

UNIVERSITATEA »REGELE FERDINAND I.« DIN CLUJ  
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Nr. 1310

**SIFILIS MALIGN PRECOCE**  
**SIFILIS GRAV**



**T E Z Ă**

PENTRU DOCTORAT  
IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ  
IN ZIUA DE 28 June 1938.

DE

**BRÓSZ LADISLAU**  
FOST EXTERN AL CLINCILOR

Nr.

# SIFILIS MALIGN PRECOCE SIFILIS GRAV

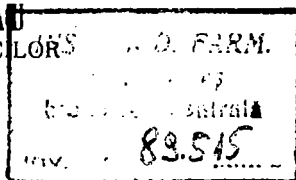


24 MAY 2005

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

DE

**BRÔSZ LADISLAV**  
FOST EXTERN AL CLINICII



UNIVERSITATEA »REGELE FERDINAND I.« DIN CLUJ.  
FACULTATEA DE MEDICINĂ.

Decan: Dl. Prof. Dr. STURZA M.

**PROFESORI:**

Clinica stomatologică . . . . .	Dl. Prof. Dr.	Aleman I.
Fizica medicală . . . . .	Conf. „	Bărbulescu N.
Bacteriologie . . . . .	Prof. „	Baroni V.
Fiziologia umană . . . . .	„ „	Benetato Gr.
Istoria medicinei . . . . .	„ „	Bologa V.
Patologie generală și experimentală . . . . .	„ „	Botez A. M.
Clinica oto-rino-laringologică . . . . .	„ „	Buzoianu Gh.
Istologia și embrilogia umană . . . . .	„ „	Dragoiu I.
Semilogie medicală . . . . .	„ „	Goia I.
Clinica ginecologică și obstetricală . . . . .	„ „	Grigoriu Cr.
Clinica medicală . . . . .	„ „	Hațieganu I.
Medicina legală . . . . .	„ „	Kernbach M.
Chimie biologică . . . . .	„ „	Manta I.
Clinica oftalmologică . . . . .	„ „	Michail D.
Clinica neurologică . . . . .	„ „	Minea I.
Igiena și igiena socială . . . . .	„ „	Moldovan I.
Radiologie medicală . . . . .	„ „	Negru D.
Anatomia descriptivă și topografică . . . . .	„ „	Papilian V.
Clinica chirurgicală . . . . .	„ „	Pop Al.
Medicina operatorie . . . . .	„ „	Popoviciu Gh.
Clinica infantilă . . . . .	„ „	Popoviciu Gh.
Farmacologie și farmacognozie . . . . .	Supl. „	Racoviță E.
Biologie generală . . . . .	Prof. „	Secăreanu St.
Chimia . . . . .	„ „	Sturza M.
Balneologie . . . . .	„ „	Tătaru C.
Clinica dermato-venerică . . . . .	„ „	Țeposu E.
Clinica urologică . . . . .	„ „	Urechia C.
Clinica psihiatrică . . . . .	„ „	Vasiliiu T.
Anatomia patologică . . . . .	„ „	

**JURIUL DE PROMOȚIUNE:**

PREȘEDINTE: Dl. Prof. Dr. TĂTARU C.

MEMBRII: }  
 Dl. Prof. Dr. BOLOGA V.  
 „ „ „ BENETATO G.  
 „ „ „ VASILIU T.  
 „ „ „ PAPILIAN V.

Supleant D-l. Doc. Dr. GAVRILĂ

## Introducere

*Sifilisul malign precoc este o formă rară a sifilisului, caracterizat prin manifestațiunile perioadei secundare, deosebite de cele ale sifilisului obișnuit. În Clinica Dermato Venerică din Cluj, dela 1920 până în prezent, au fost internate numai 15 cazuri de sifilis malign precoc, deci este o afecțiune foarte rară. Sifilisul grav este un sifilis secundar de o intensitate eruptivă specială cu toate manifestațiunile secundare caracteristice. Este deasemenea foarte rar; dela 1920 am putut găsi numai 7 cazuri între bolnavii internați.*

*Am intenția în această lucrare modestă, să fac un studiu scurt, dar cât e posibil, complet al afecțiunilor susmenționate. Literatura este bogată în ceea ce privește aceste forme, însă părerea diferiților autori prezintă multe puncte discordante și acest fapt mi-a cauzat dificultăți considerabile. Afară de literatura medicală am întrebuințat, ca surse și foile de observație ale cazurilor Clinicei Dermato-Venerice din Cluj, în redactarea acestei lucrări. Avusem intenția să comunic, pe scurt, toate observațiunile clinicii în privința acestor afecțiuni, însă din nefericire câteva foi lipsesc din arhivă. În schimb am avut ocazia să observ personal un caz de sifilis grav (Obs. 17).*

*Înainte de a încheia acest capitol, îi mulțumesc Domnului Profesor Tătaru pentru subiectul meu interesant.*



## *Sifilis malign precoce.*

Definiție: Sifilisul malign precoce este o varietate a sifilisului în care, în perioada secundară, se prezintă dela început, în locul rozeolei o erupție ulceroasă, generalizată, asociată de fenomene generale grave; afecțiunea este rezistentă la tratament mercurial, spirocheții sunt rari în leziuni și greu de puși în evidență, R. W. devine pozitivă tardiv (3 luni după șancru, Queyrat).

