

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I” DIN CLUJ  
FACULTATEA DE MEDICINĂ

---

---

No. 1128.

# OSTEO-ARTROPATIILE SIFILITICE



DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE PREZENTATĂ  
ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE \_\_\_ IUNIE 1937.

DE

**ILIE ZAFTUR**

Medic auxiliar la Spitalul de Ortopedie  
și Chirurgie Infantilă „Regina Maria” din Cluj

TIPOGRAFIA NAȚIONALĂ S. A. CLUJ, STRADA REGINA MARIA NO. 36

1937

# OSTEO-ARTROPATIILE SIFILITICE

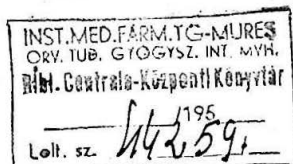


DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE PREZENTATĂ  
ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE ... IUNIE 1937.

DE

**ILIE ZAFTUR**

Medic auxiliar la Spitalul de Ortopedie  
și Chirurgie Infantilă „Regina Maria” din Cluj



23 MAY 2005

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

---

**Decan: Domnul Prof. Dr D. Michail**

**Profesori:**

Clinica stomatologică . . . . .	Dl. Prof. Dr. <i>Aleman I.</i>
Microbiologia . . . . .	” ” ” <i>Baroni V.</i>
Istoria medicinei . . . . .	” ” ” <i>Bologa V.</i>
Patologia generală și experimentală . . . . .	” ” ” <i>Botez A. M.</i>
Clinica oto-rino-laringologică . . . . .	” ” ” <i>Buzoianu Gh.</i>
Istologia și embriologia umană . . . . .	” ” ” <i>Drăgoiu I.</i>
Semiologia medicală . . . . .	” ” ” <i>Goia I.</i>
Clinica ginecologică și obstetricală . . . . .	” ” ” <i>Grigoriu C.</i>
Clinica medicală . . . . .	” ” ” <i>Hațieganu I.</i>
Medicina legală . . . . .	” ” ” <i>Kernbach M.</i>
Clinica Oftalmologică . . . . .	” ” ” <i>Michail D.</i>
Clinica neurologică . . . . .	” ” ” <i>Minea I.</i>
Igiena și igiena socială . . . . .	” ” ” <i>Moldovan I.</i>
Radiologia medicală . . . . .	” ” ” <i>Negru D.</i>
Anatomia descriptivă și topografică . . . . .	” ” ” <i>Papilian V.</i>
Clinica chirurgicală . . . . .	” ” ” <i>Pop A.</i>
Medicina operatorie . . . . .	” ” ” <i>Popoviciu Gh.</i>
Balneologia . . . . .	” ” ” <i>Sturza M.</i>
Clinica dermato-venerică . . . . .	” ” ” <i>Tătaru C.</i>
Clinica urologică . . . . .	” ” ” <i>Țeposu E.</i>
Chimia biologică . . . . .	” ” ” <i>Thomas P.</i>
Clinica psihiatrică . . . . .	” ” ” <i>Urechia C.</i>
Anatomia patologică . . . . .	” ” ” <i>Vasilii T.</i>
Biologia generală . . . . .	” ” ” <i>Racoviță E.</i>
Fiziologia umană (Supl.) . . . . .	” ” ” <i>Drăgoiu I.</i>
Farmacologia și farmacognozia (Supl.) . . . . .	” ” ” <i>Popoviciu Gh.</i>
Chimia . . . . .	Dl. Agr. Dr. <i>Secăreanu S.</i>
Fizica medicală . . . . .	Dl. Conf. Dr. <i>Bărbulescu N.</i>

**Juriul de promoție:**

Președinte:	Dl. Prof. Dr. <i>C. Tătaru.</i>								
Membrii:	<table border="0" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">}</td> <td>” ” ” <i>I. Hațieganu.</i></td> </tr> <tr> <td></td> <td>” ” ” <i>V. Papilian.</i></td> </tr> <tr> <td></td> <td>” ” ” <i>Titu Vasilin.</i></td> </tr> <tr> <td></td> <td>” ” ” <i>Valer Bologa.</i></td> </tr> </table>	}	” ” ” <i>I. Hațieganu.</i>		” ” ” <i>V. Papilian.</i>		” ” ” <i>Titu Vasilin.</i>		” ” ” <i>Valer Bologa.</i>
}	” ” ” <i>I. Hațieganu.</i>								
	” ” ” <i>V. Papilian.</i>								
	” ” ” <i>Titu Vasilin.</i>								
	” ” ” <i>Valer Bologa.</i>								
Supleant:	Dl. Docent Dr. <i>C. Veluda</i>								

## I N T R O D U C E R E

În 1830 marele Ricord a observat la microscop în secreția unor ulceratii sifilitice niște micro-organisme, crezând la început că a dat peste agentul patogen al sifilisului, dar s'a dovedit că ele nu au nimic comun cu treponema palidă, care a fost descoperită cu 75 de ani mai târziu și anume la 3 Martie 1905, de Fritz Schaudinn și Erich Hoffmann.

Astfel a început era științifică, modernă a sifilisului, epoca unor numeroase cercetări de laborator. Meciniov și Roux întreprind o serie de experiențe pe animale; treponema palidă este căutată în sânge, pe piesele de biopsie și pe cele de cadavru și abia trece un an dela descoperirea ei, ca Wassermann, pe baza cercetărilor lui Bordet și Gengou, să ajungă la reacția care-i poartă numele (1906).

Dar cercetările și experiențele ce se făceau aveau scopul de a satisface nu numai curiozitatea științifică, ci și necesități de ordin larg social. Astfel, în timp de 2 ani se fabrică nu mai puțin de 605 preparate arsenicale. La Frankfurt lucrează și Paul Ehrlich împreună cu Hata și în 1907 oferă umanității preparatul arsenical al. 606-lea pe care l-au numit salvarsan. Tot ei, experimentând mai departe pe animale, descoperă la 1910 preparatul 914 sau neosalvarsanul.

În 1913 Noguchi pune în evidență prezența spirochetelor în scoarța cerebrală. Această constatare deslănțue o adevărată goană după treponema palidă care din momentul acesta este căutată în toate leziunile sifilitice.

În același timp și arsenalul mijloacelor de luptă contra spirochetului se îmbogățește treptat cu achiziții noi. Astfel, în 1921 savantul român Levaditi și Sazerac au introdus în terapeutică întrebuințarea sărurilor de bismut.

În fine, în 1924 Cherney, Kemps și Reznic inoculează în epuri lichid recoltat din articulațiile bolnave ale sifiliticilor, provocând manifestări caracteristice și demonstrând prin aceasta prezența și acțiunea directă a spirochetelor în leziunile osteo-articulare.

Dar, cu toate progresele mari realizate, individualitatea morfoloică și biologică a spirochetului încă nu este studiată

în mod suficient și din cauza aceasta nu se poate crea o concepție unică care ar permite elaborarea unor criterii definitive atât pentru identificarea leziunilor sifilitice, mai ales a unora dintre ele, cât și pentru conduita terapeutică, care este cât se poate de variată.

Astfel, concepția lui Levaditi și A. Marie, după care ar exista spirochetele dermatropi și neurotropi, nu este acceptată de toată lumea medicală. Tot așa, unele manifestări terțiare și mai ales cele quaternare, sunt explicate în mod diferit.

Diagnosticarea unor leziuni sifilitice de multe ori întâmpină greutăți mari chiar și în acele instituții de specialitate, unde medicul este obișnuit cu patologia sifilisului și are la îndemână o bună parte, dacă nu chiar întreg arsenalul mijloacelor de investigație clinică modernă. Interesul medicinei pentru aceste leziuni rămâne în permanență viu și pe mai departe, reclamând achiziții noi atât în ce privește examenul obiectiv și clinic, cât și cel de laborator.

Pe lângă lipsa de mijloace de investigație nu rareori intervine și un factor de ordin social, care este mentalitatea pacienților: dacă pentru unii sifilisul astăzi nu mai este decât o plagă socială, pentru foarte mulți el rămâne încă tot o boală rușinoasă. Dar nu mai puțin adevărat este și aceea că în depistarea originii sifilitice a leziunilor un rol mare îl are și mentalitatea medicului, deseori obișnuit să se mulțumească cu un sero-diagnostic negativ și să facă o terapie simptomatică, lăsând boala să evolueze în pace.

Observațiile, pe care le-am cules zi de zi la Spitalul de Ortopedie, sub conducerea D-lui Dr. Al. Rădulescu, pentru care-i rămân adânc recunoscător, nu aduc nimic nou, mai ales, în ce privește cercetările de laborator, totuși, ele merită să fie cunoscute fie și numai pentru unele mici, dar în același timp importante detalii, care de multe ori în practică de toate zilele pot scăpa medicului și prin aceasta îl pot abate dela calea ce-l-ar duce la stabilirea unei diagnoze adevărate și instituirea unui tratament bun.

Exprim și pe calea aceasta călduroase mulțumiri D-ilor prof. Dr. C. Tătaru și Dr. I. Hașieganu pentru că mi-a permis cu o rară bunăvoință să cercetez materialul necesar din arhivele clinicilor pe care Domniile lor cu onoare le conduc.

# Etiologie

Sifilisul este o boală cronică, mai ales a țesutului vasculo-conjunctiv, datorită treponemei palide, care, pătrunzând în organism, se înmulțește și produce în a 60-a zi o septicemie, invadând toate țesuturile și putând da leziuni în oricare din ele. După M. A. Sezary — care a studiat formele atipice (1907—1910) — în procesele gomoase treponema palidă ar avea o formă granuloasă și ar fi un ultra-virus.

După felul cum se produce contaminarea, sifilisul se împarte în câștigat și congenital (ereditar), iar după vechimea infecției în: primar, secundar, terțiar și quaternar.

Sifilisul primar și secundar se manifestă ca o boală septicemică, iar cel terțiar și quaternar ca una organică. După Dl. prof. Hațieganu, sifilisul face parte din grupul crono-septicemiilor, deoarece atacă de preferință simultan mai multe organe ori sisteme organice, care sunt în corelație funcțională.

Factorii care determină schimbarea caracterelor biologice ale virusului, făcându-l organotrop, încă nu se cunosc cu suficientă exactitate. După unii modificarea calităților biologice ale ale spirocheșilor s'ar face prin maturizație, iar după alții prin tratament cu salvarsan. Se prea poate și una și alta, dar sigur este că terenul prin însușirile sale biologice și ereditare poate determina anumite transformări în natura intimă a virusului. Lipsa de tratament sau un tratament insuficient de asemenea duc în cele din urmă la o exaltare a virulenței spirocheșilor cantonați în perioada secundară în țesuturi.

Jessner, bazându-se pe experiențele lui Brown și Pearce, făcute pe animale, a emis părerea că ar exista spirocheți, cu un tropism special pentru oase, sinoviale și cartilaj. Bertalini, Vulpini, Levaditi, Vulpius, Beitzke și alții au pus în evidență spirocheți în periost, în măduva osoasă și în zona epifizară la feții sifilitici, iar Schneider a constatat că spirocheții se îngrămădesc în nucleii epifizari și în zona liniei de osificare. După Hochsinger spirocheții se adună în oasele care se dezvoltă mai repede.

Turner, Halleg și Chesney au făcut experiențe pe animale și au constatat că traumatismul are un rol însemnat în procesul de localizare a infecției sifilitice. Rezultatele obținute de acești autori au fost confirmate în 1935 de Ono și Ishida, care producând la epuri pe tegumentele abdomenului plăgi și lăsându-le să se cicatrizeze, inoculau apoi intravenos sifilis și obțineau un exantem generalizat pe tot corpul, dar mai pronunțat pe cicatrice.

Neumann a observat că sifilisul secundar se dezvoltă mai ales în locurile expuse iritațiilor naturale. S'a constatat de asemenea că traumatisme mici neînsemnate pot determina localizări sifilitice. Astfel în cazul observat de Haan la 1897, o elevă se înțepă cu o peniță și face o gomă. Cazuri identice au fost descrise de mai mulți autori (Kromayer, Queyrat, Pinnard etc.). Nibelli a observat o gomă care s'a format în urma unei injecții cu calomel. Rolul determinant al micilor traumatisme în producerea gomei a fost observat de foarte mulți. (Roth, Pasini, Sinachevici, Broca, Laurient, etc., etc.).

Acțiunea traumatismului ar fi după unii aceia de a crea un loc de minimă rezistență, ea depinde de felul traumei, de vârsta cicatricelor și a spirocheșilor. După altă părere (Finger, Queyrat, Landsteiner, Blaschko), traumatismul singur nu poate determina o localizare, aceasta se produce în urma unei traume numai atunci, când imunitatea locală este scăzută. În fine, Vignolo presupune că traumatismul are un rol provocator numai când interesează un teren în care există spirocheși cantonați.

Traumatismul schimbă, probabil, structura intimă a tesuturilor distrugând unele elemente și provocând apariția altora, în special a celor conjunctive bogate în vase și cu o imunitate foarte mică față de spirocheși. Dar nu trebuie să uităm că o leziune sifilitică în faza incipientă sau una veche în stare latentă poate să existe înainte de traumatism.

Sistemul nervos ar avea și el rol în mecanismul determinărilor sifilitice. Despre aceasta a scris Bourgois și alții. Unii au încredințat glandele cu secreție internă, în special paratiroidale, care ar avea rol în manifestările deformante ale sifilisului osteo-articular.

# Forme clinice

Sifilisul, fiind o boală specifică, poate da localizări osteo-articulare în toate perioadele sale de evoluție. La începutul infecției întâlnim mai des numai leziuni articulare reduse, așa zisele înovite iritative ale articulațiilor mari și mici. În cursul evoluției sale ulterioare el poate interesa toate articulațiile, mai mult, însă, pe cea a genunchiului și mai rar pe ale coloanei vertebrale (Sinachevici).

Aspectele clinice în sifilisul osteo-articular, mai ales în perioada terțiară, nu au întotdeauna același substrat anatomo-patologic și numai pe baza acestuia e greu de făcut o clasificare clinică bună. Din cauza acestei nepotriviri sunt mai multe împărțiri: unele după aspectul clinic (Mauclaire, Defontaine), altele după felul leziunilor anatomo-patologice (Alfred Fournier, Edm. Fournier, Milian). Richet a făcut o clasificare tot anatomo-patologică, însă după locul de unde a pornit leziunea. Fatou împarte osteo-arthropatiile în osteo-articulare și în articulare propriu zise. Mauclaire, pe lângă împărțirea clinică (forme sinoviale și forme osteo-articulare), mai face o clasificare și după etatea infecției sifilitice. Tot după vârsta infecției este și clasificarea dată de Lesné și Langle. Mai recent Pietro Lenti a descris din punct de vedere anatomo-patologic forme cu leziuni mai mult osteocondritice și forme cu leziuni mai ales sinoviale. În descrierea prezentă ne vom conduce după clasificarea dată de Dl. Prof Hațieganu. Auspra formelor pur osoase nu vom insista decât în măsura în care este necesar pentru o înțelegere mai bună a leziunilor osteo-articulare.

## **In sifilisul secundar.**

### **1. Forma artralgiă.**

Cele mai frecvente și mai precoce localizări în rhusul secundar sunt cele sinoviale. Ele se manifestă sub forma de dureri articulare trecătoare și fără semne inflamatorii apreciabile.

Uneori ele apar înainte de rozeolă, prevestind generalizarea virusului, alteori coincid cu șancrul. Foarte des aceste



artralgiile trec neobservate, fiind ușoare de tot. Ele pot fi însoțite de osteoalgii, mialgii, iar uneori de febră (Hunter, Mauclore) și de o stare generală proastă, care trădează invazia unei boli infecțioase.

Artralgiile sunt aproape întotdeauna poliarticulare, dar interesează mai mult articulațiile care au o activitate mai mare: genunchiul, gâtul piciorului, cotul, pumnul, umărul.

Simptomatologia lor este foarte săracă: bolnavul se plânge de dureri vagi la începutul mișcărilor, dureri cari jenează mersul și cari dispar după câteva mișcări. În repaos ele reapar și sunt mai frecvente noaptea și dimineața (Fournier, Mauclore, Lesné, Langle).

Din punct de vedere obiectiv la examenul local nu găsim aproape nimic: culoarea tegumentelor nu este schimbată, ipertermie locală, puncte dureroase și tumefiere nu se constată. La apăsare pe inter-linia articulară bolnavul acuză uneori o ușoară durere, iar prin mișcări se produc un fel de trosnituri articulare.

## 2. Forma pseudo-reumatismală

### **Sinovita subacută.**

Sinovita subacută, numită de Fournier și pseudo-reumatism sifilitic, apare în perioada secundară a sifilisului odată cu rozeola sau puțin mai târziu, debutând și evoluând ca un reumatism poliarticular sau monoarticular acut ori subacut.

După Fournier această sinovită n'ar interesa decât genunchiul, iar după Fouquet, Mauclore, Lesné, Langle etc. ea poate interesa toate articulațiile membrilor, articulația sternoclaviculară și articulațiile coloanei vertebrale (Hațieganu, Sinachievi). Totuși, caracteristic pentru sinovita subacută este localizarea pe articulații omonime, mai frecvent pe ambii genunchi. Voffier spune în teza sa (1877), că ea se întâlnește mai des la populația din Extremul Orient, în China și Japonia.

Sinovita subacută este mai puțin frecventă decât artralgiile și se deosebește de ele prin aspectul articulațiilor bolnave, cari prezintă o tumefiere sub presiune, dureri în mișcări și la apăsare, o ușoară roșeață și căldură locală și o împăstare a țesutului celular din jur (Defontaine, Mauclore, Lesné, Langle).

Această sinovită are un început destul de rapid, uneori febril (până la 38° grade), alteori apiretic și fără modificări apreciabile în starea generală a bolnavului. Totuși, ea poate fi însoțită și de o ușoară cefalee și inapetență, care sunt trecătoare. Bolnavul se plânge de dureri articulare, acompaniate de senzații de tensiune și plenitudine. Durerea uneori are caracter saltant, alteori este mai intensă la o singură articulație și mai puțin manifestă la celelalte. Noaptea durerile sunt mai mari.

În articulație constatăm lichid care poate fi în cantitate mare și puncte dureroase la inserțiile ligamentelor, la nivelul burselor seroase și a tecilor tendinoase. Este prins și periostul din apropiere.

Caracteristic pentru această formă de leziuni este lipsa de armonie dintre fenomenele locale articulare și durere: deși articulația este dureroasă, bolnavul se lasă ușor să fie examinat și execută toate mișcărilor cerute.

Sinovita subacută, când nu este tratată, rar se vindecă de la sine, lăsând atunci urme sub forma unor trosnituri articulare, care trădează o artrită seacă. Mai frecvent ea trece în forma cronică. Uneori nici tratamentul antisifilitic intens și bine condus nu dă rezultate suficiente de bune. Din observațiile noastre personale și din materialul pe care l-am studiat la Spitalul de Ortopedie și Clinicile din Cluj, precum și din literatura mai recentă, am constatat că tratamentul antisifilitic uneori poate cel mult să prevină instalarea formei cronice cu hidartroză și nicidecum să vindece complet. Și în cazurile acestea se formează o artrită seacă, care durează ani de zile, manifestându-se prin trosnituri în articulație și prin ușoare dureri, cari survin la intervale lungi, mai des noaptea și când se schimbă timpul.

### 3. Forma pseudo-reumatismală cronică

#### **Hidartroza sifilitică secundară.**

Această formă a fost descrisă de Verneuil, Lancereaux, Voffier, Cheminade, etc., etc., și mai recent de Lesné, Langle, Hațieganu, Lenti și alții.

Hidartroza pură din perioada secundară se deosebește de cea din osteo-artropatiile terțiare prin lipsa de leziuni osoase. Ea este cea mai frecventă și mai comună formă de sinovită cronică secundară. Apare în diferite epoci din această perioadă, interesează mai des genunchiul și se întâlnește mai frecvent la femei.

La examenul obiectiv local constatăm o articulație aproape nedureroasă, tumefiată, globuloasă, cu șoc rotulian, dar fără modificări ale tegumentelor și fără semne de inflamație.

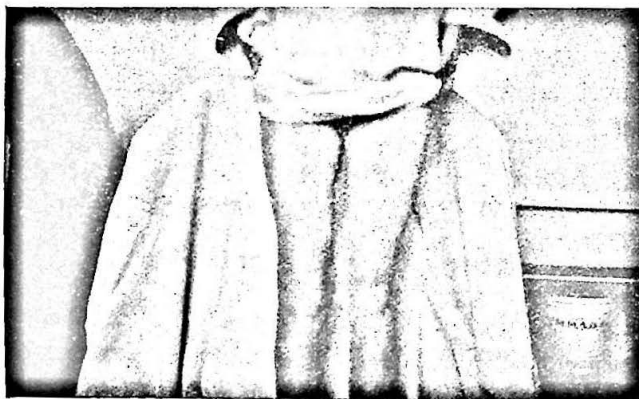
Când nu este tratată, ea poate dura ani de zile, ducând în cele din urmă la o artrită deformantă.

