr. D. MICHAIL

Președintele tezei:

(ss) Prof. Dr. C. TĂTARU

Bibliografie

Alan M. Chesney: Immunity in Syphilis. Baltimore, 1927.

R. Prigge: Die experimentellen Grundlagen der Lehre von der Syphilis Immunität in Handbuch der pathogenen Microorganismen. Kollé et Wassermann 3^{te} Lage 1927.

Armuzzi (G.): La superinfezione sifilitica sperimentale nell'animale. Giorn. ital. di dermat. e sifil., III, Iunie 1928, p. 381.

Balbi (E.): Superinfezione sifil. speriment. dell'uomo. Giorn. ital. di dermat. e sifil., III, Iunie 1928, p. 447.

Bizzorero et Bernucci: Allergie et superinfection dans la syphilis. Ann. de dermat. et de syphil., No. 7, Juill. 1928.

Dujardin: L'allergie au cours de la syphilis. Paris médical, 1^{er} mars 1924, p. 210.

Dujardin (B.): L'immunité de la syphilis nerveuse. Importance de la notion d'allergie dans l'évolution de la syphilis. Arch. de dermat.-syphil. de la clinique de Saint-Louis I-3, p. 439.

Gastinel (P.) et Boufeliér: L'allergie dans la syphilis. Bull. méd., 25 juill. 1923, p. 897.

Gouméton (M.): L'allergie dans la syphilis. Son étude par l'intradermo-réaction au sérum de cheval. Thèse Paris, 1930.

Kollé (W.) et Prigge (R.): Existe-t-il une immunité active vraie dans la syphilis? Deut. med. Woch., 1929, No. 24, p. 985.

Levaditi, M^{lle} Schoen et Sanchi Bayardi: Le virus syphilitique comporte-t-il un cycle évolutif dont le T. pallidum n'est qu'une des phases connues? Ann. de l'Inst. Pasteur, No. 5, 1928 et Bull. Ac. méd., No. 30. 1927.

Morhardt (P.-E.): Réinfection, surinfection et allergie dans la syphilis. Presse médicale 1929, No. 21, 13 mars, p. 340.

Pinard (M.): L'immunité dans la syphilis. Thèse Paris, 1910.

Prigge (R.) et Rutkowski: Immunité syphilitique et superinfection syphilitique sans symptôme chez l'homme. Deutsch med. Woch., 1929, No. 36, 6 sept.

Uhlenhuth et Grossmann: Sur la question de l'immunité dans la syphilis, etc. Zeitsch. f. Immunitätsforschung, 27 März.

Bertin et Bruyant: Essais infructueux de cuti-réaction dans la syphilis. Soc. biol., 9 avril 1910.

Dujardin: Sensibilisation et désensibilisation dans la syphilis. II^e Congrès dermat. et syphil. — L'allergie au cours de la syphilis. Paris médical 1^{er} mars 1924.

Jadassohn: Arch. f. Dermat. et Syphil., 1907 LXXXVI, p. 45.

Jeanselme: Bull. Soc. française de dermat. et syphil., janvier 1914.

Kolmer et Broadwell: The rel of the Meting Kin. Journ. Of Immunology p. 429, 1916.

Lelong: L'allergie syphilitique. Paris méd. 30 juin 1923.

Loeper, Desbonis et Duroenc: Intradermo-réaction au glycocholate de soude. Soc. méd. Hop., 30 déc. 1910.

Mathiole et Bottesella: Sopra la intradermo-reazione e alla luetina. Pathologica, VI. No. 138, t. VIII, 1914, p. 363.

Nicolas et Favre: Intradermo-réaction et cuti-réaction à la syphiline. C. R. Soc. biol., 12 déc. 1910.

Noguchi: A cutaneous react. in syphilis. Journ. Exp. med., XIV t. V p. 557—568.

E. Jeanselme: Traité de la syphilis. Edit. G. Doin 1931.

Nicolau S.: Considerațiuni asupra stărilor de imunitate și alergie în sifilis. — Chestiunea reinfectiunii și superinfectiunii. Clujul Medical, Aprilie 1928.

Drouin (H.): La syphilis et le Practicien. Vigot Frères, édit. Paris 1923.

Guttman Georg: Die syphilis. Verlag von Hermann Meusser Berlin 1920.

Lengyel (N.): Traumatism și sifilis. Clujul medical 1923, pag. 103.

Hoffmann, Erich und F. Blumenthal: Die Serodiagnostik der Syphilis und ihre Verwertbarkeit in der Praxis. Dermatologische Zeitschrift, Band XV, Berlin 1908.

Bernard (R.): Aide-mémoire de Syphiligraphie comparée et de Thérapeutique, 2-e edit. Bruxelles 1928.

Gaudier et Minet: Rev. Internat. de Méd. et Chirurg. vol. 34.

Bloemen: Néerland. Dermat. vol. 67.

Nijkerk (U.): Néerland. tijd. vol. 69.

Thibierge (G.): Traumat. et syph. cut. Étude méd. Gazette des Hôp. civ. et milit. vol. 98.

Eberson: Arch. of. Derm. and syph. vol. IV.

Herb. Ferdinand: Trauma and syph. Urol. a cut. revien. vol. 26.

Tumpeer and Harrison: Journ. of the med. asoc. vol. 78.