ISTORIC. Se știe din lucrările vechilor autori că forma obișnuită a sifilisului era cea maglină, deci se înțelege că nu s'a descris ca o formă clinică deosebită. Astruc vorbește despre „lues gravior et gravissima“ însă fără să precizeze chestiunea conform concepției actuale. Bazin în fine, a fost primul, care a precizat, în lecțiile sale ținute în 1858 forma sifilisului malign precoce, menționând formele pustulo veziculoase și gangrenoase. E'veul său, Dubuc adăugă încă la acest grup, în teza lui de inaugurare și formele tuberculoase. Autorii după ei au acceptat concepția lor cu modificării neînsemnate. Fournier pune în cadrul sifilisului malign și formele secundare neucerate, remarcabile prin intensitatea erupției, irită, cefalee, periostită, febră, astfel descrie în acest loc sifilidele papulo tuberculoase, cele papuloase exfoliatrice și cele nigricante.

ETIOLOGIE. În cece privește etiologia sifilisu'ui malign precoce părerile sunt variate, nu este o concepție uniform acceptată. E interesant de mențut că în 1908 Queyrat, neputând evidenția treponemi nici în materialul obținut din ulceratiji, nici în piesele impregnate cu argint, a pus întrebarea dacă sifilisul malign precoce este cauzat de treponema. Astăzi aceasta chestiune nu se mai discută, este într'adevăr menționat de toți autori dificultatea cu care se pot evidenția treponemi. Milian constată deasemenea imposibilitatea de a găsi treponemi în piesele de biopsie impregnate cu argint,

însă îi evidențiază din serozitatea papulelor încă neulcerate. În cazul ulcerărilor se preferă recoltarea materialului de examinat din periferia leziunii și nu din masa necrotică, din centru unde treponemii se distrug repede, însă chiar cu această precauțiune rezultatul este de obicei negativ. Buschke inoculând la maimuțe niște fragmente recoltate din leziuni în care nu găsisse treponemi, a obținut un șancru tipic. Tomaszewski făcând de mai multe ori aceeași experiență, la maccac, a putut să evidențeze treponemi din șancrul astfel obținut.

În general toate părerile referitoare la etiologia acestei forme atipice a sifilisului, se pot rezuma în două puncte: unii caută explicație în particularitatea agentului patogen, iar alții în terenul de dezvoltare mai sensibil ca cel obișnuit.

În privința agentului patogen, unii cred că ar fi vorba despre o varietate de spirocheți, caracterizată printr-o putere distructivă mai mare, printr-o virulență „protolitică” ce se manifestă în toate stadiile bolii și printr-un dermatotropism exagerat. În special Balzer susține specificitatea virusului. Spre a sprijini aceasta teorie se citează observațiuni de infecții din surse identice, însă sunt observațiuni și în sens contrar, acelaș virus dând la un individ forme magline și la un alt individ manifestățiuni obișnuite. Tot în favoarea acestei teorii s'a invocat că sifilisul endemic în Bosnia și Asia mică dă deseori forme maligne și numai excepțional forme ușoare, Dühring explică acest fapt prin infecția tuberculoasă concomitentă, care deasemenea e endemică în aceste regiuni, prin lipsa completă a tratamentului și prin condițiunile de viață. Astfel dacă indivizii din țările civilizate se infectează din sursele endemice respective, ei fac de obicei o formă morbidă obișnuită din țara lor de origină. Iar dacă locuitorii din țările endemice își schimbă condițiunile de viață, ajungând în orașe și în special dacă au ocupațiuni intelectuale, ei pot face foarte des sifilis nervos.

Morfologic Milian n'a constatat nici o diferență între treponemi obișnuți și cei din sifilis malign precoce, unde descrie niște forme lungi și scurte de treponemi. În fine, inoculările experimentale cu materialul de sifilis malign precoce, au dat o îmbolnăvire cu evoluție normală, iată o altă dovadă contra specificității virusului.

Alți autori cred că stăm în fața unei asociațiuni microbiene, astfel după Tarnowsky sifilidele pustuloase și ulceroase apar în urma șancriilor mixte, deci concomitent cu treponemi pătrund și agenți piogeni în căile limfatice și sanguine. Aceasta teorie, în general, nu e acceptată, cercetările

bacteriologice și histologice făcute asupra leziunilor neulcerate ne dovedesc lipsa agenților piogeni, deci astăzi se admite numai suprainfecțiunea leziunilor ulcerate.

După cele expuse mai sus, trebuie să căutăm cauza malignității în particularitatea terenului de evoluție. Pennati și Eisniss cred că lipsa adenopatiei regionale ar fi vinovată, căci virusul ajunge astfel mai ușor în sânge, fără rezistența barierei limfatice, însă lipsa adenopatiei este numai un simptom accidental, nu prea frecvent pentru a putea servi ca un element etiologic, pe de altă parte sunt menționate în literatură cazuri cu infecții sanguine directe fără să fi fost urmate de un sifilis malign.

Lacapere și Decrop în Fez au studiat chestiunea patogeniei și au ajuns la un paralelism între malarie și sifilis malign, malarie prin afectarea supraranelor ar produce o hipotensiune arterială, aceasta din urmă ar predispuce pentru forma malignă. Ei constată că la indigenii la cari forma malignă relativ e frecventă, tensiunea arterială este mai scăzută, ca la europeni, mai ales la cei bolnavi de malarie. În regiunile muntoase lipsite de malarie sifilisul malign este rar. Alte cauze ce produc hipotensiune deasemenea ar putea servi ca factori predispozanți.