## FORME CLINICE ÎN SIFILISUL TERTIAR

Leziunile osteo-articulare din sifilisul terțiar au fost studiate de Richet, Méricamp, Fournier, Schuller, Gangolphe, etc. Aceste leziuni sunt mai profunde, interesând nu numai sinoviala, ci și osul și cartilajul. Ele se împart în forme artralgice, sinoviale, osteo-condro-artropatii și forme perisinoviale. Cele artralgice sunt rare și se întâlnesc la oameni bătrâni sub forma de dureri în articulații, în călcâie, în degetele picioarelor.

### 1. Formele sinoviale

Formele sinoviale evoluează ca un reumatism cronic, fără leziuni osoase, interesând numai sinoviala în care se formează



S. V. Artrită bilaterală a genunchiului.

gome. Cartilajul este mai rareori lezat. Aceste forme pot da uneori hidartroze adevărate, alteori sclerozări, artrite seci. După Dl. Prof. Hațieganu, ele coincid cu o glicemie și o hipertensiune.

## 2. Osteo-condro-artropatiile

Osteo-condro-artropatiile se subdivid la rândul lor în a) pseudo-tumora albă Fournier; b) forma deformantă epifizară și c) forma pseudoreumatismală deformantă.

În aceste leziuni este vorba de o osteită sifilitică juxta ori intraarticulară, în care un proces sclero-gomos interesează mai întâi epifiza oaselor și în mod secundar și articulația lor, producând o hiperostoză, deformări și supurații intraarticulare, iar mai târziu o osteită rarefiantă, apoi anchilozări și fistulizări. Când este lezată clavicula, ea se fracturează.

Osteo-condro-artropatiile din perioada terțiară se întâlnesc după Fournier, la 30 (24 bărbați, 6 femei) din 5000 de sifilitici și apar în orice epocă a sifilisului terțiar, interesând mai des genunchiul drept la femei (Fouquet), mai rar cotul, pumnul și articulația șoldului. În mod excepțional pot ataca articulațiile cervicale ale coloanei vertebrale și articulația temporo-maxilară. Uneori leziunile pot fi bilaterale, simetrice.

Pseudo-tumora albă Fournier se caracterizează printr'o tumefiere globuloasă a articulației, lichid intraarticular, fibrozare periarticulară și hiperostoză masivă a epifizei.

Forma deformantă epifizară prezintă vegetațiuni osteofitice epifizare pe lângă un proces gomos în epifiză, care ulterior prinde și articulația.

Forma pseudo-reumatismală deformantă a sifilisului a fost descris sub numele de reumatism cronic deformant metacarpofalangian de Dufour, Ravina, Sainton, etc. După Dl. Prof. Hațieganu, pseudo-reumatismul deformant începe mai întâi pe articulațiile mari și numai ulterior trece și la cele mici și se întâlnește la indivizi tineri. Prin aceasta pseudo-reumatismul se deosebește de reumatismul deformant, care atacă vârsta înaintată și debutează pe articulații mici. La desvoltarea pseudo-reumatismului deformant ar contribui după Weil și turburările funcțiunei tiroidiene.

În pseudo-reumatismul articular constatăm o tumefiere dură a articulației, o atrofiere musculară, o funcție puțin lezată și o stare generală bună cu dureri mai mari noaptea.

Fouquet în teza sa (1905) a stabilit 3 perioade în evoluția osteo-condro-artropatiilor. Împărțirea făcută de el a fost admisă ulterior de majoritatea autorilor.

În perioada întâia nu este decât o simplă osteită, care se manifestă numai printr-o durere mai mult nocturnă în anumite puncte sensibile la apăsare pe epifize (condili femurali, tuberozitatea tibiei, etc.). Aceasta este perioada durerilor sau a osteitei simple.

Perioada hiperostozei este o fază mai înaintată a leziunilor din epifiză, care își mărește mult volumul, fără a modifica aspectul normal al regiunii. În această perioadă durerile nu sunt mari, iar mișcările sunt încă posibile.

În perioada a treia, zisă a hidartrozei, procesul interesează și sinoviala, producând lichid, care dă articulației o formă globuloasă. În acest stadiu la examenul local constatăm o atrofiere musculară, o tumefiere și o circulație colaterală venoasă. Când e vorba de genunchiu, din cauza atrofiei musculare, diafizele sunt foarte subțiri în raport cu articulația și au aspect de fus. Membrul este în abducție, ușoară flexiune și rotație externă. Mișcările sunt limitate. Tabloul clinic se deosebește de cel din tumora albă bacilară din lipsa adenopatiei regionale, mișcărilor anormale și longozităților.

În fond este un proces gomos distructiv juxta-epifizar în jurul căruia osul reacționează prin formarea de straturi foarte condensate de substanță osoasă. Sinoviala este îngroșată și iperemică, iar mai târziu distrusă.

În leziunile distructive extinse tratamentul antisifilitic prea puțin face. Procesul duce de regulă sau la o anchiloză, sau la o supurație intraarticulară și ulterior la fistulizări și fracturi spontane.

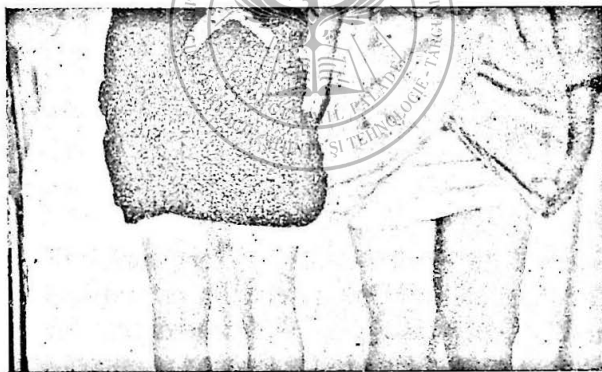
În evoluția acestor osteo-condro-artropatii cronice pot surveni uneori perioade, când fenomenele iau un caracter mai activ și atunci ele pot fi însoțite de ascensiuni termice (Richet, Mauclair, Manino).

### 3. Forme perisinoviale

#### Perlsinovita gomoasă

Procesul sifilitic în formele acesteia mai puțin frecvente începe mai întâi în țesutul perisinovial și numai în mod secundar prinde și articulația.

Inceputul leziunilor trece mai întotdeauna neobservat, deoarece nu se trădează prin nimic. Numai într'un stadiu mai înaintat bolnavul descopere în jurul articulației, în profunzime, un fel de noduli sau de plăci dure cât un carton. Când aceste formațiuni sunt mai numeroase, ele, împreună cu țesutul din jur, prins și el de un proces reacțional, formează în jurul articulației un fel de manșon, „Blindage“, cum îi spune școala franceză. Leziunea interesează mai des articulația genunchiului. Mai târziu se formează lichid sinovial, care extinde articulația, dându-i o formă globuloasă. Totuși, lichidul intraarticular nu este de regulă în cantitate mare și uneori



A. E.  
Sinovită subacută dreaptă

M. T.  
Sinovită cronică stângă

apare și dispare la intervale scurte de timp. Fongozități nu se constată, nici leziuni osoase. Se poate însă întâmpla ca gomele să se rămolească și să-și facă drum în articulație, dând o artrită, ori la suprafața tegumentelor, când intervenția altor microbi poate determina o periartrită supurată foarte gravă. Alteori gomele se fibrozează, se sclerozează și cad în cavitatea articulară. După Lesné și Langle perisinovita gomoasă se lasă foarte ușor influențată de tratamentul antisifilitic.

## SIFILISUL-CONGENITAL

Sifilisul congenital (ereditar) mai des atacă întâi osul și ulterior în mod secundar și articulațiile, dând leziuni care în fond nu diferă mult de cele din sifilisul câștigat.

Wimberger împarte sifilisul congenital în: a) foetal; b) precoce, din primii patru ani și c) tardiv după 4 ani. Cea mai de timpurie invaziune ar fi în luna a 5-a. Până la etatea de 2 ani manifestările osoase cele mai frecvente sunt: osteocondrita, periostita osifiantă și osteomielite.

Primele două sunt noțiuni clasice, însă, greșite, deoarece în ele nu este un proces de inflamație, cum a scris Wegner la 1870. Parrot oel dintâi, la 1871—1873, presupune în osteocondrită un proces distrofic sifilitic. În timpul acela manifestările osteoarticulare ale sifilisului congenital erau confundate cu rachitismul și meritul de a le fi separat de acesta i-se cuvine lui Taylor (1875). La 1879, Abelin (Stockholm) arată, că sifilisul osos congenital din copilărie a 2-a simulează formele dela adulți, dar se deosebește de formele precoce ale boalei.

## SIFILISUL EREDITAR PRECOCE

### 1. Osteo-condrita congenitală

Osteocondrita oaselor lungi este cea mai tipică leziune a sifilisului congenital la noul născut. Ea este aproape întotdeauna simetrică, interesând mai des membrele superioare la rădăcina lor. Această manifestare poate fi uneori generalizată la toate articulațiile membrelor superioare și inferioare. Apare în primele 3 luni ale vieții și se datorește unui proces gomos în zona de osificare diafizo-epifizare. Această manifestare sifilitică a fost descrisă la 1872 de Parrot sub numele de pseudo-paralizia sifilitică a noului născut.

Afecțiunea începe lent, fără ascensiuni termice și se manifestă printr'o impotență funcțională și dureri numai în timpul mișcărilor. Uneori este însoțită de exantem, coriză, hepato-splenomogalie, etc. Membrul bolnav atârnă inert, parc'ar

fi dislocat, dar s'a dovedit că, atât la autopsii, cât și pe viu, sistemul nervos și cel muscular nu este lezat. S'a constatat că mușchii se pot contracta suficient de energetic, dar contracțiunea lor nu depășește decât foarte puțin segmentele membrului.

La examenul local constatăm uneori tumefieri juxta-epifizare, fluctuente, cari trădează existența unor colecțiuni purulente. Acestea se datoresc unor infecții venite pe calea sanguină ori dela exterior. Léri crede împreună cu Marfan că ele pot fi datorite și sifilisului, ceea ce alții nu admit. Mauclairé spune că trebuie să acceptăm cu foarte multă rezervă numeroasele cazuri de piartroze la copiii sifilitici, observate de Rommianini. Ori cum ar fi, important este că aceste colecțiuni se pot deschide sau la suprafața tegumentelor, sau în articulație, dând o artrită supurată, gravă.

Schneider a descris o formă de osteo-condrită precoce pe care a numit-o pasivă și care se caracterizează prin aceea, că în zona de creștere, înapoia epifizei, nu se formează substanță osoasă iar la nivelul cartilajului este o calcifiere excesivă din cauza hiperemiei persistenței traveelor și lipsei formare de substanță spongioasă subcondrală. Această lipsă se datorește unor turburări în activitatea osteoblastelor.

*Decolarea epifizară.* Impotența funcțională în osteo-condrită mai poate fi în raport și cu o fractură metafizară care a fost observată întâia dată de Valleix la 1835, apoi de Cornil la 1875, fractură pe care Ranvier a numit-o decolare epifizară, iar Germanii „Epiphysenlösung“. Există mai multe teorii ale autorilor vechi (Wegner 1869, Waldayer și Koehner 1875), Charrin 1873, Parrot, Haab, Kassovitz, etc.), asupra etiologiei și mecanismul acestei fracturi. Astăzi însă se știe că ea se produce din cauza unei rezistențe mai mici a osului la acest nivel. Tesutul de granulație, care invadează regiunea, reduce mult soliditatea osului, iar traumatismele, fie chiar neînsemnate, produc deslipirea epifizei. După Fränkel, Joseph, Lesser, Péhu, Policard, Mc. Lean și alții, nu este o simplă deslipire a epifizei, ci o adevărată fractură, care poate fi complectă și incomplectă.

Decolarea epifizară se produce spontan și se observă în primele luni ale vieții extra-uterine. Clinic ea se manifestă



printr'o tumefiere a articulației și o mobilitate anormală. Local se constată o îngroșare a periostului diafizar, care este și foarte dureros, iar la nivelul dintre epifiză și diafiză putem avea senzația de crepitație. Mișcărilor sunt dureroase (A. Rădulescu)

Osteocondrita, când este diagnosticată la timp, se vindecă în urma tratamentului antisifilitic fără intervenții de alt ordin. Când însă tratamentul lipsește ori se face târziu, periostul se rupe și fragmentele, ne mai având nici o piedică, deviază, iau diferite poziții vicioase în care ulterior se pot consolida definitiv.

Uneori extremitățile, care în prima copilărie au fost atinse de osteo-condrită, cresc și se dezvoltă prea mult (melogigantozomie), alteori rămân prea scurte (nanism parțial), trădând osificarea epifizei (I. Hațieganu).

## 2. Periostita sifilitică congenitală.

Pe măsură ce copilul înaintează în vârstă, semnele de osteo-condrită fac loc celor de periostită. Aceasta se caracterizează printr'un proces de rarefiere în zone concentrice într'un os la început destul de compact și printr'un depozit de substanță osoasă în periostul cu aspect de altfel normal.

Periostita sifilitică congenitală rar se întâlnește singură. Ea poate interesa toate oasele. Uneori ea apare după un tratament antisifilitic și în cazurile acestea putem vorbi de o periostită medicală (Joseph, Lesser).

Schneider descrie 3 forme de periostită: a) periostita recentă, b) periostita caloasă epifizară a decolărilor și c) periostita reparatoare.

Stafford Mc. Lean descrie și el 3 forme: a) o formă de periostită care se caracterizează printr'o îngroșare periostală mai ales în treimea medie a osului b) periostita caloasă Schneider, aceea care este pe cale de vindecare, amintind calusul fracturilor și c) periostita osificantă sau osteoporoză, hipertrofică, descrisă de Pélou și Policard. Aceasta din urmă, după Mc. Lean s'ar întâlni mai rar.

### 3. Osteomielita congenitală

Osteomielita sifilitică rarefiantă, fibroasă a fost descrisă întâia oară de Pick. Ea se prezintă imediat după naștere și evoluează în primele luni sub forma unei reacții inflamatoare (Mc Lean). Trabeculele osoase sunt distruse și înlocuite cu țesut conjunctiv. Țesutul de granulație poate distruge corticala și spongioasa până în adâncime. Uneori procesul este difuz, alteori insular, mai ales, când este localizat în treimea proximală a radiusului sau a cubitului.

## SIFILISUL CONGENITAL TARDIV

Sifilisul congenital tardiv dă manifestări osteo-articulare în copilăria a 2-a și la adolescenți. Aceste manifestări au fost studiate de Lannelongue, Robinson, Ménard, Rocher, Merlier, Mauclair, etc., etc. Din punct de vedere clinic deosebim: a) o formă artralgică, b) forme sinoviale (hidartrozice), c) osteocondro-artropatii și d) osteo-artropatia deformantă. Localizarea cea mai frecventă este pe genunchiu și foarte des bilateral. Formele artralgice se manifestă prin osteoalgii cu caracter mai mult nocturn. Manifestările sifilisului osteo-articular congenital tardiv se confundă ușor cu tuberculoza.

### 1. Forme sinoviale

#### Hidartroza

Hidartroza genunchiului, asupra căreia s-a insistat mult Clutton, atacă mai des ambii genunchi și este atât de frecventă în sifilisul congenital, încât a fost atașată în timpul din urmă triadei clasice Hutschinson. Ea apare spontan și clinic se manifestă printr'o tumefiere globuloasă a articulației, care rămâne de regulă nedureroasă (Mauclair, Lesné, Langle, Rădulescu, Hațieganu). Totuși, uneori se pot constata puncte sensibile la apăsare pe condiliile femurale. De asemenea, când lichidul intraarticular este în cantitate mai mare, el poate jena funcțiunea articulației. După unii autori (Fournier, Clutton, etc.) procesul sifilitic nu este localizat numai pe sinovială, ci

prinde și epifiza, care prezintă un grad de tumefiere. Într'un caz de sinovită pură cronică de origină congenitală, descrisă de Pietro Lenti, în timpul intervenției chirurgicale s'a constatat pe lângă leziuni ale sinovialei și „o invazie neoformativă



Hidartroză bilaterală înainte și după tratament.

pornită din zona cartilajului de încrustare a epifizei femurale“. După părerea lui P. Lenti, în cazurile de hidartroze cronice pure, chiar când ele sunt rebele la tratamentul antisifilitic, prin sinoviectomie se poate ajunge la o îmbunătățire clinică și funcțională.

## 2. Osteo-condro-artropatiile

Acestea sunt leziuni terțiare sclero-gomoase, care nu se deosebesc de cele din sifilisul câștigat. Se localizează mai des pe ambii genunchi și apar la etatea de 8—14 ani. Clinic se manifestă printr'o formă globuloasă a articulației, lipsă de dureri în mers, dureri nocturne și prin absența deformațiilor, pe care le întâlnim în sifilisul câștigat. Din cauza asemă-

nării mare cu tumoara albă, diagnosticul diferențial uneori e foarte greu.

### 3. Osteo-artropatia deformantă

Osteo-artropatia deformantă a fost descrisă mai întâi de Méricamp, apoi de Fournier, Lannelongue și alții. Ea este mai rară decât forma precedentă și se caracterizează printr'o hiperostoză neregulată a epifizelor, prin lipsa de lichid intraarticular și prin mișcări limitate. Leziunea debutează la indivizi între 7—30 de ani și interesează mai frecvent genunchiul pe care îl deformează în mod foarte bizar. Deformațiile, asupra cărora au insistat mai ales Ménard și Fournier, când sunt profunde și extinse, produc turburări funcționale, atitudini vicioase și anchiloze, iar la indivizii tineri, atrofia musculară și oprirea în creșterea oaselor. Evoluția acestor manifestări este lentă, iar tratamentul antisifilitic prea puțin eficace.

## SIFILISUL OSTEO-ARTICULAR VERTEBRAL

Sifilisul poate interesa și coloana vertebrală, dând o spondilită (Portal). Aceste manifestări ale sifilisului au fost studiate mai ales de Ziesche, care în 1911 a publicat 88 de cazuri. În 1926 Dl. Prof. Hațieganu, în cartea sa despre sifilisul visceral, vorbește de 7 cazuri, pe care le-a avut sub observație în Clinica Medicală din Cluj. În 1929 N. Sinachevič (directorul Cl. Chirurgicale din Ircutsc — Siberia), a publicat 12 cazuri personale. Aschoff, în tratatul său, despre spondilita sifilitică vorbește numai în câteva rânduri.

Deși aceste leziuni sunt de zeci de ani cunoscute, medicii încă nu s'au obișnuit să se gândească și la ele ori de câte ori este vorba de dureri în coloana vertebrală și din cauza aceasta foarte des le confundă mai ales cu tuberculoza (Léri—Barthelemy). Se cunoaște cazul unui bolnav de sifilis, care a fost tratat dela etatea de 8 ani până la 25 de tuberculoză, de care în realitate nu suferea (Sorrel, Roberts). Cunoaștem personal cazul unui profesor, care dela etatea de 30 de ani până la 41 a suferit de dureri lombare și a fost tratat ca pentru tuber-

culoasă. Bolnavul a fost văzut de specialiști (neurologi, interniști, ortopediști) din mai multe centre universitare din țară și străinătate. Acest bolnav s'a prezentat în urmă și la Spitalul de Ortopedie, rugând să i-se spună, dacă are sau nu tuberculoză. Bolnavul era foarte slăbit, uscat și neurastenizat, ne mai știind de care boală să se trateze. Spunea că în patul de gips și în corsetele care i-au fost recomandate aproape de toți medicii care l-au văzut, durerile se accentuează și devin uneori insuportabile, fără a avea însă caracter nocturn. Toate reacțiile biologice, repetate, erau negative. A fost examinat de Dl. Dr. Al. Rădulescu, care i-a spus că nu constată semne de tuberculoză osoasă și i-a recomandat tratament antisifilitic. Bolnavul la început a refuzat, arătând un dosar mare cu analize negative, dar în cele din urmă s'a lăsat convins că e necesar să facă un tratament „numai de probă”. După 8 ani de zile, când l-am revăzut, el nu se mai plângea de nici o durere și în schimb nu găsea suficiente cuvinte de mulțumire pentru Dl. Dr. Rădulescu.