Unii (Neisser, Lesser, Lee, Finger etc.) cred că sifilisul malign s'ar găsi, în special, la indivizi ai căror ascendenți nu suferiseră de sifilis, deci presupun o imunitate relativă ereditară. Însă în cazul sifilisului nu se poate constata o imunitate transmisibilă, nici chiar imediat după naștere, cu atât mai puțin una tardivă, din contră se observă și la indivizi cu părinți sifilitici, mai ales la sifilisul endemic, sifilisul malign; chiar indivizii cari au suferit de sifilis pot să facă o reinfecție sub forma malignă.

În general, este acceptat, de toți autori moderni, rolul circumstanțelor debilitante ale puterii de rezistență: tuberculoză, alcoolism, scorbut, guta, limfatism, scrofuloză, arterioscleroză, cachexie, graviditate, alăptare, vârsta înaintată și bolile consumptive. Lesser contestă aceasta concepțiune, spunând că sifilisul malign se găsește mai frecvent la indivizi tineri, decât la cei bătrâni, și acești indivizi la începutul bolii nu sunt debilitați sau sunt chiar robuști. Însă la indivizi tineri formele sifilitice inițiale sunt, în general, mai frecvente, ca la cei înaintați în vârstă, dar la cei din urmă, sifilisul va evolua mai grav. Deasemenea trebuie menționat ca unii indivizi sănătoși în aparență sau chiar robuști, pot să aibă o putere de rezistență scăzută, datorită unor cauze ascunse. În fine trebuie recunoscut, că în cazuri rare, nu se



poate evidenția nici o cauză debilitantă, în aceste cazuri este, probabil o dispoziție individuală sau familiară specială, o „idiosincrazie“ față de sifilis.

Pentru precizarea patogeniei, se acceptă în general că avem de a face cu o reacțiune anormală a organismului față de agentul patogen, datorită fie unei cauze câștigate (debilitantă), fie unei cauze endogene, constituționale. Adică se caută, explicația fenomenelor clinice pe baza imunității și a anticorpurilor, comparând sifilisul malign cu stadiul terțiar al sifilisului. Se presupune că în perioada terțiară imunitatea generală este slăbită, în schimb, țesuturile au o hipersensibilitate față de virusul sifilitic, ce se manifestă prin accentuarea apărării reactive. Astfel reacțiunile inflamatorii rapide și ulceratiile distructive se explică printr'o reacție de apărare chiar mai intensă decât cea ce ar fi utilă pentru organism. Ca dovadă servește experiența următoare: dacă în stadiul terțiar se inoculează în piele un material sifilitic virulent, rezultatul va fi pozitiv, dacă se face acelaș lucru în stadiul secundar, rezultatul va fi negativ, din cauza imunității generale prezente, rezultatul experienței de obicei este pozitiv și în cazul sifilisului malign precoce. Un alt caracter asemănător între sifilisului terțiar și cel malign precoce este prezența în număr redus a treponemilor în leziuni, iar caracterul distructiv al acestora se datorește hipersensibilității tisulare, care răspunde cu o reacțiune intensă chiar la o cantitate mică de patogeni. Reacția Wassermann, contrar sifilisului secundar, deseori e negativă în stadiul terțiar cât și în sifilisul malign precoce (retardată după Queyrat) cea ce ar fi tot o dovadă în favoarea scăderii a imunității generale, în schimb reacția alergică este în ambele cazuri pozitivă. La un om normal în perioada primară, apar anticorpi în organism, cantitatea lor se ridică progresiv și în stadiul secundar e așa de mare, încât o inoculare nouă nu mai e posibil de făcut, sau dacă reușește totuș, nu dă o leziune primară. În urma unor cauze debilitante, organismul nu mai având puterea necesară pentru formarea acestor anticorpi în cantitatea suficientă, suprainfecția va fi posibilă, iar leziunile vor prezenta o tendință evidentă spre progresiune și recidivare. Febra se datorește probabil, rezorbției produselor toxice dela nivelul leziunilor. O terapie roborantă poate să transforme o sero-reacție negativă într'una pozitivă, ceace este un semn favorabil, căci puterea organismului de a forma anticorpi, e recâștigată și viceversa, negativarea unei sero-reacțiuni, dacă este rapidă, cu o stare generală gravă, indică un pronostic nefavorabil. Hecht spune că comportarea sero reacției în si-

filisul malign, se datorește imposibilității de reacțiune a unui organism slabit.

Cutireacția, în sifilisul malign precoce, nu este încă destul de mult cercetată. După observațiile lui Jadassohn, reacția cu luetina a lui Noguchi este pozitivă, în majoritatea cazurilor. Müller și Stein fac cutireacția cu un extract de ganglioni luetici, cu rezultate pozitive, în cazul sifilisului malign precoce. Sunt menționate și cazuri excepționale (Hecht, Gadrat), când atât seroreacția cât și cuti-reacția sunt negative aceste au un prognostic grav, fiindcă pe lângă scăderea puterii de reacțiune generală și cea locală e slăbită.

O altă dovadă, în privința puterii de reacțiune, ne dau cercetările lui Hecht, el găsește albumina sanguină mai scăzută, în plasmă și în ser, în caz de sifilis malign precoce decât în sifilisul obișnuit, și este un fapt de mult cunoscut paralelizmul între cantitatea albuminei sanguine și între reacțiunea de apărare a organismului.