La o femeie de 30 de ani, cu o stare generală foarte bună, care fusese trimisă la Spitalul de Ortopedie cu diagnosticul de Morbul lui Pott, nu s'a putut constata nimic, afară de o R. W. intens pozitivă în sânge (fără provocare) și de durere la apăsare pe apofiza spinoasă a unei vertebre din regiunea dorsală inferioară. Era, probabil, vorba de o apofizită sifilitică, care a fost luată drept Morbul lui Pott.

În cartea sa „Sifilisul visceral medical” Dl. Prof. Hațieganu atrage atenția asupra lombalgiilor, spunând că multe din ele sunt spondilite sifilitice cu un caracter rizomelic, interesând articulația șoldului și umărului.

Béla Alexander a descris o spondilită sifilitică la făt. În copilăria a 2-a se observă uneori o periostită difuză și o sinovită a articulațiilor intervertebrale. Ar fi vorba în cazurile acestea de o spondilită sifilitică congenitală tardivă fără gibozitate și cu dureri mai puțin exprimate decât în Morbul lui Pott (D. Negru). Asupra manifestărilor vertebrale ale sifilisului congenital au atras atenția și Hochsinger cu Schlesinger.

Sifilisul atacă coloana vertebrală mai ales în perioada terțiară și mult mai rar în cea secundară. În sifilisul congenital

leziunile se prezintă sub forma de osteoscleroză sau osteoporoză, iar uneori combinat. În primul an după nașterea procesele gomoase se întâlnesc rar.

În perioada secundară sifilisul atacă mai ales articulațiile și se caracterizează prin dureri intense și febră mare, fiind confundat cu reumatismul acut. În perioada terțiară evoluția este mai lentă și leziunea trece drept o tuberculoză.

Manifestările vertebrale ale sifilisului osteo-articular debutează după 10 ani de la infecție, iar uneori mai de timpuriu sau mai târziu. Ele se întâlnesc de 2—3 ori mai des la bărbați decât la femei, din cauza traumatismului, la care sunt mai expuși cei dintâi, mai ales, în perioada de maximă activitate fizică. Atacă mai frecvent indivizi între 30—50 de ani, localizându-se cu predilecție în regiunea cervicală superioară și dând la început leziuni mai mult articulare. Pentru formele gomoase calea de pătrundere ar fi cea sanghină. Schlesinger, Zambaco, Petren etc. au descris cazuri în cari infecția s'a propagat de la o leziune pe laringe.

Sinachevici, bazându-se pe observațiile personale, cât și pe cele cunoscute în literatură, împarte leziunile osteo-articulare sifilitice ale coloanei vertebrale în felul următor:

1. **Spondilartrita**:
  - 1. Sinovială acută, cronică și iritativă;
  - 2. Anchilopoetică fibroasă și osteo-articulară.
2. **Spondilita simplă**:
  - o formă periostală cu exostoze;
  - o formă cu modificări în structura osului;
  - o formă anchilozantă, când exostozele se contopesc.
3. **Spondilita distructivă** necrotică cu sechestre, topirea substanței osoase și cu deformațiuni.
4. **Forme mixte.**
5. **Leziuni tabetice** mai ales în regiunea lombară.

### 1. *Spondilartrita luetică sinovială*

#### (Acută, cronică și iritativă)

Spondilartrita sinovială pare a fi cea mai frecventă manifestare a sifilisului la nivelul coloanei vertebrale. Ea se caracterizează prin dureri și limitarea mișcărilor.

În forma sa acută spondilartrita debutează în perioada secundară înainte de erupțiune și uneori este însoțită de febră timp de 10—15 zile, din care cauză se confundă cu reumatismul. Dacă tratamentul specific nu se începe la timp, ea trece în forma cronică, prinde treptat și osul și după un timp mai îndelungat, uneori după 1—2 ani, putem constata și modificări în corpul vertebral.

Forma cronică poate fi expresia unei simple iritații la începutul tratamentului antisifilitic, alteori este o reacție a sinovialei față de un proces, care interesează osul și în fine ea uneori trădează o leziune care a debutat și evoluează în sinovială.

Din punct de vedere clinic în forma cronică leziunea se caracterizează prin evoluție lentă și progresivă cu dureri la început vagi, ușoare, mai des în regiunea cervicală. Durerea are caracter nocturn, se intensifică treptat și într'un stadiu mai înaintat, bolnavul din cauza ei nu mai poate dormi decât ziua. Săriturile, mișcările capului, strănutul, tusea, precum și contactul regiunii bolnave cu obiecte calde (termofor), produc o durere vie. Din cauza durerilor se instalează foarte de timpuriu rigiditatea coloanei vertebrale. Capul ia o atitudine fixă în extensie ușoară pe spate. Uneori se observă și un torticolis. Când este lezată regiunea dorsală ori lombară, bolnavul se ridică, sprijinindu-se cu mâinile în șolduri. Ridicarea de greutate mari nu provoacă dureri, nici apăsarea pe apofizele spinose din regiunea bolnavă.

Schlesinger a constatat că leziunea de multe ori coincide cu manifestări și pe alte articulații, mai ales, pe cele mari și este însoțită de febră. Axhausen, Giron, Bronardel și alții au observat, că aceste manifestări vertebrale survin uneori în cadrul unui sifilis osteo-articular tardiv. În aceste cazuri manifestările dela nivelul coloanei vertebrale n'ar fi după unii decât un accident, un simptom trecător, leziunea principală fiind cea a articulațiilor mari, care se lasă mai greu influențată de tratamentul, deși clinic este mai puțin exprimată.

## 2. *Spondilartrita anchilopoetică*

Această formă apare foarte târziu dela contractarea infecției, chiar și în sifilisul congenital și se caracterizează prin aceea, că procesul interesează aproape exclusiv numai sinoviala și cedează foarte greu la tratament. Ea debutează insidios și evoluează încet, cu dureri vagi, cari se intensifică treptat. În fond este vorba de un proces sclerozant, ce se petrece în sinovială, proces care duce treptat la anchiloză. Mai rar procesul debutează în apofizele articulare și mai pe urmă trece la sinovială, evoluând mai departe ca o osteo-condro-artropatie.

Clinic leziunea se manifestă prin dureri localizate într-o anumită regiune, având caracter nocturn, surd, uneori permanent. Mușchii din vecinătatea procesului se contractează foarte mult, iar mișcărilor devin încet cu încetul tot mai dureroase și apoi imposibile, trădând o anchiloză. Tratamentul antisifilitic dă rezultate numai atunci, când se începe înainte de a se fi instalat procesul de sclerozare.

## 3. *Spondilita luetică simplă*

Osteitele vertebrale au fost descrise de A. Fournier, Levot, Darier, Jazinski, etc. Spondilita luetică simplă se caracterizează printr'un proces osteo-periostal, care nu duce la deformări prea mari. Pe suprafața apofizelor transversale și a corpiilor vertebrale se formează numeroase exostoze, cari uneori se contopesc și rezultă anchiloză fără modificări în articulații sau discurile intervertebrale. Procesul gomos, plecând din periost în adâncime, poate da o osteită rarefiantă și ulterior o scleroză, fără ca forma vertebrei să se modifice.

Clinic spondilita sifilitică se manifestă prin dureri localizate și mai bine exprimate noaptea. Uneori este și febră. Exostozele și infiltratul din jur pot uneori exercita o presiune asupra nervilor, iar uneori chiar și turburări la sensibilitate. Când sunt lezate vertebrele cervicale superioare, durerea e foarte acută și se manifestă în regiunea occipitală, iar când leziunea este în regiunea cervicală mijlocie și inferioară, durerea se simte în membrele superioare. Când procesul intere-



sează regiunea dorsală superioară, durerea e în formă de centură; în fine, când leziunea este în regiunea lombară, durerea se arată în membrele inferioare. După Petren durerea se simte numai de o parte, iar după alții, ea este simetrică, bilaterală față de proces. Percuția apofizelor spinoase, precum și apăsarea pe țesuturile moi din cavitatea lor, produc aproape întotdeauna o durere insuportabilă. Caracteristic pentru această durere este, că ea la căldură se accentuează.

Uneori țesuturile moi din vecinătatea procesului sunt prinse și ele și această se trădează printr'o împăstare tumorală. La nivelul acestei împăstări tegumentele sunt mai îngroșate, edemațiate și prezintă o hipertermie locală (Sinachevici).

Această formă de leziuni ușor se lasă influențată de tratamentul antisifilitic și dă vindecări fără turburări în mobilitatea coloanei vertebrale.

#### 4. Spondilita luetică distructivă

Forma distructivă a spondilitei sifilitice se caracterizează printr'o evoluție mai rapidă și un prognostic mai grav. Ea este mai puțin frecventă și se localizează mai des în regiunea cervicală. Petren a descris 42 de cazuri: din acestea 33 erau forme oarioase, 26 localizate pe primele 2 vertebre cervicale și 12 pe atlas. În timpul din urmă au fost descrise localizări distructive și în regiunea sacrată.

După școala franceză (Fournier, Jullien, etc.) procesul gomos începe în corpul vertebral de unde s'ar propaga și ar ajunge la peretele posterior al faringelui, pe care îl perforază. Autorii germani (Gerber, Neumann, Petren, etc.), din contra, spun că procesul debutează printr'o ulcerăție gomoasă pe laringe și de aici înaintează spre vertebră.

Inceputul suferinței se manifestă prin dureri în mișcările capului, încordarea mușchilor cervicali, limitarea mișcărilor și fenomene generale de oboseală, inapetență, slăbire și ascensiuni termice uneori mari. Durerea poate fi provocată de tusă, strănut, mișcări ale capului și de apăsare pe fața posterioară a faringelui. În regiunea cefei și în părțile laterale ale gâtului se palpează o împăstare, care este un semn dintre cele

timpurii (Jasinski, Wilson). Percuția și apăsarea apofizelor spinoase provoacă durere vie. Uneori și mușchii masețeri sunt contractați și din cauza aceasta deschiderea largă a gurii este dureroasă. Alteori se constată dureri de cap și în membrele superioare. De multe ori însă durerea atât de puțin se manifestă, încât suferința evoluează neobservată și distrucția corpurilor vertebrale se constată numai întâmplător (Léri).

Procesul gomos din corpul vertebral poate fi difuz, ori localizat, circumscris. El poate distruge corpul vertebral și arcurile și se intereseze nervii și măduva pe care îi comprimă prin țesutul de neoformație. Se poate declara o pachimeningită cu fenomene și ea de compresiune medulară și în fine procesul poate ajunge chiar la măduvă.

Colecțiuni purulente nu se constată, iar cele descrise de unii erau, probabil, rezultatul unor infecțiuni supraadăugate. Prin distrugerea corpurilor vertebrale se produce o ghibozitate și se formează sechestre care se elimină prin faringe. Uneori se elimină părți mari de tot sau câte o vertebră întreagă, atlasul, etc. (Fischer, Brown, Wade, etc.). Alteori sechestrele nu se formează, iar vertebrele se turtesc și iau formă de bloc (Léri). De asemenea se poate întâmpla să nu fie ghibozitate din cauza manșonului fibros, care menține vertebrele pe loc (Ongle).

Procesul goms poate interesa și vasele, mai ales, prin deplasarea sechestrelor, dând emoragii (Landrieux) și ematoame, care să comprime măduva. Artera vertebrală poate fi ori comprimată, ori direct prinsă de procesul gomos. Alunearea vertebrei lezate de asemenea poate comprima atât vasele, cât și măduva, ducând la atrofii musculare și turburări de sensibilitate. Hunt a constatat în 25 de cazuri din 100, fenomene nervoase, din care 2/3 aveau caracter spinal. Ziesche a observat 8 cazuri de comprimare a bulbului cu moarte spontană prin asfixie. Cazuri identice au fost descrise și de alții (Howard, Layden, Cooper).

În cursul boalei survin des perioade de acalmie, când durerea dispare complet pentru un timp mai îndelungat, care poate fi uneori și de câteva luni. Procesul însă nu regresează, ci poate cel mult stagnează și în faza aceasta poate fi reactivat de accidente, traumatisme sau de ridicarea unei greutate.

Tratamentul antisifilitic, când este instituit la timp, face ca procesul să se calmeze și treptat să se stingă. Mobilitatea coloanei vertebrale nu revine numai în cazurile de mari distrucții sau de sclerozare a discurilor inter-vertebrale.

## OSTEO-CONDROPATIA TABETICA

Osteo-condro-artropatia tabetică, descrisă prima dată de Charcot, ar fi după unii autori tot o leziune sifilitică osteo-articulară, pe terenul căreia, tabesul imprimă caracterele sale în formă de modificări în structura intimă a substanței osoase și a celorlalte elemente articulare, schimbări atât din punct de vedere arhitectonic, cât și calitativ.

În fond leziunea constă în dispariția osteoblastelor și reducerea calcarului, în special în florurei de calciu (Charpy). Ea poate debuta în mod acut ori insidios în diferite epoci ale tabesului, localizându-se cu predilecție pe articulația genunchiului, dar poate interesa și articulațiile mari, umărul, șoldul și coloana vertebrală. Mai rar prinde articulațiile mici. Unii autori pun în legătură aceste leziuni cu turburările glandelor cu secreție internă, în special cu o disfuncție a paratiroidei. Leziunea s'ar produce după alții din cauze locale, cum ar fi de exemplu o suferință a nervului nutritiv, ori din cauze medulare, leziunea fiind în coarnele anterioare.

În formele cu debut acut, suferința se caracterizează printr-o cantitate mare de lichid intraarticular, care este sero-fibrinos ori roșietic. Articulația este tumefiată, dar nu prezintă fenomene inflamatorii. Lichidul uneori poate sparge capsula articulară și să se reverse în țesuturile moi, alteleori prezența lui este numai tranzitorie.

În cazurile cu mult lichid articular, ligamentele se extind și permit mișcări exagerate de „polichinelle“.

În formele cronice leziunea debutează insidios cu fenomene de slăbire treptată, înmuierea articulației și cu dureri reumatoide în ea. Lichidul din cavitatea articulară este în cantitate foarte mică, ori lipsește complet. În formele cronice leziunile pot fi atrofice ori ierplazice, dar și în unele și în altele se produc deformări profunde. De pe suprafețele arti-

culare se desprind bucăți, care formează corpi streini intra-articulari. Din cauza deformațiilor, precum și a corpiilor streini, în mișcări se aud trosnituri și pârâeli, iar mișcările sunt reduse. Mușchii regionali se artroziază, iar membrul ia atitudini vicioase. Tegumentele articulației prezintă turburări de sensibilitate. În cele din urmă fenomenele duc la luxații, subluxații, fracturi, pseudartroze, calusuri exuberante și anchiloze.

La nivelul coloanei vertebrale tabesul dă lombartria cu rigiditate și cu vertebre care au aspect de cioc de papagal. Alteori tabesul dă manifestări osteo-articulare, care duc la paralizii, turburări trofice și deviații anormale (cifoze, scolioze). Unii au descris și procese osteomalacice.



## Noțiuni de anatomie patologică

În leziunile sifilitice două procese se întrec în aceeași măsură în a produce cele mai variate forme anatomo-patologice. Unul este un proces de distrucție și se datorește agentului patogen, altul este un proces de îngrădire, de apărare a organismului contra virusului. Acest din urmă proces se caracterizează printr'o scleroză reacțională.

Din cauza poliformismului leziunile anatomo-patologice de natură sifilitică de cele mai multe ori sunt prea puțin caracteristice și foarte des ușor pot fi atribuite unei tuberculoze, dar mai ales unui reumatism articular cronic.

În formele artalgice simple leziunile anatomo-patologice nu sunt cunoscute, pentru că n'au fost încă studiate nici pe piesele de biopsie, nici după autopsie. În orice caz ele nu pot fi decât minimale.

Cam în aceeași stare se afla până mai dăunăzi și studiul leziunilor anatomo-patologice din hidartrozele sifilitice. Totuși, câteva analize istologice au fost făcute de Schuchard, Weil, Hoffmann, etc. Mai multă precizie și lumină au adus însă cercetările lui Pietro Lenti, care la 1934 a studiat atât macroscopic cât și microscopic bucăți din sinovială ridicate cu ocazia unor intervenții chirurgicale făcute de prof. Delitala la Cl. Chirurgică din Marsilia în trei cazuri de hidartroză sifilitică a genunchiului la doi bolnavi.

Având în vedere raritatea acestor examinări istologice și importanța cunoașterii leziunilor anatomo-patologice din hidartrozele sifilitice, vom reda în întregime faptele constatate de Pietro Lenti.

Sinoviala din punct de vedere macroscopic prezintă următoarele: foița internă are aspect catifelat și o culoare roșietică. Suprafața ei este acoperită de numeroase vilozități de di-

ferite mărimi și de o culoare ce variază între roșu șters și violaceu. Vilozitățile se prezintă fie izolate, fie grupate, ori conorescute și atât de vascularizate, încât seamănă mult cu niște angioane sau cu niște butoni cărnoși telenjectazici, cum le-a numit Weil.

Microscopic (colorat cu ematoxină-euzină) sinoviala în vilozități prezintă un conținut adipos sărac în vase, iar în frangiuri un număr foarte mare de vase și un infiltrat cu mononucleare: monociji, limfocite și numeroase plasmacele, cari se văd mai bine pe preparatul Unna—Pappenhein. Polinuclearele se întâlnesc mai rar. Mononuclearele formează în unele puncte manșete perivascularare de aspect variat, iar în alte părți înconjoară câte un granulon specific. Infiltratul uneori este constituit și de elemente isteocitare cu proliferațiune locală. Zone necrotice nu se constată. În schimb se văd în unele locuri adevărate gome înici rezultate din conglomerate de celule epitelioid pe cale de desăgregare granuloasă și înconjurate de leucocite. În alte centre, deși elementele nu prezintă o dispoziție clasică, se observă însăși natura procesului. Obliterațiuni tipice ale vaselor nu se constată. Caracteristic pentru leziunile vasculare este conexiunea nodulilor cu venele și capilarele și tendința elementelor isteocitare de a forma manșete perivascularare și de a pătrunde în vase. Pe numeroase secțiuni colorate după levaditi, Lenti n'a putut pune în evidență prezența spiroheților. N'a găsit nici bacili Koch.

Lenti încadrează leziunile descrise mai sus în grupul sinovitelor pure, cronice, asemănătoare cu cele descrise de Schuchardt sub numele de „gome miliare“.

În osteo-condro-artropatii leziunea începe în epifiza oaselor și numai într'un stadiu mai înaintat trece și la articulație, procesul sclero-gomos înaintând pe direcția unui vas (arterită ori flebită) și interesând toate elementele afară de legamente (Lesné, Langle, Mauclaire, etc.), care pot fi distruse numai ulterior printr'un proces infecțios supraadăugat (Hartung, Bexas, Fouquet, etc), sau când procesul sifilitic interesează osul dela nivelul înserțiilor. Macroscopic leziunea aceasta este o gomă terțiară, un nucleu gelatinos care se ramolește și devine cazeos (Fouquet, Lesné, Langle). În mijlocul focarului se gă-

sesc mici fragmente osoase, gălbue la centru și roșietice la periferie. (Pl. Mauclaire, Gangolphé, etc.). După Léri goma sifilitică se cazeifică mai greu decât foliculul tuberculos, deoarece în ea vasul nu se oblitenează, iar spirocheții nu conțin substanțele cazeificante ale bacilului Koch.

Microscopic gomă sifilitică din epifiza osului este o rețea fibrilară, uneori fină, alteori fibroasă, în care se găsesc înglobate elemente celulare pe cale de desagregare granuloasă. Fragmentele osoase sunt prinse de un proces de liză, de topire, prezentând lacunele lui Howship. La periferia rețelei se găsește câte un punct emragic. Este mai mult un proces de fibrozare, decât de degenerescență cazeoasă. După Charpy procesele sifilitice osoase se caracterizează prin dispariția flo- rurei de calciu.

Sifilomul acesta înaintază și distruge osul printr'un proces de osteită rarefiantă, formând galerii care pot merge până aproape de periost. Față de procesul sifilitic organismul reacționează construind în jur straturi noi de os mult mai compacte, mai dense. E ceea ce se numește osteită condensată, care duce la îngroșarea și deformarea osului. Cartilajul diartrodial la început conține celule deformate, neregulate, iar mai târziu este înlocuit cu țesut cicatricial. Procesul distructiv înaintază mai departe și prinde sinoviala, care se hipertrofiază, se îngroașă, însă foarte rar formează adevărate fongozități. Progresând, sifilomul distruge și sinoviala, pătrunzând uneori în articulație și dând o supurație intraarticulară. De cele mai multe ori fistulizarea se face înafară. Prin fistulă se elimină un lichid vâscos, lipsit de fongozități și cu un miros greoiu, penetrant (Léri). Încă autorii vechi (Lancereaux Virhov) au observat că în sifilis nu există puroiu în înțelesul adevărat al cuvântului. Lichidul ce se elimină prin fistulă în sifilis nu-i decât un amestec de țesuturi necrozate (Mauclaire, Lannelongue). În leziunile sifilitice deschise microbii piogeni rar intervin, deoarece mediul sifilizat nu este ospitalier pentru ei.