Deci trebuie să admitem pe lângă scăderea puterii de reacțiune și de apărare, a unui organism debilitat, care se manifestă prin formarea insuficientă a anticorpurilor și o hipersenzibilitate a țesuturilor: o alergie, care în formele obișnuite apare tardiv, numai în stadiul terțiar. Concepția aceasta, este acceptată în general, de toți autori moderni. Rămâne de precizat însă chestiunea, că prin ce se produc în corp reacțiunile alergice. Unii autori făcând comparații cu reacțiunile alergice din alte boli (tbc., trichofitje), contrar teoriei precedente, cred că reacția alergică ar fi legată de o producție mărită de anticorpi. Matzenauer explică chestiunea spunând că n'avem încă o concepție clară despre producția anticorpilor de antigeni, astfel avem un anticorp contra agentului patogen (ex. la ho'eră), un anticorp față de toxină (ex. antitoxina difterică), un anticorp față de o albumină (alergie, tbc.), iar la sifilis contra unui albumino-lipoid. Deci am avea un anticorp contra toxinei sifilitice care dă o imunitate ondulantă și un anticorp contra unei albumino-lipoid care cauzează reacția alergică, formarea acestor anticorpi nu merge paralel. Nu e permis, în consecință, a explica alerggia printr'o producție mărită a anticorpurilor în general, căci s'ar putea ajunge la concluzia greșită că e accentuată și formarea corpurilor imune, pe când în realitate formarea acestora este scăzută și sunt în cantitate mărită numai anticorpi față de albumino-lipoid.

**ANATOMIE PATOLOGICĂ.** Matzenauer descrie istologia lezuinilor din sifilis malign, așa că aceasta nu prezintă nimic specific, deosebit de lezuinile formelor obișnuite.

Din contra Milian constată multe caractere speciale, după acest autor este un proces distructiv extraordinar de intens, diferit de mani festajunile sifilisului ordinar. Astfel în ceea ce privește infiltratul este caracteristic lipsa plasmocitelor, prezența unei reacțiuni de celule conjunctive și o reacțiune predominantă a unor celule speciale cu nucleu alungit (în formă de filament), designate de Milian sub numele de „teinocite“. De leziunile sifilitice secundare se deosebesc prin prezența nodulilor gomiforme, epitelii cutanat suferă o subțiere și o ridicare buloasă, contrar leziunilor secundare unde este o îngroșare epidermică. Din partea țesutului conjunctiv este particulară lipsa sclerozei chiar invers o des construcție intensă și tendință la atrofi, în privința vaselor, Milian consideră caracteristic lipsa endarteritei, vasele sanguine și cele limfatice sunt dilatate, țesutul elastic prezintă o distrucție fragmentară. Gadrat nu găsește „teinocitele“ lui Milian în leziunile sifilisului malign precoce și contrar acestui autor, semnaleză prezența endarteritei.

În puroi, și în cruste se găsesc diferiți coci în cantitate mică însă trepnemi nici odată, explicat de unii autori prin distrucția rapidă și concurența agenților banali. Jadassohn observă că treponemii sunt rari și în leziuni reulcerate, nu poate fi vorba de o concurență microbiană, chiar și în cele incipiente unde încă nici necroza nu s'a început, consideră că avem de a face cu o reacție idiosincrazică, prin care un număr redus de spirochete este capabil să provoace o distrucție intensă. După acest autor spirocheteii cu atât mai greu se găsesc în leziuni, cu cât e mai bine exprimată simptomatologia sifilisului malign precoce în formele mai ușoare sunt mai ușor evidențiabile.

**SIMPTOMATOLOGIE.** După Milian, în cazul sifilisului malign precoce, de obicei sifilomul primar ia o formă anormală (90%), caracteristică pentru malignitate, cu ulcerajie, fagedenism sau, mai rar o formă gigantă papulo ulceroasă. Supurație în caz de șancru ulceros, se poate constata des și chiar ganglionii regionali pot fi prinși de un proces inflamator acut. Tarnowsky socotește ca ceva caracteristic, pentru sifilis malign, șancrul distructiv, gangrenos, cauzat de o infecție mixtă, Levin însă observă aceasta formă după scleroze ușoare, superficia'e. Ma'zenauer crede că forma șancrului depinde de terenul de evoluție, astfel la potatori cari neglijează igiena locală supra infecția, supurația și gangrena se întâlnesc des, la tuberculoși sifilomul primar e mai mică, uneori chiar inobservabilă, la cachectici adenopatia regională e puțin exprimată sau chiar lipsi-

tă, în urma lipsei puterii de reacție. După acest autor, din leziunea primară nu putem prevedea o formă malignă.

În stadiul precedent al erupției, uneori nu se constată nici un simptom general, de obicei sunt însă fenomene prodromale grave, timp de câteva zile sau chiar săptămâni întregi: dureri de cap, dureri de extremități îngroșări periostale, inflamații articulare, febră înapetență, insomnie, indispoziție, anemie, mai rar dureri musculare și nervoase. La sifilisul obișnuit simptomele prodromale dispar sau se ameliorează după erupție, la cel malign persistă de obicei. Uneori înaintea exantemului recidivant, ce urmează după primul exantem, mai rar înaintea celorlalte recidive, apar din nou simptome prodromale asemănătoare sau o exacerbare ale simptomelor prezente.

Erupția, în sifilisul malign precoce, se începe cu niște papule de culoare arămie, câteodată purpurice, epiderma lor este ridicată, aproape buloasă (Milian). Din exantemul papulos provin niște pustule, printr'o infiltrațiune și necroză centrală, epiderma deja ridicată se detașează și se formează o ulcerăție, care se acoperă cu o crustă. Bazin a descris o formă pustulo crustacee, una tuberculo ulcerosoasă și una tuberculo ulcerantă gangrenoasă, la aceasta din urmă centrul este prins de gangrenă, se acoperă cu escare negre, gangrena progresează excentric, escarele cad și în locul lor rămâne o ulcerăție de profunzime variabilă.