În formele mai rare de perisinovită gomoasă Lancereaux-Iastrebov leziunea începe în țesutul celulo-fibros perisinovial, unde se dezvoltă noduli nedureroși de mărimea unei nuci și formați dintr'un țesut fibros, sărac în vase și nuclei. În aceste

gome (sifilide) se găsesc însule de necroză și de celule plasmatică. Mai târziu nodulii gomoși se sclerozează ori se rămolesc. În primul caz procesul de scleroză duce la formarea de plăci, cari transformă capsula articulară într'un fel de manșon de consistența unui carton. Uneori o astfel de gomă fibrozată se desprinde și cade în cavitatea articulară, formând mai departe un corp strein intraarticular. Când goma perisinovială se rămoleşte, ea se poate deschide la suprafața tegumentelor ori în cavitatea sinovială. În primul caz poate rezulta o periartrită foarte gravă (Mauclaire, Coulson), ori o artrită reacțională cu hidartroză, erodări ale cartilajului, etc. Când goma se deschide în articulație, se dezvoltă tabloul leziunilor descrise mai sus.

Woringer a descris gome în corpul vertebral și sinovite intervertebrale. Aschoff spune, că în „Spondilita sifilitică, care lezează regiunea cervicală a coloanei vertebrale, se observă o infiltrație gomoasă circumscrisă a măduvei spinale la nivelul unei sau a câtorva vertebre. Din cauza distrugerii părții spongioase corpul vertebrei se turtește ca în spondilita bacilară, fără ca să se formeze un abces rece“.

Procesul poate debuta la început în articulații sau mai întâi în corpul vertebral. Sinoviala se îngroașă foarte mult, uneori îngroșarea ei este hiperplazică, alteori fibroasă și cu depuneri de săruri. În primul caz sinoviala se transformă într'un țesut fibros, care duce la anchilozare (Veliaminov).

În spondilita luetică simplă se constată periostite și osteite rarefiante, iar pe suprafața apofizelor transverse și pe corpii vertebrali se formează exostoze. Uneori aceste exostoze se întâlnesc cu vârfurile lor și se contopesc, iar capsula din jur fiind sclerozată, se produce o anchiloză. Aceasta poate fi și numai în urma contopirii exostozele, fără modificări în capsulă (Sinachevici).

Formele osteo-condro-articulare sunt mai grave și în cazurile acestea leziunea începe mai întâi în corpul vertebral, ducând la mari distrucții și eliminarea sechestrelor prin gură (Zambaco, Ziesche, Mackenzie, etc.), sau la o compresiune medulară, care poate fi și din cauza ematomiei prin strivirea arterei vertebrale (Dominel—Lepestre).



### Lichidul articular

Lichidul articular a fost studiat în diferite stări patologice între alții și de Dl. T. Spârchez, atât din punct de vedere biochimic, cât și citologic. Examinarea lichidului articular ne furnizează informații prețioase asupra naturii leziunilor articulare și ne indică conduita terapeutică.

În mod normal lichidul articular are culoare gălbue și o consistență vâscoasă. El este fluid și conține elemente celulare și o substanță necunoscută, probabil o nucleo-proteidă, care la căldură nu dă nici un corp reductor. Din cauza acestor elemente lichidul este ușor turbure.

Salkowschi a descris în lichidul patologic o substanță pe care a numit-o sinovină și care a fost ulterior studiată și de alții și s'a constatat, că ea nu este o mucină și nu face parte din grupul nucleo-albuminelor. Compoziția ei chimică încă nu este determinată.

În 8 cazuri de hidartroză sifilitică lichidul articular examinat de T. Spârchez la Institutul Farmaciei Clinicilor din Cluj a avut în cifre medii următoarea compoziție:

Albumină	5,9 ‰
Na. Cl.	4,3 ‰
P. O.	2,5 ‰
Uree	0,07 ‰

În cazul Prof. Deniques, în lichidul articular recoltat de la un tabetic la începutul evoluției s'a constatat:

Apă	74,9 %
Reziduu fix	5,10%
Albumină	3,67%
Mucus	0,26%
Grăsimi	0,45%
Săruri minerale	0,72%

După T. Spârchez în lichidul de natură gonococică și bacilară cantitatea de albumină e mărită, pe când în cel de natură sifilitică această cantitate este scăzută.

În hiartrozele sifilitice lichidul articular are o culoare gălbue serocitrină. Cantitatea lui variază foarte mult: în unele cazuri ea este de câteva mgr., alteleori numai de câțiva mc. ori

lipsește complet. În lichid nu găsim decât foarte rar și în cantitate mică grunji de mărimi neînsemnate.

Formula citologică a lichidului articular depinde de etatea leziunii și se modifică în urma tratamentului antisifilitic. La începutul boalei este o polinucleoză, care după trei luni de tratament antisifilitic face loc unei limfocitoze de 74% (Griffon, Abrami). În sifilisul secundar Lacapère și Laurent au găsit (1919) în mod constant o polinucleoză, iar Fouquet, în cel ereditar, o ușoară limfocitoză. Lesné și Langle spun că limfocitoza predomină în toate hidartrozele. P. Lenti (1934) constată în lichidul articular din:

- hidartrozele blenoragice: o leucocitoză,
- „ bacilară: o limfocitoză,
- „ reumatismale: o polinucleoză, monociti mari și endoteliale,
- „ sifilitice: o polinucleoză, limfocite și multe endoteliale.

După Dl. Prof. I. Hațieganu și T. Spârchez aproape în toate hidartrozele sifilitice, chiar și în cele ereditare, lichidul prezintă o polinucleoză de 80%. Aceasta după un tratament antisifilitic bine condus și eficient se schimbă în mononucleoză. Elementele celulare din lichidul de natură sifilitică nu sunt fărâmițate ca în cel de natură bacilară.

Chesney și Allievy au inoculat la animale lichid intra-articular necoltat dela sifilitici și după 40—50 de zile au pus în evidență în testicol spiroheji vii. Totuși, spirohejii rar se găsesc în lichidul articular.

În 3% din cazurile studiate de Ménard în lichidul articular R. W. a fost pozitivă. Lenti a găsit R. W. pozitivă în lichidul articular la 10 bolnavi, cari nu prezentau semne patognomonice pentru sifilis și în sângele cărora R. W. era negativă.

## Semne radiografice

Studiul radiografic al sifilisului osteoarticular începe la 1900 cu lucrările lui Hoschsinger, urmate apoi de cele ale lui Fraenkel din Hamburg, începute la 1911 și de ale lui Alexander (Budapesta, 1915) și Wimberger, 1925. Cercetări serioase au făcut și Kohler, Hollitznecht, Kenböck, Thomsen, Joseph și Lesser. În America cu aceasta se ocupă mult Stafford Mc Lean, care a publicat la 1931 o lucrare bazată pe 1500 de radiografii în care autorul caută să stabilească legătura dintre modificările anatomo-patologice și aspectele radiografice.

Substratul istologic, care stă la baza imaginilor radiografice în leziunile sifilisului osteo-articular congenital, a fost studiat la 1780 de Vegner, asistentul lui Virchow, iar în anii din urmă de Péhu și Policard din Lyon.

Pentru o interpretare mai bună a leziunilor sifilitice osteo-articulare e necesar să cunoaștem istologia, fazele procesului de osificare și expresiunea radiografică a osului normal. În rândurile ce urmează voiu reaminti pe scurt noțiunile clasice după Vegner, Ombrédanne, Péhu, Policard, Negru, Stafford Mc Lean, Schneider, etc.

### Istologia osului normal și osificarea lui

În mod normal, la copilul nou născut, pe o secțiune transversală, la microscop, osul lung prezintă următoarele caractere: cartilajul epifizar este format din mai multe zone așezate una lângă alta și pornind dela suprafața articulară spre diafiză.

În imediata vecinătate cu suprafața articulară este o zonă ocupată de o sumedenie de celule turtite, mai mult izolate și mai rar dispuse în grupuri de câte 2—3 în niște cavități for-

mate de substanța cartilajinoasă, fundamentală. În centrul epifizei în unele oase se găsește nucleul epifizar.

Mai departe spre diafiză este zona cartilajului seriat Ranvier, formată din celule cartilajinoase mai mari și mai numeroase. Aceste celule sunt așezate una peste alta, ca niște monede, câte 8—10 și formează serii închise în cavitățile substanței cartilajinoase. Direcția seriilor de celule suprapuse este paralelă cu axa osului. Grosimea cartilajului seriat este de 0,3—1 mm.

În spre diafiză celulele cartilajului seriat sunt și mai voluminoase, unele chiar hipertrofiat, iar altele prezintă și semne de degenerescență. Substanța fundamentală cartilajinoasă formează printre ele travee, separându-le în pachete. Traveele sunt fine și așezate în mod foarte regulat și paralel cu axa mare a osului. Aceasta este zona cartilajului hipertrofiat.

În marginea cu celule mai înaintate în vârstă a cartilajului hipertrofiat începe zona cartilajului calcificat. Aici spațiile dintre cavitățile substanței cartilajinoase se umplu cu granule fine de calcar, iar celulele cartilajinoase din aceste cavități se rezorb, dispar.

Zona osteoidă este o treaptă și mai înaintată a evoluției ce duce la osificare. În cartilajul osificat, în partea aceia care privește diafiza, vin dela periost muguri vasculari care străbat pereții cavităților pline cu celule cartilajinoase, umplu aceste cavități cu țesut conjunctiv, osteoblaste și cu sânge în care celulele cartilajinoase se rezorb.

Zona de osificare este continuarea celei precedente. În mod normal ea are grosimea de 0,5—1 mm., aspect omogen, contur regulat și este formată din lamele osoase, care se nasc din osteoblaste. Lamelele osoase într'un stadiu mai înaintat se așează concentric și formează sistemul haversian (osteonul).

Lângă zona de osificare începe spongioasa compusă din coloane longitudinale, anastomozate între ele, care la început sunt numeroase și subțiri, iar pe măsură ce se îndepărtează de linia de osificare, ele devin mai rare și voluminoase. Între aceste coloane se găsește medulara formată din țesut conjunctiv, vase și celule. Corticala ce învelește periferia spongioasei este densă și omogenă.

Când procesul de osificare s'a terminat, atât în epifiză, cât și în diafiză, între acestea două rămâne o zonă de cartilajiu numit cartilajiu de conjugare sau diafizo-epifizar. În acest stadiu punctele de osificare au apărut deja.

Direcția în care se face procesul de osificare este următoarea: dela zona de osificare spre cartilajul hialin, procesul interesând succesiv zona osteoidă, zona cartilajului hipertrofiat și zona cartilajului seriat. Pierderile cartilajului seriat sunt acoperite de cartilajul hialin. Ulterior procesul de osificare are loc pe amândouă fețe ale cartilajului diafizo-epifizar.

În afară de acest proces de osificare endondrală, în oasele lungi are loc și un proces de osificare periostală. Aceasta se face prin calcificarea fasciculelor periostale și transformarea osteoblastelor în lamele osoase. Un alt mod de osificare așa zis endoconjunctiv are loc în oasele feței și craniului.

### **Radiografia osului normal la noul născut**

Imaginea epifizei este cenușie, nu tocmai clară. Epifiza, deși conține în cartilajiu destule săruri de calciu, este transparentă pentru razele X.

Zona de osificare se prezintă ca o bandă întunecată cam de 1 mm. grosime, așezată sub cartilajiu. În această zonă găsim cartilajiu calcifiat străbătut de travee și lamele osoase tinere. În spațiile conjunctive se găsesc capilare pline cu sânge. Ici-colo se văd și emoragii interstițiale. Atât aceste elemente, cât și sângele din capilare și punctele emoragice, opresc razele X.

Mai departe este o zonă unde substanța osoasă, având o circulație regulată, este foarte activă și pierde multe săruri de calciu. Aici este un proces de rezorbție, de rarefiere, care pe placa radiografică dă acestei zone un aspect mai clar. Anumiți factori, probabil de natură mecanică, intervin ca procesul de rarefiere să nu ducă la o rezorbție totală a calcarului și traveele osoase, care rămân neatinse de această rarefiere, își măresc volumul și imprimă regiunii metafizare un aspect radiografic caracteristic.

## Aspecte radiografice în sifilisul osteo-articular

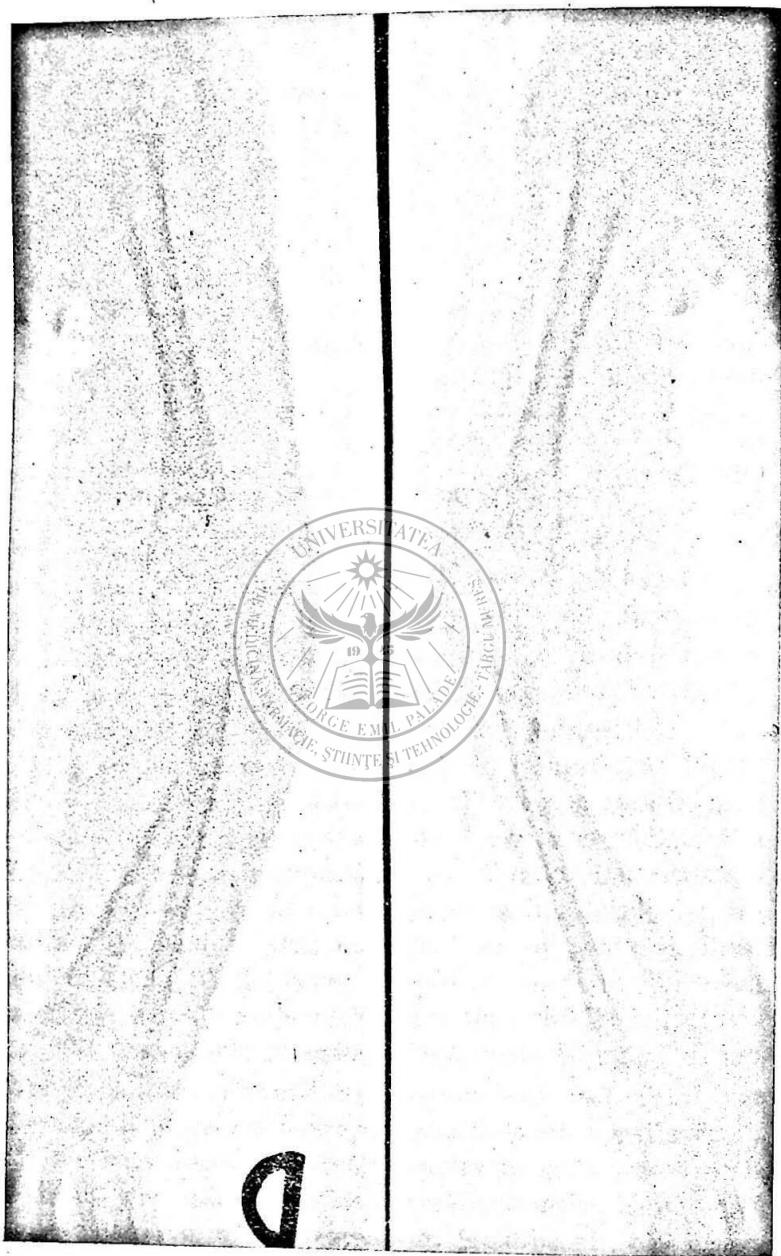
În leziunile sifilitice aceste aspecte radiografice se modifică mult, urmând schimbările anatomo-patologice produse de virus în intimitatea țesuturilor, atât în ce privește structura, cât și compoziția lor. Dar, oricare ar fi aceste modificări, ele toate se fac sub influența unor procese fundamentale care le imprimă diferite aspecte în fiecare caz aparte atât din punct de vedere calitativ, cât și cantitativ. Procesul de formare inițială de substanță osoasă, procesul de rezorbție osoasă, precum și cel de persistență și de mărire a unor traace osoase, sunt factorii care determină caracterele leziunilor sifilitice și aspectele lor corespunzătoare radiografice.

### Semne radiografice în sifilisul congenital

#### Osteocondrita sifilitică

Examenul radiologic în osteocondrita cel mai de timpuriu se poate face numai la sfârșitul lunii a 5-a fetală (Thomsen). Fazele inițiale nu sunt vizibile pe radiografie (Wimberger). Lărgirea conturilor extremității osoase este cel dintâi semn radiografic. La început leziunea se manifestă printr'o bandă metafizară mai clară, exprimând un proces de deasificare. Dunga aceasta Mc. Lean o găsește și la copii nesifilitici întârziți în creștere. Acest aspect radiografic corespunde unei metafize mai voluminoase decât normal și care prezintă o culoare galbenă-albicioasă, nu roză. Macroscopic se constată o cantitate mare de substanță calcifiată sedimentată în interiorul celulelor. Vasele osului, probabil sub influența inhibitoare a infecției sifilitice, nu mai pot menține sărurile și acestea se depun în metafiză, unde formează substanța osoasă.

Intr'o fază mai înaintată radiografic constatăm un grad de rarefiere submetafizară, care poate să existe și fără ca zona de osificare să se accentueze. Dar nici acest aspect nu este patognomonic, deoarece se poate întâlni și în unele artrite supurate, totuși, în sifilis el se datorește poate unei anemii provocate de virusul sifilitic (Mc. Lean). Ori cum ar fi, spirochetele sunt de vină, deoarece prezența lor în părțile lezate a fost dovedită,



Osteo-condrită generalizată a membrilor superioare.  
(La umăr, cot și pumn, bilateral.)

Mai departe aspectele radiografice ale osteocondritei pot fi grupate în trei faze de evoluție.

În prima fază zona de osificare, care, în mod normal este subțire, se lărgțește. Procesul de osificare este perturbat și începe a se face în mod neregulat. Linia de calcifiere începe să-și schimbe conturul și pe radiografie o putem vedea sub diferite aspecte. Mai des constatăm o dungă neagră cam de 1 mm. lărgime, transversală, puțin sinuoasă, cu un fel de dinți îndreptați în spre epifiză și paralel cu axa mare a osului. Alături de această dungă neagră în partea care privește metafiza, este întotdeauna o altă bandă. Aceasta este cenușie aș roape albă, de 2—5 mm, lărgime.

La extremitatea inferioară a antebrațului se vede uneori o dungă subțire foarte neagră în regiunea epifizară și alături de ea, în spre diafiză, o zonă decolorată.

Péhu și Policard au constatat în mod excepțional 2 dungi negre liniare cam de 0,5 mm. lărgime fiecare, strict paralele, așezate la extremitatea osului și separate printr'un spațiu de 0,5 mm.

În faza a 2-a se constată 2 dungi negre închise cam de 2 mm. lărgime și între ele o dungă cenușie palidă. Dela cea dintâi dungă neagră pleacă zimți de 1 mm. lungime și separați unul de altul prin spații de mărimi egale. A doua dungă neagră este neregulată, sinuoasă, dantelată. Mai departe urmează o regiune decolorată.

În metafiză se poate constata prezența unor pete ovalare sau circulare neregulate, de mărimi variabile, care trădează existența unor zone de rarefiere osoasă și a unor insule de țesut de granulație. Aceasta este zona de osteită fibroasă. La nivelul ei spațiile medulare sunt pline cu țesut conjunctiv, lipsit de elemente hematopoetice și pe cale de fibrozare.

În faza a 3-a țesutul de granulație se găsește în cantitate mai mare, formând numeroase insule care pe radiografie se prezintă sub formă de zone clare. Țesutul de granulație pătrunde în meșeaua de travecule de cartilajiu calcificat, în zona numită de germani „Kalkgitter“. Uneori țesutul de granulație s'ar transforma în gome veritabile (Pélu și Policard), ceea ce M. Lean nu admite, crezând, împreună cu Herxheimer, că aici



nu este vorba de o „granulație gomoasă“, ci de un sifilom miliar.

### **Decolarea epifizară**

Când în zona aceasta osteoidă se mai constată și fragmente osoase până la 1 mm lungime, așezate transversal și menținute în poziție de periostul, care împiedică deplasarea lor, atunci aspectul radiografic este de fractură metafizară, care poate fi completă și incompletă, iar radiologiceste se recunoaște prin deplasarea nucleului și liniei de osificare, care depășește centurul diafizei. (A. Rădulescu, D. Negru). Decolarea este de fapt intra-metafizară (Wimberger, Kienböck, Fränkel, Mc. Lean) și nu epifizară. Chossard și Péhu au dovedit aceasta pe cale experimentală la 1927. Reacția periostului poate lua forma unei hiperostoze, care ulterior se calcifică. Leziunea este simetrică.