Ulcerățiunile sunt rotunde („făcute cu compas“) sau ovalare, de mărimea unor monede de 100 L, rar mai mari (ca o palmă de copil), au o zonă centrală cu un aspect neted, de culoare roșie cărnășă, acoperită de o secreție seroasă sau de puroi, cu margini „a pic“ tăiate de 2-3 mm, profunzime. La periferie se vede o bordură epidermică ridicată, sub care se află puroi, sau numai un halo hiperemic. Tegumentele învecinate nu prezintă reacțiuni inflamatorii. Dacă leziunea e în regresivitate în loc de bordură, se află o coloretă epidermică secă în grosime de câțiva milimetrii. Este caracteristică că distrucțiunea atinge numai pielea nu și hipodermul.

Crustele ce acoper ulcerățiile, sunt de culoare brune negre, proeminente în centru întră în piele „ca o sticlă de ceasarnic în montură“, sub ele stagnează o secreție purulentă, sanguinolentă. Dacă sunt detașate se refac foarte repede. Apăsând asupra crustelor, apare lateral secreția ce se află dedesuptul lor. Uneori crustele sunt conice, cu straturi concentrice, proeminente, imitând cochiliile stridiilor, numite rupii sifilitice.

.Acele leziuni se localizează cu predilecție pe față și membrele inferioare, însă se găsesc și pe restul corpului. Pielea păroasă a capului deseori e infiltrată uniform, de culoare roșie, acoperită de cruste extinse și ulceratii. Ulceratiunile nu prezintă tendință de vindecare spontană ci persistă săplămâni și luni întregi. Când evoluează spre vindecare, secreția se reduce, crustele devin mai dure și mai subțire, fondul lor se acopere cu muguri cărnoși și cicatrizarea se începe. Cicatricea este regulată, la început de culoare roșie închisă, apoi albă, netedă, uneori cu o pigmentație la periferie. rar prezintă și cheloide.

Sub numele de impetigo sifilitic se înțelege o astfel de ulceratie superficială și nu prea extinsă, iar sub cea de ectimă sifilitică una profundă cu secreție nu numai purulentă ci și sanguinolentă și ichoroasă.

Recidivile sunt frecvente și rapide, de obicei precedate de simptome prodromale, de obicei au aceeași morfologie ca și primul exantem: papulo pustuloase și ulceroase, pe față și pe pielea păroasă a capului pot forma grupe de eflorescente framboesiforme, acoperite de cruste. Se găsesc uneori, eflorescențe ce la sifilisul obișnuit, apar ca recidive tardive, astfel sifilidele corimbiforme și lichenul sifilitic, mai ales în jurul sifilidelor ulceroase vindecate. Recidivele tardive arată o tendință distructivă unilaterală, și o tendință la vindecare în partea cealaltă, dând astfel ulceratii întinse serpiginose, și girlandiforme, aceste fac tranziție către formele tubero serpiginose, de care trebuiesc diferențiate. Însă în stadiul terțiar sunt niște formațiuni izolate cu un caracter neoplazic, o proliferație celulară, ce suferă o ramoliție centrală. după un timp oarecare, în cazul sifilisului malign precoce, sunt ulceratii multe, diseminate, cu morfologie caracteristică și în tratat se recrozează imediat. In consecință chiar dacă leziunile susmenționate se aseamăra morfologic de leziunile terțiare, dispoziția lor e tipică pentru cele secundare.

Ulceratiunile din sifilisul malign precoce sunt de obicei dureroase, bolnavul uneori ia diferite atitudini cu scopul de a evita durerea

Buzele sunt atinse uneori de ulceratii, deasemenea și mucoasa bucală, în special vălul palatin, pilierii anteriori, amigdalele, lueta, peretele posterior al faringelui. La acest nivel procesul distrucliv este asemănător formelor terțiare, însă are o evoluție cu mult mai rapidă, astfel poate să producă perforatii palatine, nas în sea etc., altele prin căile lacrimale. ajunge la globul ocular, dă ulceratii la acest nivel,

producând ectropion, din celule etmoidale poate să ajungă la baza craniului, în fine plecând dela păretele posterior al faringelui poate să atingă și coloana vertebrală. Celelalte mucoase sunt rar interesate.

Sîmptomele generale uneori precedează, altele apar concomitent cu erupție sau se accentuează cu apariția acesteia. Starea generală de obicei e rea Febra poate să fie continuă (38, 5,39), remitentă sau intermitentă, la aceasta din urmă poate să fie asemănătoare acceselor palustre. Slăbirea este rapidă, atât în forțe cât și în greutate. Anemia de obicei e mare, se constată și o leucocitoză (15000). Ederme albe (membrule inf, pleoape) se găsesc, uneori chiar atunci când urina nu conține albumină. Insomnia se datorește agitației nervoase, durerilor dela nivelul ulceratiunilor și celor osteo copice. Mai tîrziu inapetența și diareile duc bolnavul la o adevărată cachexie.