Schmidt (Jena) a descris la 1923 o formă de osteocondrită fără reacțiune, în care zona de calcifiere este lărgită și o formă cu reacțiune în care apare țesutul de granulațiune, prodromul obișnuit al decolării epifizare, care nu este rezultatul unei leziuni a măduvei osoase, ci a unei leziuni a sistemului conjunctiv pericondral. După Schmidt ar fi o scleroză microscopică, cum se observă și în alte organe: pancreas, ficat și plămâni.

### **Periostita sifilitică congenitală**

După cercetările mai recente ale lui Péhu și Policard, care confirmă în bună parte studiile lui Parrot, în periostita osificantă E. Fränkel, pe o secțiune longitudinală, corticala se prezintă stratificată în lamele suprapuse paralele și legate între ele ici, colo prin câte o punte scurtă de substanță osoasă. Pe o secțiune transversală corticala se prezintă dedublată, formată de 2 foițe. Periostul nu este câtuși de puțin modificat și nu prezintă nici un semn de inflamație.

Stratificarea corticalei în lamele se datorește unui proces de rezorbție, care se face în zone concentrice în substanța compactă a diafizei, care însă, luată în întregime, este hipertrofiată. Foița (lamela) exterioară a corticalei este formată

prin depunerea, probabil, a calciului „furat“, după expresia D-ului Rădulescu, din zonele de rezorbție. „Osul este astfel anatomiceste atrofiat, însă istologiceste ranefiat. El este macroscopic mai gros, însă microscopic mai puțin solid, decât osul normal“. (Péhu și Policard).

Péhu găsește o mare asemănare între aspectele radiografice din periostita sifilitică congestională și cele din rachitism, dar părerea aceasta nu este împărtășită de autorul american Mc. Leen, care spune, că în rachitism leziunile sunt uniform distribuite în toate oasele lungi, pe când în sifilis ele sunt mai puțin uniform distribuite și se localizează mai ales la o extremitate a osului, fie cea superioară, fie cea inferioară. De altfel, în ce privește rachitismul Reyher scria la 1912 că în primele luni după naștere, el nu se observă. După acest autor, rachitismul congenital nici n'ar exista. După alți autori și rachitismul ar fi o manifestare a eredsifilisului osos. Astfel, Kirmisson găsește că majoritatea copiilor rachitici au părinți sifilitici. Se caută de unii să se facă o legătură între distrofiile osoase și sifilis. După Dl. Prof. Hațieganu sifilisul se transmite dela părinți până la 3—4 generație și cu cât infecția este mai veche, cu atât întâlnim mai rar leziuni direct sifilitice și din contra observăm mai des manifestări distrofice așa zisele stigmatе parasifilitice descrise de Fournier. Se prea poate ca un foarte mare număr de distrofii osoase să aibă un substrat endocrino-distrofice, ca rezultat al unei infecții sifilitice, dar părerea generală este că rachitismul nu face parte din acest grup al distrofiilor.

### **Osteomielita congenitală**

Radiografic constatăm zone mai clare, alternând cu zone mai întunecate și îngroșări periostale. Corticala uneori este distrusă. Acest aspect se vede mai ales la extremitatea supero-internă a tibiei. Leziunea este simetrică și acest caracter al ei este patognomonic pentru sifilis.

Ca să putem prinde aceste leziuni pe placa radiografică este necesar să avem grijă ca fascicolul central de raze să cadă perpendicular pe epifiză, deoarece altfel proecția aces-

teia nu se prezintă sub forma unei linii negre cu un contur regulat, cum este în mod normal, ci cu unul foarte neregulat, care ne poate duce în eroare.

### **Semne radiografice în sifilisul osos congenital tardiv**

În sifilisul ereditar tardiv în interiorul osului are loc un proces de osteită rarefiantă, care mai târziu este urmată de o sclerozare reparatoare. Canalul medular al osului dispare în bună parte, fiind înlocuit cu substanță osoasă tânără, compactă. Aspectul este de osteită și periosteită difuză, hiperplazică, ori gomoasă. Ingroșarea periostului este foarte mare. Osul se mărește în toate sensurile, dar mai ales în lungime din cauza unor excitații la nivelul cartilajului de conjugare. La începutul boalei osul este moale și din cauza unei creșteri excesive și a greutății corpului el se îndoaie și se deformează. Când tibia este lezată, ea se strâmbă în formă de iatagan. Pe placa radiografică vedem un fond întunecat cu zone clare.

### **Semne radiografice în sifilisul căpătat**

#### **Periostita sifilitică**

În sifilisul osos căpătat întâlnim mai frecvent două feluri de periostită: o formă simplă și una gomoasă.

Periostita simplă corespunde leziunilor de pe piele. Periostita gomoasă corespunde leziunilor mai profunde ale pielii, gomelor.

În periostita simplă este un proces de osificare și de îngroșare a periostului. Radiografic afară de aceste modificări ale periostului nu constatăm nimic. Structura osului are aspect normal.

În periostita gomoasă se formează o mare cantitate de țesut gomos de consistență gelatinoasă, care umple deschiderile canalelor medulare și ale canalelor haversiene și duce la topirea osului de desubt. În părțile osoase, vecine cu teritoriul distrus, se produce o reacție, un proces sclerozant. Periostul la acest nivel se ridică și bombează în afară. Radiografic vedem o zonă transparentă circumscrisă, plină cu țesut gelatinos și în jurul ei o dungă opacă ce corespunde țesutului osos

sclerozat în mod reacțional. Acest aspect este de gomă marginală care interesează periostul și o parte din corticală. Uneori în jurul focarului gomos, în loc de scleroză reacțională, observăm o atrofie, o osteoporoză. Aceasta se produce probabil din cauza unei nutriții scăzute a substanței osoase, periostul fiind compromis pe o suprafață mai întinsă.

### **Osteita și osteomielite sifilitică**

Procesul sifilitic poate începe fie în măduvă, fie în periost și în cele din urmă interesează atât partea compactă, cât și spongioasă, evoluând în țesutul conjunctiv. Deosebim și aici leziuni simple și leziuni gomoase.

În osteita și osteomielite simplă osul are un contur neregulat și îngroșat, iar interiorul lui prezintă o scleroză pronunțată, o condensare.

În osteita și osteomielite gomoasă procesul inflamator distruge țesutul osos, fie în zone circumscrise, fie în mod difuz. În jurul focarelor gomoase, care au mărimi variabile, se produce o condensare reacțională. Radiografic aspectul este de zone transparente înconjurate de părți condensate. Uneori în centru gomelor vedem mici sechestruri osoase. Goma se vede mai bine când se găsește în epifiză, unde reacția de osteită condensantă este mai puțin marcată.

### **Semne radiografice în sifilisul articular**

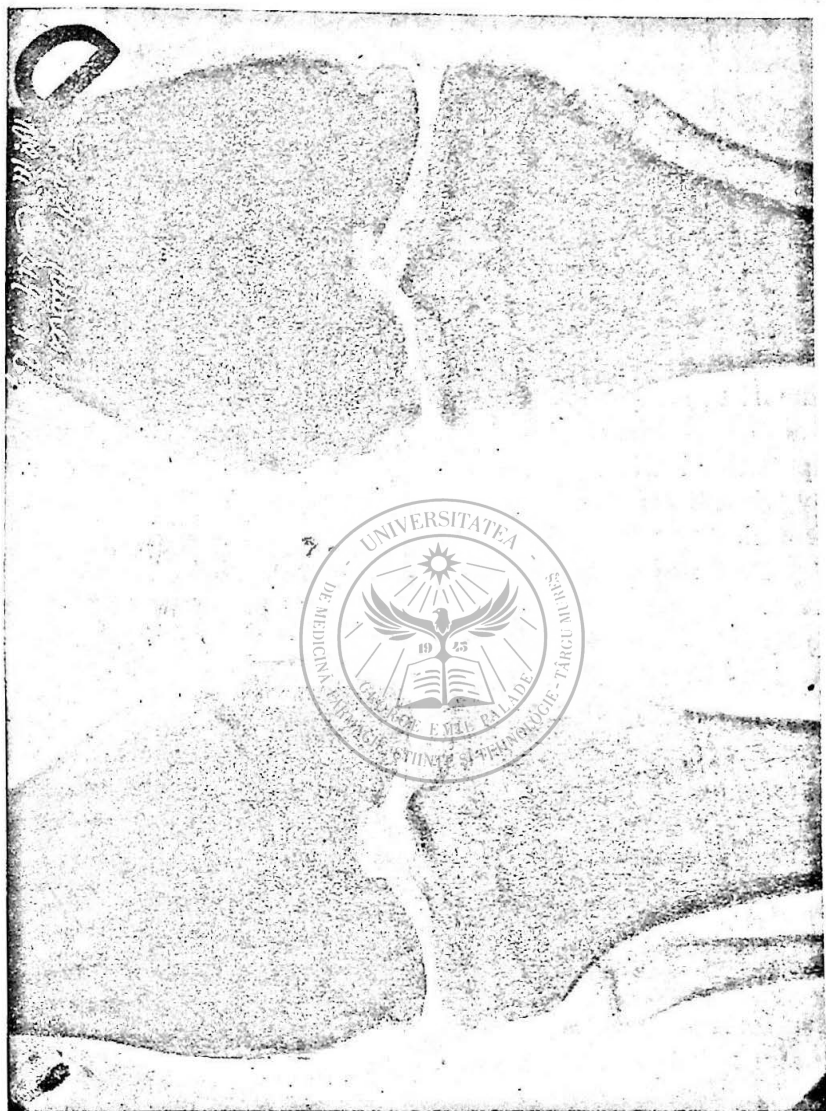
Procesul sifilitic uneori începe în os, în epifiză, alteori în sinovială, ori în cartilaj. Foarte des procesul interesează numai o suprafață articulară și numai într'un stadiu mai înaintat prinde și suprafața opusă. Osteoartropatiile veritabile sunt mai puțin frecvente decât osteitele simple.

Absența atrofiei osoase (Sudeck) este caracteristică sifilisului. Ea nu se observă nici în cazurile cu o evoluție mai lungă (Axhausen). Totuși, unii autori au observat alături de formațiuni osteitice și un proces de rarefiere alveolară (Gaston, Kienböck, Assmann, etc.).

În procesele sinoviale pure semnele radiografice uneori sunt negative. Când sunt și leziuni ale cartilajului, spațiul in-



T. M. Hidartroză bilaterală a genunchiului. Inainte de tratament.



T. M. Același caz după 2 luni de tratament.

termediar este neregulat, micșorat, iar uneori dispărut complet. În cavitatea articulară este exudat, spațiul este mărit. Gomele substanței osoase dau aspecte de uzură circumscrisă la marginea suprafeței articulare, uzură în formă de crater (gome deschise în articulație). În aceste cazuri epifiza are un volum mărit, iar pe placa radiografică vedem spații clare, alternând cu spații întunecate, depozitări periostale și îngroșări ale marginilor suprafeței articulare din cauza exostozelelor.

### **Semne radiografice în sifilisul vertebral**

În spondilita sifilitică uneori spațiul articular este lărgit, alteori el nu se vede, fiind plin cu țesut fibros, dens în care s'au depus săruri. Putem surprinde de asemenea umbrirea apofizelor articulare sau modificări în structura intimă a osului, modificări și neregularități ale suprafețelor corpurilor vertebrale.

Periostitele cu suprafață plană radiologic nu se pot depista. Exostozele au formă de cioc, sunt mai numeroase pe apofizele transverse (Malinowschi) și pe corpii vertebrale, au tendință să crească convergent și să se unească prin vârfuri.

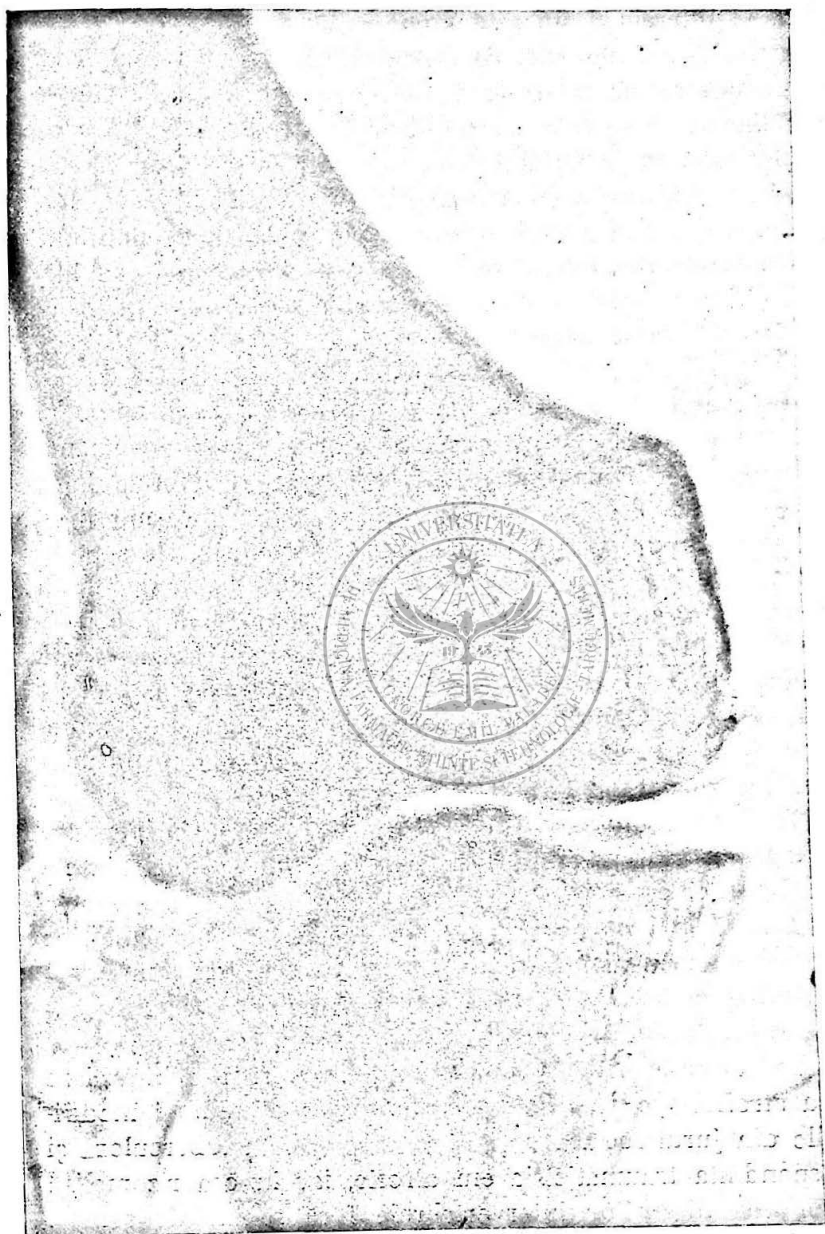
În spondilita distructivă configurația vertebrelor este complet schimbată: vertebrele pot fi turtite, dislocate, etc. Uneori masele laterale se prezintă ca un bloc compact.

### **Semne radiografice în osteoartropatia tabetică**

În osteo-artropatia tabetică suprafețele articulare prezintă uzuri, care au diferite aspecte și forme. În cavitatea articulară putem constata uneori prezența unor corpi streini desprinși din focarele de distrucție osoasă. Extremitățile articulare au volum mărit și atitudini vicioase.

### **Examenul radiologic diferențial**

În diagnosticul osteoartropatiilor sifilitice examenul radiologic are un rol mare și se impune în totdeauna, dar mai ales atunci, când semnele clinice lipsesc, ori sunt contradictorii.



Osteo-condro-artropatie tabetică



În osteoartrita sifilitică a neului născut, diagnosticul radiologic diferențial nu este greu de făcut, deoarece tabloul este foarte caracteristic, iar leziunea de cele mai multe ori este simetrică, ori interesează mai multe articulații. Diagnosticul diferențial se face cu paralizile și fracturile de origine obstetricală, cu rachtismul și cu boala lui Möller—Barlow.

În rachtism imaginea radiografică prezintă o diafiză lărgită, delimitată de epifiză printr-o zonă transparentă de multe ori în formă de cupă. Amintim că după unii autori rachtismul nici n'ar exista în primele luni dela naștere, adică tocmai atunci, când osteocondrita este în plină evoluție.

Cât privește boala lui Möller—Barlow, aceasta radiografic se deosebește de osteocondrită prin aceea că între diafiză și epifiză are o dungă transversală mult mai îngustă și mai neregulată, iar la mijloc mai lată decât la capete. Umbrele diafizare (ematoame subperiostale) în Möller—Barlow sunt liniare și foarte neregulate, pe când în osteocondrită ele sunt liniare și așezate de jur împrejur. Osteocondrita se manifestă în primele luni dela naștere, iar Barlow după luna a 6-a.

Simetria, multiplicitatea leziunilor, precum și procesele de condensare, de scleroză osoasă în leziunile sifilitice, permit să le deosebim pe acestea de procesele tuberculoase și osteomielitice. Și în tuberculoză putem constata o periostită osificantă, care însă este foarte discretă.

Sifilisul ereditar tardiv se caracterizează printr-o iperostoză foarte pronunțată și prin extinderea mare a leziunii. Oasele lezate iau formă de fus.

Leziunile sinoviale fără participarea oaselor și cartilajilor nu dau semne radiografice constante și caracteristice, iar diagnosticul diferențial se face din antecedente, după semnele clinice, reacțiile de laborator și tratamentul de probă.

În leziunile osteo-articulare vertebrale se are în vedere lipsa atrofiei osoase, pe de-o parte, deformațiunile și modificările din jurul focarelor, pe de altă parte. În tuberculoză și în spondilita traumatică avem atrofie, iar în cea rizomelică calcifierea discurilor intervertebrale fără semne de osteită. Actinomicoza, sporotricoză și blastomicoza dau abcese multiple în interiorul vertebrelor.

## Diagnosticul

Fără de insultele repetate ale agenților patogeni și ale produselor activității lor, țesuturile reacționează aproape întodeauna în același fel. Din cauza aceasta în perioada terțiară și în sifilisul congenital diagnosticul leziunilor, mai ales al celor cronice, întâmpină uneori piedici mari.

În cazurile acestea interogatorul bolnavului asupra antecedentelor personale și cu privire la boalele părinților și copiilor este de cea mai mare importanță. Foarte des unele antecedente sunt ignorate, uitate, ori ascunse de bolnav și este necesar să-l convingem că să ni le spună ori să-i lăsm timp liber să și le aducă aminte. Interogatorul va cere, în urmăre, foarte multă răbdare, iscusință și timp.

Examenul clinic ne va informa despre caracterul durerilor: dacă ele se manifestă ori se intensifică noaptea și în repaos și dispar îndată ce bolnavul se mișcă, începe să umble. În al doilea rând vom constata că aceste dureri cu caracter nocturn se localizează oligoarticular, mai des simetric și mai mult pe genunchiu, bilateral.

Examenul obiectiv local ne va arăta lipsa fenomenelor inflamatorii, atitudinilor vicioase, atrofiilor musculare și a fistulelor. Vom constata de asemenea o stare generală aproape nealterată sau foarte puțin atinsă și eventual prezența altor leziuni sifilitice.

Examenul de laborator ne va da reacții pozitive în sânge și în lichidul articular.

Toate aceste date, completate cu cele pe care ni le va furniza radiografia și tratamentul antisifilitic, ne vor permite să identificăm natura adevărată a leziunilor.

Foarte des în sifilisul osteoarticular reacția Wassermann în sânge este negativă și e necesar s'o repetăm după ce mai întâi, printr-o injecție cu 0,45 de neosalvarsan, am provocat

formarea de compi reactivi necesari pentru ea. Dar natura sifilitică a leziunilor cronice nu poate fi exclusă numai pe baza unei reacții negative în sânge, fie chiar după provocare. Rezultatul reacției Wassermann întotdeauna îl vom cântări la lumina faptelor clinice și a problemelor de tratament. Pe de altă parte, o reacție pozitivă în sânge nu înseamnă întotdeauna o condamnare definitivă, mai ales la noi în țară, unde ea poate fi influențată și de prezența malariei.

Sifilisul congenital se trădează prin foarte numeroase semne, care trebuiesc căutate cu răbdare și insistență și completate cu datele ce ni le va furniza o anchetă familiară serioasă. Astfel, ne vom informa asupra boalelor cardiace, hepatice, nervoase și mintale ale părinților, asupra boalelor copiilor precum și despre numărul avorturilor și copiilor morți în primii ani după căsătorie (infecție contractată înainte de căsătorie), sau mai târziu, după un număr de nașteri normale cu copii sănătoși (infecție contractată în căsătorie).