Leziuniile osoase sunt frecvente: dureri și îngroșări periostale mai ales la nivelul tibiei, cubitului și oaselor craniene. Articulațiunile pot fi umflăte, uneori cu extravasări în interiorul lor. Ganglionii sunt măriți, ca și în formele obișnuite. Accidentele nervoase sunt extrem de rare și sunt datorite totdeauna unor cauze indirecte, reflexele tendinoase și pupilare sunt normale. I. c. r. fără leucocitoză. Sifilisul malign nu ajunge nici la tabes, nici la paralizie generală. Aparatul digestiv la început nu e interesat, mai tîrziu se instalează o anorexie completă, limba rămînea însă roșie și umidă, cîtodeodată mai sunt diaree eructații, greață. Aparatul respirator dă uneori manifestațiuni morbide ca tuse seacă, bronșită sibilantă, focare congestive. Din partea organelor interne: splenomegalia este cea mai frecventă, ficatul poate fi mărit destul de des; icterul e mai frecvent, decît în forma obișnuită a sifilisului, cirozele se întîlnesc deasemenea. Rinichul poate fi atins, albuminuria ce apare cu primul exantem, de obicei dispăre la tratament.

Prognosticul în cazuri netratate sau tratate insuficient, este grav, afecțiunea nu arată tendință la vindecare, ci evoluează spre o stare cachectică. Moartea survine, în 2—3 ani, în urma cachexiei, unei complicațiuni viscerale sau unei boli intercurrente. Evoluția însă poate să fie și mai rapidă, mortală în 3—4 luni. Durata ulceratiunilor, în cazuri favorabile, este de 6 luni, recidivele sunt frecvente și rapide. Sifilisul malign nu dă niciodată forme nervoase, nici leucoplazie.

Astăzi, în urma terapiei cu Neosalvarsan prognosticul este favorabil, în 2—3 săptămîni toate ulceratiunile se vindecă, cazurile arseno rezistente sunt extrem de rare.

Diagnosticul este ușor în cazuri tipice. Înaintea erupțiilor se face mai greu; deseori o „febră hectică se prezintă în acest stadiu și diagnosticul diferențial este cu atât mai greu, față de tuberculoză fiindcă sifilisul malign survine cu predilecție la tuberculoși. În cazul durerilor articulare și osoase, diagnosticul diferențial trebuie făcut cu reumatism. Exantemul poate să fie uneori varioliform, în acest caz trebuie diferențiate aceste sifilide pustuloase de erupțiunile variolice adăvurate.

**TRATAMENT.** În privința tratamentului, rezistența față de mercur a sifilisului malign precoce, este socotită ca o proprietate caracteristică a acestei afecțiuni. Uneori, în loc de ameliorare, s'a constatat chiar o agravare, în urma medicațiunii mercuriale, de aceea unii clinicieni vechi au preferat iodura de potasiu și decocturile de lemn, în locul mercurului. Alții din contra sunt de părere, că mercurul, dozat bine, este un medicament mai bun decât iodul, mai ales în cazurile recente și dacă prealabil nu s'a făcut deja o încercare cu acest medicament, căci mai repede ca la forma obișnuită a sifilisului, se produc intoxicațiuni, cari slăbesc și mai mult organismul și astfel s'ar obține un efect contrar celui dorit. Uneori nu se produce intoxicație ci numai o adaptare, o saturare a organismului cu mercur și în acest caz, chiar dozele înalte rămân ineficace. Unii prefer preparatele mercuriale insolubile, având aceste un efect durabil, iar alții cele solubile, la aceste fiind cumulația neașteptată evitabilă, căci resorbția și eliminarea se fac mai repede, în fine alții cred că unguentul cinereu e cel mai recomandabil, între preparatele mercuriale. După fiecare cură de mercur trebuie intercalat o pauză destul de mare, care variază după individ, fiindcă rapiditatea cu care se elimină mercurul depinde de individ. Deasemenea și intențitatea curei de mercur variază după individ, o schemă aplicabilă în toate cazurile nu se poate face. Este importantă ridicarea stării generale, printr'o medicațiune roborantă, astfel chinina, apele sulfurate, preparatele feruginoase, arsenul sunt de mult exploatate, deasemenea climatorapia, helioterapia, sportul moderat, cari prin acțiunea lor asupra circulației și metabolismului, favorizează eliminarea mercurului și formarea anticorpilor. Ca o medicație adjuvantă s'a recomandat încă injectarea subcutanată a serului Hayem în cantitate de 500 cmc., repetat după 4—5 zile.

Iodul se poate întrebuința concomitent cu medicația mercurială, sau intercalat între două cure, este avantajos mai ales, în urma unei intoxicațiuni mercuriale, mărind oxigenarea

tesurilor, e un bun ajutor și atunci când există o idiosincrazie față de mercur. Iodul singur este însă ineficace. Finnger a emis o ipoteză, după care la începutul bolii agenții patogeni ar acționa, iar în stadiul tardiv toxinele, deci la început trebuie întrebuințat mercurul, apoi iodul.

Decocturile erau întrebuințate mai ales în formale ulcerose, cu intoleranță față de mercur, au acționat probabil prin mărirea metabolismului, se poate cita: decoctum Zittmanni, dec. sarsaparillae, dec. Pollini, syr. G bert etc.

După descoperirea Salvarsanului, preparatele arseno-benzolice au devenit suverane în tratamentul sifilisului malign precoce, iar mercurul și iodul servesc numai ca niște medicamente adjuvante modeste. Chiar după prima injecție de Neosalvarsan vedem o ameliorare foarte rapidă durerile dispar în câteva zile, febra scade, starea generală devine mai bună, leziunile evoluează spre cicatrizare, în câteva săptămâni bolnavul câștigă în greutate. Distrucțiunile osoase din nas răspund foarte repede la Neosalvarsan, chiar după o cură se constată demarcația sau eliminarea părților osoase necrotice și părțile sănătoase prezintă un țesut de granulație, mirosul neplăcut dispare. Altsalvarsanul este deasemenea eficient. Numai excepțional se găsesc cazuri refractare, Oppenheim crede că în aceste cazuri este o arsenoresistență. Hecht spune că este o imposibilitate de reacție a organismului, care trebuie să fie în acest caz foarte accentuată, căci în cele mai multe cazuri, puterea de reacție a organismului se mobilizează, în urma tratamentului cu Neosalvarsan, astfel vedem că o reacție Wassermann, negativă ajunge des la pozitivare după câțiva injecții, cutireacția deasemenea Mc. Donagh în cazuri refractare obține rezultate bune cu malarioterapie.

În urma tratamentului cu Neosalvarsan intoleranța față de mercur poate să dispară și astfel o terapie combinată va fi posibilă. Neosalvarsanul nu este așa de nociv ca mercurul, se poate întrebuința chiar la cachectici, din contra ridică starea generală, sporește puterea de apărare naturală și formarea anticorpilor. Se poate combina Neosalvarsanul cu Bismut care e mai puțin toxic și mai energetic decât mercurul.

Cu toate că Salyarsanul acționează foarte bine, totuși și terapia tonizantă nu trebuie neglijată, pentru a susține forța bolnavului prin mijloace naturale.

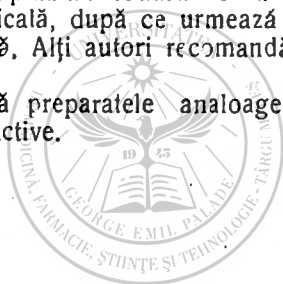
În privința dozajului, Matzenauer recomandă să începem tratamentul cu doze mici de Neosalvarsan, pentru evitarea efectului de șoc, simptomele angio-neurotice complexe sau reacția Jarisch Herxheimer. Deci indică pentru prima injecție doza de 0,15 gr., apoi dozele se măresc după tole-



ranța bolnavului. Milian începe tratamentul cu 0,30 gr. de novarsobenzol și consideră că trebuie ridicată doza până la 0,015 0,02 pe kg. El consideră ca ceva normal, după prima injecție ridicarea temperaturii peste 40 C° cu frison și transpirațiuni însă fără alte simptome generale, aceste fenomene dispar repede. Chiar la cachectici recomandă ca doza inițială, cea de 0,30 gr. însă recomandă mai înainte administrarea adrenalinei (0,0015 gr. de adrenalină subcutan cu 5 minute, sau per os cu jumătate de oră, înaintea injecției), tot la 5 zile o injecție nouă, de mărime variabilă după reacțiunile produse între 0,15 gr. până la 0,015 0,02 gr. pe kgr.

După Milian vindecarea ar fi posibilă chiar după o singură cură cu arsen, însă trebuie să continuăm tratamentul mai departe. Acest autor recomandă imediat după prima cură, 6 inj. de oleu cenușiu a 0,08 gr. una pe săptămână, apoi timp de 10 săptămâni iodură de K. 6 gr. pro die, apoi o nouă cură arsenicală, după ce urmează tot la 3 luni o observație riguroasă. Alți autori recomandă un tratament și mai prelungit.

Se înțelege că preparatele analoge Neosalvarsanului sunt de asemenea active.



## *Sifilis grav.*

Afecțiunea această este caracterizată și concepută în mod deosebit de difiriți autori. Astfel Neisser înțelege prin „*syphilis gravis*“ o formă caracterizată prin localizarea sifilisului la organele importante pentru viață, un sifilis cu complicații concomitente cu alte boli sau discrazii. Aceasta concepție se apropie până un punct oarecare de noțiunea sifilidelor maligne viscerale (tip Lortat-Iacob). Alți autori pun în acest cadru sifilidele secundare grave neulcerate (tip Fournier), adică sifilidele papulo tuberculoase, s. papulolo exfoliatrice și cele papulo nigricante, bazându-se pe intensitatea erupției, cefalee, irită, febră, periosită, ce asociază aceste forme. În fine, alții nu descriu această formă numai elementele sale morfologice, sau o înglobează în cadrul sifilisului malign. Clinica noastră acceptă concepția lui Queyrat, după el sifilisul grav este o formă care prezintă toate simpatologia caracteristică a manifestațiunilor secundare. Într'un grad mai accentuat și de o intensitate eruptivă specială, caracterizată în special prin prezența sifilidelor u'ceroase. În leziuni trepomenii se găesc în număr mare și ușurință, R. W. este pozitivă dela început. Leziunile sunt niște ulcerațiuni superficiale acoperite de cruste. Leziunea inițială este o pată eritematoasă, rotundă, de dimensiuni ce variază dela cea a unei linte până la mărimea unei piese de 25 b., epidermul din centru se decolează, apoi cade și lasă în urma lui o mică ulcerație. Ulcerația se acoperă cu o crustă negricioasă rotundă, înconjurată uneori de o zonă eritematoasă puțin întinsă. Alteori debutul se face printr'o pustulă, leziunile sunt ceva mai mari, sub cruste se află o ulcerație superficială, rotundă ovalară, cu margini bine delimitate, cu fond roșu, acoperit cu o secreție sero sanguinolentă sau purulentă, (ectima sifilitică), crustele pot fi lameloase (rupoide). Debutul poate să fie mai rar veziculos sau bulos. Pentru

diagnostic diferențial e important că leziunile ulcero crustoase sunt amestecate cu eflorescențele cutanate bananale ale sifilisu:ui secundar. Mucoasele prezintă cele mai multe ori, deasemenea, leziuni secundare tipice. Simptomele generale sunt asemănătoare unui sifilis secundar obișnuit și, de obicei se ameliorează sau dispar cu apariția erupției. In privința tratamentului această formă n'are nici un caracter specific.