Asupra *stigmatelor parasifilitice Fournier* scartie mult a insistat Dl. prof. I. Hațieganu, care le împarte în semne de certitudine din copilărie și semne de probabilitate ce se găsesc și la adolescenți și cari trădează urmele unor distrofii din primii ani ai vieții sau consecințele directe ale unor leziuni eredo-sifilitice. Marea majoritate a distrofiilor au ca factor patogen sifilisul. Stigmatetele parasifilitice se împart după Fournier și Dl. prof. Hațieganu în felul următor:

## A. Semne de certitudine

### I. Endocrinide

Acestea sunt distrofii de ordin general pentrucă ele interesează întreg organismul. Dl. prof. Hațieganu le-a numit endocrinide, deoarece în majoritatea cazurilor ele se datoresc unor leziuni ale glandelor cu secreție internă. Din grupul lor fac parte următoarele distrofii:

1. *Atrepsie*: este un individ cu aspect de om bătrân, cu tegumentele sbârcite, cenușii, cu fruntea încreștită, capul deform, intelctul foarte redus și de o debilitate generală mare.
2. *Infantilism, nanism, mongolism, gigantism*. Individul

atins de infantilism se dezvoltă încet și incomplet în toate privințele: începe funcțiunea limbajului articulat foarte târziu, sânii și organele genitale se dezvoltă incomplet, virilitatea și menstruația apar de asemenea foarte târziu, schimbarea voci la băieți întârzie și ea, intelectul este insuficient (Jullien). Individul este predispus la tot felul de infecții.

3. Stări diatezice (coloidoclazice-neurovegetative).

4. Rachitism.

5. Obezitate mare la copii, sindromul adipogenital, distrofii pluri-glandulare. La o fată de 16 ani, internată la Spitalul de Ortopedie pentru picioare plate dureroase, am observat o adipozitate mare, sânii foarte dezvoltați, organe genitale infantile (examen făcut la Spitalul de Femei din Cluj), veneclazii numeroase pe toată suprafața corpului afară de gât și față, insuficiența ovariană (examen făcut de Dl. dr. Purje), R. W. în sânge pozitivă și un psihic corespunzător unui copil mic.

## II. Distrofii parțiale

1. *Stigmatе craniene*: prognatism, frunte olimpică ori în careu, protuberanța occipitală în formă de exostoza, cap asimetric, cap natiform (Panot) macrocefalic, brachicefalic (Reghault), scafocefalic, hidrocefalic, microcefalic etc. Craniotabesul descris de Elsaesser n'ar fi de origină sifilitică (Mauclaire).

2. *Stigmatе dentare*: acestea se prezintă ca anomalii distrofice sau ca turburări în evoluție (întârzieri). Anomaliile interesează mai ales caninii, incisivii și primii molari și se caracterizează prin multiplicitate sistematizare, egalitate și simetricitate pe dinți omologi. Mai des întâlnim: implantații vicidase, eroziuni coronariene și cuspidiene, mici găurele, eroziuni lineare, atrofii generale, escavarea bordului liber în formă de semilună (Hutchinson), dinți mici, dinți torsionați, ori lași, ori cu direcții convergente, dinți rari, dinți tociți în formă de pește, dinți „en gradins“, „en tournevis“ (coroană largă, cuspis strâmt) etc. angajare nepotrivită a aradelor dentare, apariția întârziată a dinților, căderea precoce a molarului, ipoplazia maxilarului superior, buza de epure, etc. etc.

3. *Stigmate nasle*: Nas în formă de șea, nas în lornetă, nas larg și înfundat la bază, lipsa septului nasal sau perforări ale acestuia etc.

4. Distrofii datorite unor leziuni viscerale nanism mitral, albuminurie ortostatică).

5. *Tulburări oculare*: cheratită parenchimatoasă, retinită, irite pigmentare, cataracte zonulare, atrofii ale nervului optic, miopie, strabism, nistagm, ambleopie, etc.

6. *Distrofii ale urechii*: otite purulente în prima copilărie, au fost descrise de Fournier, dar Broca crede că ele n'ar fi de natură sifilitică. Mai frecventă este surditatea și malformațiunile pavilionului. La un copil internat la Spitalul de Ortopedie pentru picioare strâmbe congenitale, s'a constatat lipsa pavilionului de o parte, o ureche prea dezvoltată de altă parte și boala albastră.

7. *Tulburări nervoase meningitice*: epilepsie, neurastenii, meningită, convulsii precoce esențiale.

8. Afecțiuni congenitale ale inimii.

9. Monstruoziități.

Tot de acest grup de semne s'în și vegetațiile adenoide, vărsăturile abituale, creșterea înceată a noului născut, adenita supra-epitrocleană bilaterală, hidrocelul unilateral persistent, care lasă ulterior o atrofie a testicolului, salivatie abundentă, hipertrofia timusului, alopecia, onichile, paronichii, ectopiile organice, asimetriile faciale, varicele simetrice, epi-hipospadiaza, sindactiliile, spina bifida, meningo-encefalocelul, ptoza pleoapei superioare, pulsul lui Varriot (puls mic și cianoză), arcul lila (Milian) pe unghii, tulburări olfactive, sensibilitate mare la frig etc.

Semne distrofice pe tegumente: ichtioza, nevi, vitiligo, sclerodermia, generalizată ari parțială (a palmilor, a tălpilor), prurigo, fistule sacrococcigiene congenitale etc. Importanță mare au cicatricile cutanate peribucale în formă de striațiuni albe superficiale și depigmentarea în formă de *centură* (descrisă de Fournier), care încinge trunchiul ca un brâu alb la nivelul ombilicului. Uneori depigmentarea este generală pe toată suprafața corpului în formă de pete și dungii mari și mici. Când aceste pete interesează regiunea păroasă a capului,

atunci și părul este decolorat. Limba poate fi crăpată (scrotală); ori acoperită de plăci roșii cu margini albe (glosită exfoliativă), uneori ea prezintă pete albe de leucoplazie.

Semne ale aparatului locomotor: într'un caz observat de Dl. prof. Hațieganu, tata avea un anevrism, un copil al acestuia avea cifoasă, altul torace infundibuliform, al treilea lipsa mușchiului pectoral mare, al patrulea distrofie musculară, observată și de Lannelongue. Queyrat a observat axifoidia, care de multe ori este însoțită de stenoza mitrală. O bolnavă care și astăzi încă se află sub observație la Spitalul de Ortopedie și care mult timp a fost tratată de neurologi pentru sciatică, prezintă o sacralizare bilaterală, iar pe corp, partea părăoasă a capului și pe față, numeroase pete depigmentate de mărimi variabile, netede și albe. Reacția Wassermann în sângele acestei bolnave este negativă. Sacralizarea după Bory ar fi un semn caracteristic. Alte stigmatice pe aparatul locomotor sunt: fracturi spontane și repetate, exostoze, dureri osoase cronice, genu valg, miopatii, artrite deformante și hidartroza dublă a genunchiului Clutton.

Semne neuro-mintale: dureri de cap, ticuri, reflexe diminuate, enureză nocturnă, somnambulism, epilepsie, defecte morale etc.

Semne sanghine: ipoglobulie, ipocromemie, monoleusimetrice.

Semne sanghine: ipoglobulie, ipocromemie, monoleococitoză.

Din ansamblul simptomelor clinice, care pot însoți manifestările oscearticulare sifilitice, despridem unul asupra căruia ținem să insistăm în mod deosebit. Este vorba de febră care după Dl. prof. Hațieganu poate însoți sifilisul în toate perioadele și în toate formele sale clinice.

Febra sifilitică a fost cunoscută mai ales acum 2—3 secole în urmă, când sifilisul evolua ca o boală infecto-contagioasă. Mai pe urmă aspectele clinice pe care le îmbrăca boala s'au modificat întrucâtva și au dat posibilitate unor sifiligrافي să nege caracterul febril al sifilisului fără să ajunge, însă, să impună această părere accepțiunei generale. Nume-

roase observații clinice (Fournier, Hunter, Chiray, Lesné, Langle, Gilbert, Mauclaire etc.), mai ales din anii din urmă au arătat cu prisosință că aleziunile sifilitice foarte des sunt însoțite de febră.

Nu se știe nimic precis asupra patogeniei febrei în sifilis. Unii autori spun că febra s'ar datori rezorbției gomelor sau endotoxinelor rezultate din treponemoliză. După alții ea ar fi rezultatul unei leziuni directe a centrului termo-genetic, a sistemului nervos, ori a ficatului. Dl. prof. Hațieganu a observat că febra survine mai ales atunci, când leziunea interesează ficatul, splina, sistemul nervos, plămânul ori sistemul osteo-articular. În unele cazuri febra se datorește infecțiunilor secundare.

Caracterul febre în sifilis nu este constant. Au fost descrise mai multe forme de febră sifilitică: remitentă, intermitentă, recurentă și ondulantă. Ascensiunile termice sunt foarte variate și uneori ajung până la un frison de câteva ore care se produce de regulă seara ori noaptea. Starea generală a bolnavului nu se înrăutățește în raport cu febra și turburările funcționale lipsesc. Aceasta l-a făcut pe Fabre să spună că febra e mai mult „termometrică“.

În osteo-artritele sifilitice febra are un caracter mai des remitent ori intermitent. După Lesné și Langle febra din artritele sifilitice subacute are un caracter continuu ori subcontinuu cu paroxisme vespérale și nocturne, ajungând până la 38°. Spre deosebire de febra sifilitică esențială, descrisă de Fournier — care nu este însoțită de localizări manifeste, diagnosticabile — această febră nu indică un prognostic grav și cedează la tratamentul antisifilitic.

Intr'un caz observat de noi la Spitalul de Ortopedie, febra a cedat numai la 22 zile de tratament antisifilitic (după 2,40 gr. de neosalvarsan în 7 injecții) și anume în momentul când s'a instituit și un tratament concomitent cu bismiochin. Înainte de căderea febrei, bolnava noastră, după fiecare injecție cu neosalvarsan, făcea în aceeași zi seara o ascensiune termică până la 1 grad diferență fără să prezintă și alte modificări în starea generală. Durerea în articulații a cedat după primele injecții, persistând într'o măsură oarecare numai la

articulația genunchiului drept. Lichidul din această articulație a dispărut până la sfârșitul primei săptămâni de tratament.

Ascensiunea termică după injecție cu neosalvarsan în cazul bolnavei acesteia nu poate fi pus în legătură cu intoleranța față de acest medicament, deoarece am observat că ea se producea numai la început după primele doze care erau mici nu și după cantități mari de neosalvarsan. Dealtfel, bolnava a fost tratată mai mult timp cu acest medicament și n'a observat la ea ulterior nici un semn de intoleranță. Febra în cazul acesta nu poate fi atribuită nici treponemolizei, deoarece atunci ea ar fi trebuit să fie și mai urcată după dozele masive, ceea ce nu s'a întâmplat.

Noi am fi înclinați să presupunem că ascensiunea termică în cazul acesta se datorește unei hiperactivități a spirochețelor din cauza dozelor insuficiente care numai îi iritau fără să-i lezeze serios. În ce anume fel această hiperactivitate a spirochețelor poate influența aparatul termogenetic direct sau indirect, nu putem ști.

Din cele spuse mai sus rezultă că sifilisul osteo-articular poate debuta sub masca unei afecțiuni febrile și că febra nu ne poate împiedica să ne gândim și la el.

### *Diagnostic diferențial*

În sifilisul congenital osteo-articular diagnosticul diferențial se face în cazul când alte semne ale sifilisului lipsesc.

Paralizia obstetricală este evidentă imediat după naștere, pe când sindromul Parrot apare în primele 3 luni și în el găsim tumefierea bulbului și semne de fractură.

Paralizia infantilă începe numai după 6 luni și de multe ori evoluează ca o boală febrilă.

Tuberculoza osteo-articulară prezintă hipertermie locală, tumefierea articulației și semne radiografice caracteristice.

În osteo-mielitele acute este febră și la proces iau parte și tesuturile moi. Mai greu e de făcut un diagnostic diferențial în cazurile cu evoluție cronică în care fenomenele sunt șterse, iar febra lipsește.

Boala lui Möller—Barlow debutează mai târziu decât



sindromul Parrot și diagnosticul diferențial se face radiografic.

În artritele pneumococice este febră, tumefiere și hipertermie locală, iar prin puncție se poate evidenția prezența microbului. După 1—2 puncții aceste artrite cedează complet.

Cu rachitismul diagnosticul diferențial se face radiologic și prin reacția Wassermann, iar clinic prin multiplicitatea leziunilor în rachitism.

În formele artralgice din perioada secundară diagnosticul diferențial se face cu algiile diafizo-epifizare din tuberculoză, reumatism, osteo-malcie, rachitism osteo-mielită, precum și cu cele din leziunile medulare, nervoase și neoplazice. Însă, caracterul nocturn al durerii, lipsa de modificări locale, R. W. precum și tratamentul specific, toate împreună ne vor permite să identificăm natura lor adevărată chiar și atunci, când nu vom cunoaște antecedentele sau când acestea vor fi ignorate ori ascunse.

În formele pseudoreumatismale sub-acute diagnosticul se face cu reumatismul articular acut și cu cel de după boli infecțioase: blenoragie, febră tifoidă, gripă, scarlatină. În hidartrozele din perioada secundară se exclud hidartrozele blenoragice, reumatismale și bacilare.

Diagnosticul osteo-condro-artropatiilor în faza de osteită simplă se face cu osteitele infecțioase: blenoragice, tifice, bacilare, precum și cu osteo-mielitele cronice. Hiperostoza se deosebește de osteo-sarcom prin evoluția rapidă a acestuia și prin transparența sa față de razele X. Afară de aceasta osteo-sarcomul de multe ori este însoțit de febră. Reumatismul cronic deformant debutează pe articulații mici și survine la indivizi mai în vârstă. Diagnosticul diferențial se mai face uneori cu boala lui Paget, cu artrita tetică, cu artrita seacă, cu cea gutoasă, cu corpi streini intraarticulări și cu chistul hidatic epifizar, cu hidartrozele gonococice și bacilare și cu artropatia hemofiliticilor care survine după mici traume. Servindu-ne de schema recomandată de Fouquet, vom putea deosebi pseudo-tumora albă de cea adevărată.

### Schema lui Fouquet:

Tumora albă bacilară                      Pseudo-tumora albă sifilitică.

#### Semne fizice:

Rețea venoasă foarte marcată.	Rețea venoasă puțin marcată.
Tumefiere mare	Tumefiere neînsemnată.
Impăstare fungoasă.	Fluctuație netă.
Fistule multe.	Rar sunt fistule.
Adenopatie frecventă.	Adenopatia e rară.
Contrașțiuni, atitudini vicioase.	Nu sunt.

#### Semne funcționale:

Mișcările sunt dureroase limitate.	Mișcările sunt conservate sau numai jenate de prezența lichidului.
Dureri spontane violente.	Dureri ușoare și mai mult nocturne.

#### Semne generale:

Stare generală foarte proastă.	Stare generală suficient de bună.
Pot fi leziuni pulmonare ori laringiene.	Pot fi leziuni sifilitice terțiar-cutanate ori viscerale.
Temperatura e mai mare decât în mod normal.	Temperatura e normală.
Evoluția e cronică, nu se lasă influențată de tratament antiseptic.	Vindecare rapidă după tratament antisifilitic. R. W. e pozitivă.
Sinoviala este mult atacată.	Sinoviala este mai puțin atacată.

#### Anatomie patologică:

Fongozități.	Nu sunt.
Lichid purulent.	Lichid clar.
Sechestrele sunt frecvente.	Sechestrele sunt rare.
Focare purulente în diafiză.	Focare localizate în epifiză.

Diagnosticul diferențial în sifilisul osteo-articular vertebral mai des se face cu Morbul lui Pott. În sifilis ghibozitatea se întâlnește mai rar și este arcuată, nu ascuțită, unghiulară. Abcese reci nu se formează, rigiditatea se instalează târziu, apo-

fizele spinoase și transverse se palpează îngroșate (Bolos, Brezovschi), durerea nu dispare în repaos ca în tuberculoză și este mai puțin intensă (Schultz). Tratamentul specific sistează repede durerea pe când în tuberculoză nu. În sifilis avem perioade lungi de acalmie, urmate apoi de reactivări uneori furtoase; alteori voluția sifilisului este lentă și aproape nedureroasă. În sifilis durerea are caracter mai mult nocturn. Sifilisul atacă mai des indivizi în vârstă, iar tuberculoza se întâlnește mai frecvent la tineri și copii.

Reumatismul acut și subacut este poliarticular, iar sensibilitatea în el este simetrică, bilaterală față de focar, pe când în sifilis ea este numai de o parte (Petren).

Cu spondilita traumatică Kummel-Verneuil diagnosticul diferențial se face prin proba terapeutică și radiografic. În spondilita traumatică durerea în repaos dispare.

În carcinomul vertebral durerea este permanentă și nu cedează la tratamentul antisifilitic, nici în repaos. Ea se manifestă atât ziua cât și noaptea și se simte și paravertebral. Apăsarea pe apofiza spinoasă ori transportul de greutate mari (apăsare de sus în jos), nu produce durere (Schlesinger).

În lumbago debutul este acut cu dureri mari în mușchi, apăsarea pe apofiză nu este dureroasă.

În osteo-mielită este febră uneori ofarte mare și sunt interesate activ și părțile moi.

Spondilita tifiică se localizează mai frecvent în regiunea lombară și evoluează în 2—3 săptămâni.

În spondilita rizomelică sunt ascensiuni termice și reacții din partea țesutului subcutanat.

Actinomicoza, sporotricoză, blastomicoza și limfogramulomicoza sunt afecțiuni foarte rari și în ele avem simptome și din partea altor organe.

# Observațiuni clinice din Cl. Dermato-Venerică

(Director: Prof. Dr C. Tătaru)

În anii 1920—1936 au fost în clinică internați în total 14,496 de bolnavi, din cari 2,972 cu sifilis, iar din aceștia 48 cu leziuni sifilitice pur osoase și 12 cu leziuni osteoarticulare. Frecvența cea mai mare a acestor leziuni osoase și osteoarticulare a fost în anii 1925—1928. În 2 cazuri de sifilis osteoarticular a fost și Basedov și într'un caz o gușă simplă.

*Obs. 1. B. Nastasia, 21 ani. Artrită sifilitică a cotului stg.* Toate reacțiile de laborator sunt pozitive. Manifestările clinice și radiologice arată un proces sifilitic cu anchiloză și îngroșare periostală. Data infecției nu se cunoaște.

*Obs. 2. P. S. I. 62 ani. Lues latens. Luxația articulației genunchiului stg.* care radiologic prezintă un proces sifilitic distructiv. R. W. intens pozitivă. Data infecției nu se cunoaște. Bolnavul a fost trimis la Spitalul de ortopedie pentru tratament.

*Obs. 4. N. 3. L. Catalina, 54 ani. Artrită specifică a genunchiului stg. Aortita.* E bolnavă dela vârsta de 7 ani. R. W. este intens pozitivă. La Clinica Chirurgicală leziunea a fost luată și tratată drept de o osteomielită, pe bază tuberculoasă. Radiologic s'a constatat un proces sifilitic (Prof. D. Negru).

*Obs. N. 4. Damian I. 9 ani. Artrită a genunchiului drept cu fistulă.* Toate reacțiile de laborator sunt negative. Se vindecă în urma tratamentului antisifilitic.

*Obs. N. 5. C. M. 47 ani. Artrită temporă-maxilară bilaterală.* Data infecției nu se cunoaște. Are 3 copii morți în prima copilărie. Aceuză dureri reumatismale în toate articulațiile mici și cele mari. Unele reflexe sunt exagerate, altele sunt abolite. Examenul radiologic pledează pentru un reumatism. După tratamentul antisifilitic se ameliorează mult.

*Obs. 6. K. R. 39 ani. Artrită sifilitică a genunchiului dr.* Data infecției nu se cunoaște. Radiologic prezintă leziuni cari nu sunt caracteristice nici pentru tuberculoză, nici pentru sifilis. Se face malaroterapie și tratament cu neosalvarsan și bismut. Starea bolnavei se ameliorează.

*Obs. 7. S. G. 9 ani. Artrită sifilitică bilaterală a genunchilor.* Vine dela Cl. Infanțilă cu diagnosticul de sifilis articular. R. W. e pozitivă. După tratamentul antisifilitic se ameliorează foarte mult.

*Obs. 8. E. Veronica, 23 ani. Sifilis secundar recidivant. Condilome late hipertofice și erozive. Scleradenită. Reumatism poliarticular.* 6 frați morți în prima copilărie. R. W. e pozitivă. Tratament antisifilitic și anti-reumatismal. Se trimite la Clinica medicală.

*Obs. 8. M. Floare, 25 ani. Artrită deformantă.* Sunt prinse articulațiile mici. Aceuză dureri nocturne în articulațiile mari și mici. Nasul e în șea. R. W. e negativă. În urma tratamentului antisifilitic și anti-reumatismul, pleacă mult ameliorată.

*Obs. 9. A. S. 38 ani. Artrită coxofemurală și tibio-tarsiană.* E bolnavă de 9 ani. A făcut tratament antisifilitic în mod neregulat. Radiologic este un proces sifilitic distructiv extins. Se trimite la ortopedie.

*Obs. 10. M. Maria, 18 ani. Sifilis ereditar tardiv* cu manifestări osoase, articulare (genunchi, stern, cot) și cu leziuni pe tegumente.

*Obs. 11. S. Valeria, 18 ani. Sifilis ereditar tardiv* cu manifestări multiple articulare, osoase etc.

# Observațiuni clinice din Clinica Medicală

(Director: Prof. I. Hațieganu)

În anii 1919—1936 au fost tratate în Clinică 26 de bolnavi cu leziuni osteoarticulare sifilitice. În acest număr intră și 2 cazuri amintite în teza d-rei Popescu. Celelalte cazuri descrise în teza d-rei Popescu nu le-am putut identifica, lipsind foile de observație și date despre ele în arhiva Clinicei. Din 26 cazuri 7 au fost spondilitici și 1 lumbago.

*Obs. 1.* T. Vasile, 43 ani, *Spondilită sifilitică*. E bolnav de 10 ani. R. W. este intens pozitivă. Vertebra a 4-a dorsală prezintă în partea anterioară un cioc. Pleacă mult ameliorat.

*Obs. 2.* P. Cornel, 29 ani, *Reumatism poliarticular. Spondilită sifilitică*. R. W. este intens pozitivă. E bolnav de 2 ani. În urma tratamentului antisifilitic și antireumatismal se ameliorează mult.

*Obs. 3.* S. Andrei, 62 ani, *Spondilită sifilitică*. Șancru la 22 ani. R. W. este intens pozitivă. Nu prezintă semne radiologice. Debut brusc cu dureri și frison. Coloana vertebrală este rigidă. Se ameliorează în urma tratamentului.

*Obs. 4.* S. Vasile, 26 ani, *Spondilită cervicală specifică*. Debut acut cu febră, înainte cu 6 luni. Rigiditate și dureri. Radiologic nimic. Cefaleo rebelă.

*Obs. 5.* B. Ion, 43 ani, *Spondilită luetică. Sacralizare*. E bolnav de 3 luni. În antecedente Șancru, R. S. W. negativă. Dureri nocturne. Radiologic nu prezintă nimic. Coloana vertebrală e rigidă.

*Obs. 6.* G. Augustin, 35 ani, *Gonită luetică stg. Aortită*. Aspectul radiologic nu este de tuberculoză, dar nici caracteristic pentru sifilis.

*Obs. 7.* P. Elena, 48 ani, *Artrită bilaterală a genunchiului*. Dureri nocturne.

*Obs. 8.* M. Traian, *Artrită talo-crurală dublă*. Nu cedează la tratament antireumatismal. Se lasă influențată de neosalvarsan etc.

*Obs. 9.* F. Ilie, 25 ani, *Artrită sifilitică a genunchilor*. Cu tot tratamentul antisifilitic evoluează spre o artrită deformantă.

*Obs. 10.* S. Vasile, 40 ani, *Lumbago*. R. W. este intens pozitivă. Radiologic nimic.

*Obs. 11.* M. Gavrilă, 48 ani, *Poliartrite sifilitice*. De 1 an dureri nocturne. Toate reacțiile biologice sunt pozitive. Se ameliorează în urma tratamentului.

*Obs. 12.* H. Ileana, 29 ani, *Artrită sifilitică a gen. stg.* O întâlnim ulterior la Spitalul de ortopedie.

*Obs. 13.* O. Fridrich, 50 ani, *Osteoartrita piciorului și flebită luetică*. În antecedente Șancru dur. R. W. este slab-pozitivă.

*Obs. 14.* B. Adam, 28 ani, *Poliartrită specifică. Ulcer duodenal*. Debut cu frison febră și dureri în articulația sterno-claviculară. Dureri nocturne în coloana vertebrală etc.

*Obs. 15.* D. Maria, 40 ani, *Artrite luetice ale genunchilor și alte semne de sifilis*.

*Obs. 16.* P. Ama, 51 ani, Declară că suferă de sifilis. Debut brusc cu dureri în umărul stâng. După neosalvarsan face frisoane și febră. Diagn. *Artrită sifilitică*.

*Obs. 17.* P. Constantin, 27 ani, *Tabes incipient. Sifilis. Reumatism cronic*. Vertebra a 3 cervicală prezintă o exostoza. R. W. în sânge e negativă. Se ameliorează în urma tratamentului specific și antireumatismal.

*Obs. 18.* V. Ștefan, 70 ani, *Spondilită, periostită aortită sifilitică*. Coloana vertebrală este rigidă. O claviculă este dureroasă. R. W. este intens pozitivă.

*Obs. 19.* M. Alexa, 69 ani, *Spondilită rizomelică luetică*. Debut insidios cu dureri în articulațiile scapulo-umerale și în regiunea cervicală. R. W. în sânge este intens pozitivă. Vertebrele lombare III, IV și

V prezintă atrofie calcară. Articulația scapulo-umerală prezintă o umbră cât o alună, care s'ar putea datori unor concrețiuni la nivelul bursei seroase periarticulare. Tratament antisifilitic, antireumatismal, injecții cu lapte. Părăsește serviciul ameliorat.

Obs. 20. B. Dumitru. 61 ani. *Artrită sifilitică a genunchilor*. R. W. este negativă. Temperatură variată.

Obs. 21. B. A. *Artrită sifilitică a genunchiului drept*. R. W. este pozitivă. Radiografie nimic. Tratament antisifilitic cu rezultate bune.

Obs. 22. H. Ludovica. *Artrită sifilitică*. Debut brusc cu frison. R. W. e negativă.

Obs. 23. D. Ana. *Artrite luetice. Eredosifilis*. Debut brusc cu temperatură și stare generală alterată. R. W. e pozitivă.

Celelalte foi de observație lipsesc, iar foile bolnavilor B. E. de 17 și D. I. de 16 ani nu le redăm, deoarece ele au fost descrise în teza d-roi Popescu.

## Observațiuni clinice din serviciul Spitalului de Ortopedie și chirurgie infantilă „Regina Maria” Cluj

(Director: Dr. A. D. Rădulescu)

Din 1920 până în 1937 au fost internați în spital 7160 de bolnavi, din care 968 cu diferite leziuni osteo-articulare, iar din aceștia 22 cu leziuni osteo-articulare sifilitice localizate, 10 cazuri pe un singur genunchi, 10 cazuri pe ambii genunchi, 1 caz pe 1 genunchi și pe alte articulații și o spondilită. În mod ambulator a fost tratată o artrită sifilitică a genunchiului, iar la consultații a fost observată o spondilită și 4 cazuri de osteo-condrită. În numărul 968 de cazuri cu leziuni osteo-articulare nu intră cazurile de reumatism cronic de natură dubioasă. Cu artrite tabetice internați au fost 4.

Obs. 1. T. Maria, 19 ani. *Artrită sifilitică a genunchiului stg.* Mama o sifilitică cu R. W. pozitivă. Bolnava suferă din copilărie. A fost tratată ca pentru tuberculoză. R. W. în sânge e pozitivă, deasemenea în lichidul articular. Durerile au caracter nocturn. Radiologic nu prezintă nimic. În urma tratamentului se ameliorează simțitor.

Obs. 2. B. Dumitru, 19 ani. *Artrită sifilitică bilaterală a genunchiului și genu valg bilateral*. R. W. este intens pozitivă.

Obs. 3. M. Toader, 21 ani. *Artrită sifilitică bilaterală a genunchiului*. R. W. intens pozitivă. Băile cu aer supraîncălzit îi provoacă dureri mari și le refuză. În articulațiile genunchilor lichidul este în cantitate foarte mare, dar nu se mai reface, după puncție. Radiologic se constată eroziuni ale suprafeței articulare a epifizelor femurale. După tratamentul antisifilitic leziunea anatomică se vindecă. Rezultatul funcțional e foarte bun și se menține de 10 ani. În anul acesta a fost chemat pentru un control, dar nu s'a prezentat, răspunzând că nu mai are nici o suferință la genunchi, de când a părăsit spitalul.

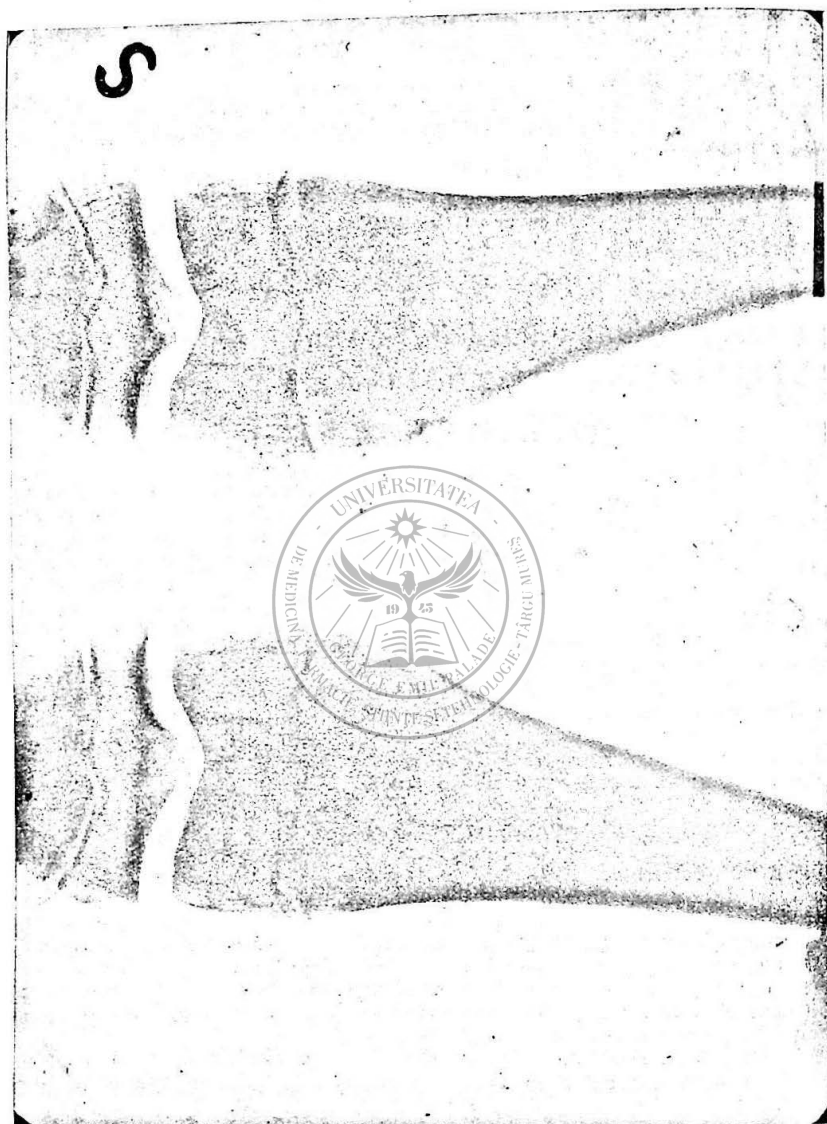
Obs. 4. R. B. 26 ani. *Artrită sifilitică a genunchiului dr.* R. W. pozitivă. Proces distructiv cu reacții periostale. E bolnavă dela starea de 8 ani.

Obs. 5. B. D. 19 ani. *Artrită sifilitică a genunchiului*. R. W. e pozitivă. Ameliorare.

Obs. 6. C. F. 18 ani: *Artrită sifilitică a genunchiului*. R. W. pozitivă. Pleacă acasă să-și facă tratament specific.

Obs. 7. B. A. 16 ani. *Artrită bilaterală a genunchiului*. Semne de eredosifilis.

Obs. 8. S. V. 11 ani. *Artrită bilaterală a genunchiului*. Toate reacțiile de laborator sunt pozitive.



S. V. Hidartroză bilaterală a genunchiului. Înainte de tratament.



S. V. Același caz după tratament.



Obs. 9. B. M. 22 ani. Eredosifilis. Artrită sifilitică a genunchiului E bolnavă din copilărie. Radiologic nu prezintă nimic.

Obs. 10. C. I. de 13 ani. Artrită bilaterală a genunchiului.

Obs. 11. M. I. de 9 ani. Artrită bilaterală a genunchiului. R. W. o pozitivă.

Obs. 12. B. G. de 7 ani. Artrită bilaterală a gen. R. W. o pozitivă.

Obs. 13. A. D. 27 ani. Gomă sifilitică Artrită sifilitică a cotului stg. R. W. o negativă.

Obs. 14. S. Z. 10 ani. Artrită bilaterală a genunchiului. Eredosifilis. Febră variabilă. Hipertermie locală. R. W. este pozitivă.

Obs. 15. D. D. 32 ani. Poliartrite sifilitice. R. W. este pozitivă. Ameliorare.

Obs. 16. A. M. 37 ani. Artrită sifilitică terțiară a genunchiului dr. Debut brusc cu frison, febră și dureri poliarticulare. R. W. este intens pozitivă. Radiologic nu prezintă nimic. Vindecare după tratament specific.

Obs. 17. R. A. 35 ani. Artrită bilaterală. R. W. o pozitivă.

Obs. 18. O. I. 32 ani. Artrită bilaterală a genunchiului

Obs. 19. S. A. Artrită a genunchiului stg. R. W. pozitivă.

Obs. 20. V. A. 45 ani. Artrită sifilitică a genunchiului. R. W. pozitivă. Radiografie nu prezintă nimic.

Obs. 21. C. S. 2 ani. Eredosifilis. Artrită sifilitică a genunchiului.

Obs. 22. H. Hermina. 54 ani. Spondilită sifilitică. E bolnavă de 8 ani. Acum un an a fost tratată la cl. psihiatrică pentru sifilis spinal. Prezintă semne clinice de aortită, pareza membrelor inferioare, cari sunt edemațiate, o escară mare în regiunea sacrată, rigiditatea coloanei vertebrale lombare și împăstare tumorală cu ușoară roșeață în această regiune. Se plânge de visuri terifiante și dureri permanente în spate și membrele inferioare. Radiologic: corpii vertebrelor lombare sunt turțiți; marginile superioare și inferioare se prelungesc ca niște spini. Vertebra a IV-a este alunecată pe a V-a și prinsă de ea printr-o punte osoasă.

S. L. 20 ani din oraș. Debut brusc cu dureri reumatismale poliarticulare. R. W. pozitivă. Eredosifilis. Artrită sifilitică a genunchiului.



# Tratamentul

## *Tratamentul medical*

Prin tratamentul medical în sifilisul osteo-articular se urmărește în primul rând vindecarea anatomică și funcțională a leziunii și numai în mod secundar și sterilizarea completă a organismului la care în organopatii se ajunge mai greu și mai rar.

Pentru interpretarea eficacității tratamentului medical instituit singurul criteriu este evoluția clinică a leziunii, subiectivă și mai puțin reacțiile biologice de laborator, în special reacția Wassermann.

Vindecarea leziunilor osteo-articulare sifilitice se obține printr'un tratament *mult și foarte îndelungat*, deoarece în momentul când aceste manifestări ajung pe mâna medicului de cele mai dese ori ele sunt determinări cronice, deja bine înprimare în intimitatea țesuturilor.

Înainte de a se institui tratamentul necesar, se face întotdeauna un examen general al bolnavului, mai ales un control al funcțiunilor organice, a inimii, a rinichilor și a ficatului. Acest examen este obligatoriu în mod absolut deoarece numai pe baza informațiilor ce le furnizează el se poate institui și conduce în liniște un tratament eficient și rațional. Controlul general al organelor ne va descoperi poate unele turburări și în același timp ne va arăta cum putem restabili cât mai repede echilibrul funcțional necesar pentru începerea tratamentului.

De starea generală a bolnavului, de vârsta lui, precum și de leziune, depinde felul medicamentelor, dozele, intensitatea și durata tratamentului. În sifilisul osteoarticular tratamentul diferă de la individ la individ și de la caz la caz, este, prin urmare, un tratament individual și electiv pe care nu-l putem

decât schișă. Ca reguli generale amintim că în nefropatii se evită mercurul, iar în hepatopatii arsenul și în tot timpul cât se face tratament, bolnavul este supravegheat de aproape.

Odată cu tratamentul antisifilitic mixt în sifilisul osteo-articular se face și un tratament antireumatical, care este tot mixt.

Tratamentul antisifilitic se face: cu arsen, mercur, bismut și iod.

Tratamentul antireumatismul se face cu salicilat de sodiu, sulf și proteină.

*Tratamentul arsenical*, se face cel mai bine cu *neosalvarsan*, numit și 914, care este dioxidiamino-arsenobenzol-methylsulfoxilat de sodiu, conține 20% arsen, se dizolvă repede în cantități mici de apă distilată și când este manipulat bine, dă mai puțin accidente decât salvarsanul.

Tratamentul durează 3—4 ani și se face în serii cu intervale la început mici, numai de 1 lună, apoi de 2—3 și la sfârșit de 6 luni. În perioada terțiară se face un tratament mai puțin intens, dar tot atât de îndelungat.

Din cauza unor stări umorale și organice ale bolnavului, precum și din cauza toxicității preparatului, iar uneori poate și din cauza boalei, putem avea accidente imediate și tardive.

Dintre *accidentele imediate* cele mai frecvente sunt crizele nitritoide. Milian: acestea survin de regulă după injecția a 3-a, chiar în timpul injecției sau peste 2—3 ceasuri. Accidentul se produce uneori brusc: bolnavul simte o necesitate imperioasă de a tuși, având senzația că are ceva în gât, tușește odată, cel mult de 2 ori și foarte scurt, în același timp amețește și lasă capul pe spate. Fața i se înroșește, apoi devine vânătă, cianozată. Tensiunea scade, pulsul devine frecvent. Uneori bolnavul are imediat și un scaun spontan diareic, alteori dureri de cap, vărsături, dureri în abdomen. Mai departe bolnavul își poate pierde conștiința. Temperatura se urcă la 39—40°. Dacă avem la îndemână o seringă în prealabil încărcată cu adrenalina (soluție 1%) și facem imediat o injecție, bolnavul își recapătă conștiința și toate fenomenele treptat cedează. Febra se poate însă menține până a doua zi, când apar sufuziuni întinse, mari pe toată suprafața corpului.

Uneori se produc emoragii intestinale, ori ematemeze. Starea aceasta se combate prin injecții cu adrenalină și calciu dimineța și seara.

In cazurile de insuficiență suprarenală poate surveni moartea spontană printr'un șoc vasodilatator.

Dintre *accidentele tardive* mai frecvent este *febra*, care se prezintă la 2—3 ore după injecție, este însoțită uneori de cefalee, congestia feții vărsături diaree etc. și scade în aceeași zi. Cauza adevărată a ei nu se cunoaște. *Febra intercalară* este după unii din cauza intoleranței față de arsen, ea apare brusc la 2—3 zile după injecție și ține până la 3 zile.

Tot, probabil, toxicității arsenului se datoresc și alte accidente, care survin la 1—3 zile după injecție. Acestea sunt următoarele: inapatența, setea, amețea, nistagmul, vărsăturile, cefalea, cianoza, turburările olfactive, intestinale, și urinare, urticaria, eritemul, aritrodermiile, neuritele, albuminuria, encefalita emoragică. Uneori se declară un icter care poate fi trecător sau grav, când duce la atrofia galbenă a ficatului.

Reacția Jarisch—Herxheimer este o congestie trecătoare la nivelul leziunii: articulația se tumefiază și mai mult și devine mai dureroasă. Reacția apare după prima injecție și ține cel mult 2 zile. La fel se petrec lucrurile și cu alte leziuni sifilitice: șancrul, icter, rozeolă, etc. Această reactivare a proceselor s'ar datori poate nimicirii spirochețiilor, ori unui șoc sau unei reacții chimice dintre țesuturi și arsen (acțiuni vasodilatatoare).

Neosalvarsanul are o influență uneori deosebită asupra sistemului nervos, producând stări comatoase, convulsii, psihoze (sindromul Corsacov), neurorecidive, hepatorecidive.

Accidentele mintale se datoresc unei doze prea mari, alterării preparatului alterat, oxidat, care dă o reacție Herxheimer sau o apoplexie cerebrală. Tratamentul arsenical se mai poate face și cu următoarele preparate: Sulfarsenol (Lehnhoff—Wild), conține 20% arsen, este sarea sodică a eterului sulfuros acid dimonomethyl aminoarsenol-phenol. Se poate da și intramuscular și subcutanat.

Silbersalvarsanul Kolle, este de 3 ori mai puternic decât neosalvarsanul și conține Ag. 3%. Preparate mai puțin răspân-

dite: 102 Luargol Danysz, Arsol, Galyl, Hectin, Arsenobenzol-Billon, Eparseno Dr. Pomaret etc. Myosalvarsanul se dă la sugaci.

Concomitent cu tratamentul neosalvarsanic, administrăm mercur, bismut, ori iod.

*Mercurul* atenuează toxicitatea arsenului, iar acesta mărește toleranța organismului față de mercur, care se elimină încet și poate da intoxicații. Mercurul dă rezultate și în cazurile arsenorezistente și se administrează mai ales la începutul tratamentului pentru prevenirea accidentelor nitritoide. În tratamentul cu mercur se cere o funcție bună a rinichilor, deoarece eliminarea se face pe calea aceasta. Accidentele cu mercur sunt: stomatita, albuminuria, gripa mercurială, (febră, junghiu în emitorace), anemia mercurială, eritemul pielii, gastroenteritele. Preparatele mercuriale:

Săruri solubile: cianura, biodura, Enezol, Intragol, benzoatul de mercur. Mai mult se administrează cianura de mercur, care se dă intravenos în cantitate de 1 cmc. Se fac în total 20—40 injecții într'o serie. Acțiunea e rapidă.

Săruri insolubile: Oleul cenușiu (mercur 40 gr., lanolină 26 gr. oleu de vaselină 100 gr., steril), care se dă în serii de 10 injecții, făcându-se 1 injecție pe săptămână. Se mai administrează salicilatul de mercur, lichidul Van Swieten etc. Unguentum hydrargiri cinerei se dă sub formă de fricțiuni.

*Bismutul*. În timpul din urmă bismutul se întrebuițează mai des decât mercurul. Acțiunea spirilicidică a preparatelor bismutice a fost dovedită de Levaditi și Sazerac. Bismutul este superior mercurului, acțiunea sa fiind aproape egală cu a neosalvarsanului și tot atât de rapidă. Preparatele bismutice se pot administra și singure, mai ales, în cazurile de intoleranță, față de neosalvarsan sau în cele arseno-rezistente. Cu bismut se face și tratament postsalvarsanic, de întreținere. Preparatele bismutice sunt: Jodobismutatul de chinină, Trepolul, Pentabi, Mutanolul, Bismogenolul etc. Cel mai întrebuițat este Bismiochina Pamfil. Acest preparat este un iodobismutat bazic de methyl-cupreină, are o greutate moleculară 1041,8 și conține Bi 31,66%, Iod 44,10% și methyl-cupreină 24,24%. Bismiochina dă uneori stomatită și nefrită. Se admi-

nistrează în serii de 20 injecții intramusculare. În prima serie injecțiile se fac tot a 2-a zi; a doua serie începe la 1 lună și injecțiile se fac câte 2 pe săptămână. Seriile coincid cu cele de neosalvarsan, iar injecțiile cu bismiochină se fac în ajunul celor cu neosalvarsan.

*Iodul:* Se întrebuițează mai des iodura de potasiu care, având acțiune asupra țesuturilor gomoase, este medicamentul pericadei terțiare. Activând sistemul limfatic, ea favorizează acțiunea elementelor celulare în procesul de desagregare a țesuturilor patologice. Asupra spirocheților ea acționează mai puțin, fiind mai mult antisifilizantă și în special rezolutivă. Se poate administra atât concomitent cu alte medicamente, cât și singură. Se dă mai ale înainte de începerea tratamentului cu neosalvarsan, precum și după terminarea acestuia. Administrarea ei este contraindicată în tuberculoză, în nefrita emoragică, nefritele cu retenție și în diateza emoragică. Dă și ea accidente, dar nu grave: cefalee, turburări digestive, coriză, acnee. Se dă în soluție de 5—10%, din care se ia până la 5 linguri pe zi (o lingură conține 1 gram de iodură).

Ținem să menționăm că de câte ori am încercat la Spitalul de Ortopedie să administrăm iodura de potasiu, întotdeauna ne-am isbit de refuzul bolnavilor, care se plângeau de o stare generală proastă și dureri articulare generalizate. În aceste cazuri am înlocuit-o cu tinctura de iod proaspăt pregătită, 10%, din care bolnavul ia în lapte sau cafea, măbind zilnic doza până la 80—100 picături. N'am observat aproape nici odată inconveniente.

În timpul din urmă se observă tendința de a administra în leziunile osteoarticulare sifilitice și bacilare iodul mai mult în stare metalică. Se revine, cu alte cuvinte, la tratamentul propus acum aproape 100 de ani (1846) de Amédée Bonnet, care cel dintâi a întrebuițat în artrite tinctura de iod.

Astfel, Finicov (Paris) în 1926 recomandă în tuberculoza osoasă administrarea iodului metalic sub formă de tinctură de iod, 10%, proaspăt preparată: cu 0,5 cmc. tinctură de iod + 4,5 cmc. oleu sesam, prealabil sterilizat, se face o injecție intramusculară odată în 5 zile. Concentrația de iod se poate mări progresiv. Am întrebuițat acest procedeu atât în tuber-

culoază, cât și în sifilis, întotdeauna fără nici un inconvenient și am observat că durerile se calmează repede și starea generală se îmbunătățește considerabil. Singurul inconvenient ar fi poate acela că bolnavul se îngrașă prea mult și pierde pofta de mâncare. Tratamentul acesta durează luni de zile.

În același timp la București Dl. prof. Marian a propus întrebuințarea iodului metallic în soluție cloroformată, care are următoarea compoziție:

- iod metallic 6 gr.
- guaiacol 10 gr.
- cloroform 60 cmc.
- ol. de amigdale 40 cmc.

Cu această soluție Dl. prof. Marian face injecții intraarticulare în tuberculoza osoasă, în fistule bacilare și abcese reci, precum și în ulceratii și fistule sifilitice. Am întrebuințat și noi acest procedeu în câteva cazuri și am avut rezultate bune.

*Tratamentul antireumatismal* se face mai bine cu salicilat de sodiu administrat numai intravenos. Din soluția următoare:

- Salicilat de sodiu 10 gr.
- glucoză pură 20 gr.
- Apă distilată 100 cmc.
- Steril

dăm 10 cmc. intravenos în fiecare zi dimineața pe nemâncate. Salicilatul de sodiu administrat intravenos este suveran din toate punctele de vedere față de alte preparate antireumatismale, cum sunt: atofanul, atofanilul, naiodinul etc.

*Sulful.* În cazurile rebele am avut succes făcând în același timp un tratament cu sulf. Pentru acest scop ne-am servit de sulfolein Dr. Egger, care este o soluție coloidală oleioasă și conține 2% sulf. Injecțiile se fac intramuscular de 2 ori pe săptămână, la nevoie și mai des și nu sunt dureroase. N'am observat după ele nici un accident. Într'un caz foarte rebel, în care alte medicamente specifice n'au putut calma durerea, sulfoleinul a dat rezultate neașteptate și rapide. Sulfoleinul este un stimulent bun al schimburilor nutritive și un diuretic excelent și prin aceasta ameliorează foarte mult starea generală a bolnavului. După injecție intravenoasă cu salicilat de sodiu, bolnavul transpiră foarte mult. În ziua însă, când se

face injecție și cu sulfolein, transpirația este mult mai puțin abundentă, iar debitul urinei aproape doborât mai mare. Am observat de asemenea o acțiune foarte bună a preparatului asupra tegumentelor: pielea acoperită de coșuri, sbârclită, și de o culoare murdară, cenușie, repede își recapătă elasticitatea, culoarea și se curăță de micile leziuni.

Sulful administrat intramuscular este un desintoxicant, un purificator al organismului de substanțe nocive. Formând cu acestea combinații, sulful grăbește eliminarea lor din organism. Astfel, după Bruck, el face ca mercurul să fie eliminat mai repede. Din cauza acestea se recomandă să fie administrat între seriile de mercur.

În organism sulful se găsește în cantitate mare în cartilagiul articular sub formă de acid sulfo-condroitinic. În stările patologice cantitatea lui scade. Această dipariție a sulfului se observă mai ales în procesele sclerozante de natură sifilitică, când sulful este chemat să împiedice formarea de țesut cicatricial, transformând colagenul într-o substanță solubilă, cola (Maier, Gottlieb).

Sulful acționează și asupra sistemului nervos, în special asupra bulbului pe care îl stimulează și mai ales îl calmează.

Băile sulfuroase exercită asupra pielii un ușor masaj și determină o secreție sudorală și o ușoară ipoestezie. Când sulful este în contact cu pielea bolnavului mai mult timp, el are asupra celulelor și o acțiune cheratolitică.

În sifilisul osteoarticular sulful poate fi întrebuințat și local sub formă de alifie.

Tratamentul sulfuros se recomandă mai ales la ranali și nervoși. Între 2 serii de injecții cu mercur se poate face o serie de injecții cu iod metalic după Finicov și concomitent injecții fie cu sulfolein, fie cu salicilat de sodiu, iar în cazuri nebele și una și alta.

În formele reumatismale ale sifilisului, tratamentul cu salicilat de sodiu și sulfolein se impune, deoarece el stimulează acțiunea antisifilitică a medicamentelor specifice.

În aceste forme se face și *proteinoterapie* cu lapte de vacă degreșat și sterilizat, în injecții intramusculare cu 5—10 cmc. la intervale de 3—4 zile. La câteva ore după injecție bolnavul



are celulele, ametele, gireață, etc. și în același timp începe un frison. Proteinele stimulează procesul de formare a anticorpilor și, având totodată și o acțiune specifică indirectă, printr'un șoc coloidoclastic favorizează acțiunea elementelor celulare.

### *Tratamentul ortopedic și chirurgical.*

Extremitatea atinsă de pseudo-paralizia Parrot se imobilizează într'un aparat de carton ori de celuloid, iar ulterior, când fenomenele acute se liniștesc, se face electroterapie, masaj manual și mișcări.

În hidartrozele cu lichid în cantitate mare altădată se exercita asupra articulației bolnave o compresiune cu ajutorul bandelețelor lui Vigo. Aceasta astăzi nu se mai practică. Puncția evacuatoare dă rezultate excelente. Articulația bolnavă nu se imobilizează, șederea în pat e suficientă. Căldura aplicată local sub orice formă (diatermie, băi cu aer supraîncălzit, etc.) uneori provoacă durere și bolnavii refuză acest tratament.

În formele cu tendință la anchilozare se recomandă după o baie cu aer supraîncălzit, când aceasta este tolerată un masaj ușor manual, urmat de mișcări activo-pasive la aparatele Zander și tot a 3-a zi o baie generală cu apă caldă.

În formele artralgice rebele, cari nu cedează la tratamentul antisifilitic uneori e necesar să se intervină chirurgical, făcându-se o trepanație extra-articulară (Julien), sau intraarticulară (Mauclaire), o artrotomie (Albertin, Jestrebov), ori o rezecție (Mauclaire, Tilmann, Schüller). Middeldropt a făcut cu succes 4 rezecții de cot: 2 în sifilis câștigat și 2 în sifilis congenital. În hidartrozele cronice Delitala face sinovectomie, îndepărtând toate părțile lezate ale cartilajului și sinovialei. Plaga operatorie se vindecă per primam și la câteva zile după aceasta articulația se mobilizează prin mișcări active și eventual pasive, ajungându-se la un rezultat funcțional bun, întocmai ca în tratamentul chirurgical din artritele blenoragice.

În manifestările vertebrale dureroase cu tendință la deviații anormale se face extensie, eventual contra-extensie, cari pe de-o parte descarcă coloana vertebrală și prin aceasta cal-

mează durerile, pe de altă parte împiedică deformările. In formele mai puțin dureroase se face mecanoterapie după necesitățile fiecărui caz în parte: respirație pasivă la aparatul Zander, ori activă cu spiroscoful Pescher pentru redresarea toracelui și întărirea mușchilor. Combaterea deviațiilor se mai poate face până la un punct și prin gimnastică activă pentru anumite grupuri de mușchi, iar în repaos prin atitudini în ipercorție.

A. Popescu—Severin într'un caz de pseudo-coxagie sifilitică, precum și într'un caz dez coxa-plana-bilaterală sifilitică, observat în clinica D-lui Prof. Bălăcescu, a făcut extinsie continuă pentru corijarea atitudinilor vicioase.



## CONCLUZIUNI

1. Osteo-artropatiile sifilitice nu sunt atât de rar, cum se crede de regulă.

2. Hidartroza bilaterală a genunchiului este caracteristică pentru sifilis.

3. În osteo-artropatiile sifilitice adesea ori constatăm temperatură cu caracter remitent și intermitent. Febră prin urmare nu exclude etiologia sifilitică a leziunilor.

4. Reacția Wassermann nu este întotdeauna un criteriu sigur pe baza căruia s'ar putea afirma ori exclude originea sifilitică a osteo-artropatiilor.

5. Reacția Wassermann când este pozitivă numai în lichidul articular nu are valoare.

6. În cazurile dubioase se orientează după evoluția clinică a boalei și după rezultatele tratamentului de probă, care e necesar să se facă timp de cel puțin 2 săptămâni.

7. În formele reumatismale ale sifilisului osteo-articular se recomandă să se facă odată cu tratamentul antisifilitic și un tratament antireumatismal, precum și proteino-terapie.

8. Tratamentul chirurgical se recomandă în hidartrozele cronice rebele (sinovectomie) și în unele forme dureroase cu distrucție osoasă (rezeecție, sechestrectomie).

9. Prognosticul depinde de momentul când se instituie tratamentul. Dacă leziunea este la începutul evoluției sale și se face imediat tratamentul necesar, prognosticul e bun.

Cluj, la 15 Iunie 1930.

Văzut și aprobat:

Decan:

Prof. Dr. D. MICHAIL.

Președintele tezei:

Prof. Dr. C. TĂTARU.

## BIBLIOGRAFIE

- P. Mauclaire*: Nouveau traité de chirurgie, vol. V. Ed. Baillière. Paris, 1908.
- Carlo Carli*: Poliartrite cronica infantile e lue. (La chirurgia degli organi di movimento, fasc. I. 1932.)
- Pietro Lenti*: Artriti croniche luetiche. (La chir. degli org. di mov. Dec. 1924.)
- R. Jones și F. W. Lovett*: Orthopedie Surgery, pag. 290.
- A. Broca*: Chirurgie Infantile, vol. II. pag. 580.
- M. Breton*: Lésions articulaires et osseuses observées chez un syphilitique. (Rev. d'Orthopédie, No. 6. 1934.)
- L. C. Quéry*: La syphilis (Microbiologie. Sérothérapie. Obs. méed.) Ed. A. Maloine et Fils. Paris, 1919.
- E. Rochard și W. M. Stern*: Diagnostic chirurgical. Ed. G. Dion. Paris, 1921.
- St. Nicolau*: Considerațiuni critice referitoare la tratamentul sifilisului. (Mișcarea Medicală Română an IX. No. 1—2. 1936.)
- Stăte Drăganescu și D. Grigorescu*: Lichidul cefalo-rachidian. Ed. Tiparnița. Buc. 1932.
- T. Schulz*: Concepția actuală în tratamentul antisifilitic. (Sibia! Medical, No. 3—4. 1935.)
- Rostaine*: Traité de pathologie Médicale et de thérapeutique appliquée. Ed. A. Maloine et Fils. Paris, 1925.
- Al. D. Rădulescu*: Sifilisul congenital oste-articular (Revista de Ortopedie și Chirurgie Infantilă, An. 1930. pag. 50.)
- I. Hațieganu*: Sifilisul visceral medical. Cluj. 1926. Institut de arte grafice „Viața”.
- N. A. Sinachevici*: Despro sifilisul coloanei vertebrale. (Vestnic hirurgihii i pogramicnih oblasti. T. XVIII. 1929. pag. 137.)
- E. Sorrel*: Osteito sifilitice. (In Traité de Chir. et d'Orthop. Ombrédanno et Mathieu. Paris, 1937. pag. 240.)
- Pouzet*: Osteito chistico esențiale de origină sifilitică. (Lyon chirurgical, No. 3. pag. 558. 1924.)
- L. Sorrel și A. Richard*: Kysto du péroné et syphilis osseuse. (Bul. et Mém. Soc. de chir. No. 30, p. 846. 1934.)
- Laroyenne și Jarricot*: Pseudotumeur blanche syphilitique du genou. (Presse Méd. No. 63. 1936. p. 1257.)
- M. A. Sezary*: Les formes atypiques et la forme granuleuse du tréponémus pâle. (Presse Méd. No. 95. 1930. p. 1614.)
- Morini*: Syphilis tertiaire de l'articulation de la hanche consécutive à une fracture traumatique du col anatomique. (La radiolog. Medica. Sept.—Oct. 1920.)
- Satta*: Les arthropathies déformantes hérédo-syphilitiques. (Archivio di Ortopedia. Fasc. III. 1922.)
- M. Anghelovici și Gh. Dumitrrescu*: Un caz de pseudo-reumatism sifilitic în perioada secundară. (Spitalul, 1928. pag. 135.)
- E. Jeanseime et Serary*: Précis de syphiligraphie.
- E. Jeanseime*: Traité de la syphilis. Ed. Doin, 1931.
- H. Drouin*: La syphilis et le praticien. Ed. Vigot Frères. Paris. 1923.
- G. Guttman*: Die syphilis. H. Meusser verlag. Berlin, 1920.

- Nagy Josif*: Epidemiologia sifilisului în ultimii 10 ani. (1925—1934.)  
 Teză 1935. Tip. Minerva.
- C. Urechea și S. Mihăilescu*: Tratat de patologie neuro-mintală.  
*A. Fournier*: Traitement de la syphilis. Paris, 1896.  
*C. Tătaru*: Solu-Salvarsan în terapeuica antisifilitică. (Clujul Med. No. 1. 1935.)  
*D. Negru*: Radiodiagnosticul sifilisului osteo-articular. (Clujul Medical, No. 8. 1927.)  
*C. Tătaru*: Starea actuală a patologiei și terapiei sifilisului. (Clujul Med. No. 10. 1921.)  
*C. Tătaru*: Importanța examenului lichidului cefalo-rachidian. (Clujul Med. No. 1—2. 1922.)  
*C. Tătaru*: Le traitement abortif de la syphilis. (Anal. de Derm. et de Syphil. 1923.)  
*N. Lengeh*: Rolul traumatismului în patogenia sifilisului. (Clujul Med. 1923.)  
*V. Cimoca*: Noțiuni elementare de venerologie. Cluj, 1925. Tip. Lepage.  
*H. Martenstein*: Le traitement de la syphilis. (Bul. trimestrial de l'org. d'Hyg. vol. IV. 1935.)  
*A. Brătescu*: Spirocidul în trat. sifilisului cong.  
*I. Marian*: L'iod dans la syphilis osseuse. (Rev. Șt. Med. No. 4, 1934.)  
*Cno și Ishida*: Syphilis experimentale et traumatisme. (Lues t. 12. No. 3. 1935. pag. 15.)  
*I. Hațieganu*: Două cazuri de artrită eredo-sifilitică cu torace infundibuliform. (Cl. Med. 1925. p. 250.)  
*V. Bologa*: Balneoterapia sifilisului. (Cl. Med. 1928. p. 291.)  
*T. Spârchez*: Citologia lichid-articular. (Cl. Med. 1928. p. 153.)  
*Blum și Fatou*: Les déterminations articulaires de l'hérédo-syphilis tardivo. (Gaz. des Hopitaux, 1925.)  
*M. Springer*: Le diagnostic de la syphilis héréditaire par la radiographie des cartilages de conjugaison. (Presse Med. No. 73, 1926. p. 1159.)  
*A. Mouchet*: Ostéite syphilitique des nouveau-nés. (Presse Med. No. 50. 1928.)  
*Bonnet și Garcion*: Ostéo-arthrites syphilitiques subaiguës multiples. (Presse Méd. No. 30, 1927. p. 473.)  
*Gravier și Delore*: Arthrite syphilitique du coude. (P. Med. No. 14, 1926.)  
*Milian și Lotte*: Syphilis traumatique. (P. Med. No. 28. 1926.)  
*Bonnet*: Syphilis osseuse récidivante. (P. Med. No. 16. 1926.)  
*M. Pehu și A. Policard*: Les bases histologiques des images rad. offertes par les os longs dans la syphilis congénitale de la première enfance. (Journ. de Rad. et Electrol. 1929, p. 74.)  
*Roger, Widal, Tessier*: Nouveau traité de méd. Ed. Masson, 1924. fasc. XXII.  
*Margareta Popescu*: Sifilisul articular. Teză, 1925. Cluj.