## Cazuistică.

Obs. 1. S. V de 26 de ani, căsătorit, pantofar, antecedentele fără importanță, în privința infecțiunii și leziunii primare, nu poate preciza nimic, ca simptome prodromale avuse dureri de cap și fierbințeli. De 4 săpt. observă niște „sgrăbunțe“ pe scrot și „membru“ ce s'au mărit, apoi s'au ulcerat. Bolnavul e slab nutrit și palid. Pe scrot sunt niște papule, de mărimea unei linte până la mărimea unui ban. Pe pielea corpului în reg sunt niște ulcerațiuni, dela mărimea unei linte p. la mărimea unei „coroane de argint“, jurul lor e hiperemiat și sunt acoperite cu cruste galbene verzue. La apăsare, asupra crustelor, apare lateral un lichid galben puruios, la palpație se simite la baza leziunii o infiltrație, la periferie se observă o descuamare. Pe ambele tonsile se văd niște papule de mărimea unui ban, pe mucoasa bucală sunt niște papule de mărimea unei linte. Ganglionii inguinali și cubitali sunt măriți. Primește o inj. Neosalv, 3 inj, de Hg. salicic, 3 inj. de Hg. ac. sulfofenol, o tură de fricțiune. Părăsește clinica la cererea proprie, fiind internat între 4—28 III. 920.

Obs. 2. N. T. 32 ani necăs., plutinier de jand., sif. primar; începe cu 10 săpt. pe buza superioară, bine nutrit, subiectiv acuză cefalee și fierbințeli. Pe buza sup. se vede o ulcerățiuone ovalară (2,5 cm), dură acoperită cu o crustă (șancrul,) pe corpul întreg și mai ales pe cap, sunt niște ulcerățiuoni, p. la mărimea unui Leu de argint, cu un jur hiperemic, cu baza inf. trată și acoperite de cruste. Pe corpul întreg mai sunt niște pete roze, ușor proeminente. Mucoasele sunt normale, gangl. submaxilari și inguinali măriți. Li se face Neosalv. 3 ori 0-30 și o tură de fricțiuni, continuă tratamentul acasă, timpul internării 24 III.—19 IV. 920.

Obs. 3. B. V. 19 ani, măritată, muncitoare, de 4 luni are leziuni pe brațul drept, pe frunte și pe gât. Pe brațul drept, pielea păroasă a capului și pe reg. cervicală, se văd

mai multe grupe de papule cu o tendință distructivă, acoperite de cruste rupoidale, în jurul lor este o zonă hiperemică, iar tibia prezintă o curbă în forma unei sabii turcești. Tratament: intern I. K., 3 ture de fricțiuni, 3 ori 0,30 Neosalv, crustele cad, în locul lor rămâne pielea atrofiată, continuă tratamentul acasă, durata internării 20 IV—18 V. 920.

Obs. 4. L. I., 45 ani, căsăt. filer, s. secundare: înainte cu 6 săpt. îi apar pe cap, mai târziu la anus, pe penis și pe buza sueroară, face un tratament local cu ung. cimereu. Bolnavul e anemic. Pe marginea prepuțului sunt niște ulcerațiuni confluențe, lângă anus o ulcerăție de mărimea unei piese de 20 de bani, cu margini ridicate, puțin infiltrate, acoperite cu o membrană slănoasă, pe pielea păroasă a capului se văd 5 ulcerății, cu margini ridicate, acoperite de cruste groase, ce acoper o suprafață purulentă mai jos se văd niște plăci livide ușor proeminente. Ambele tonsile sunt inflamate, cu ulcerății slănoase. În reg. poplitee dr. și pe partea post. a coapsei stg. sunt niște leziune livide, proeminente, de mărimea „filerului“. Pe buza sup. este o leziune asemănătoare celor de pe cap. Scleradenită universală. Tratament: Hg. iodat cu cadmiu, 1 praf pe zi, leziuniile se ameliorescă, la cererea proprie se lasă provizoriu acasă, însă nu revine, durata internării: 6—18 V. 920.

Obs. 5. H. I. 30 ani, căsăt., polițist, s'a infectat în Dec. 1919, tot în luna această observă și șancrul pe gland, făcu 20 de fricțiuni și 4 inj. de Hg. i m. De 6 săpt. îi apare o ulcerăție în locul sifilomului, de 3 săpt. una în șanțul naso labial. E bine nutrit dar anemic. Pe gland se vede o ulcerăție ovală, ca o fasole de mărime, cu margini ridicate hiperemice și acoperită de un țesut necrotic. În sulcul naso labial dr. se află o ulcerăție, ovală, de mărimea unei piese de 2 L. cu margini ridicate, hiperemice, infiltrate, acoperită de o crustă brună, sub care este o suprafață purulentă. Pe buza inf. și pe limbă sunt plăci mucoase. R. W. intens pozitiv. Scleradenită. Primește 1,30 gr. de Ag. Natr. Salv. (0,10-0,30), leziuniile dispar complet, durata internării: 26. VIII.—23 IX. 920.

Obs. 6. B. T. 36 ani, căs., plugar, s'a infectat de la soția sa care are plăci mucoase labiale, boala se datează din Febr., s. primar se află pe buza inf., în Martie primește 11 inj. i. m. de Hg., în cursul tratamentului apar eflorescențe papuloase pe penis și pe scrot, cari se exulcerează repede. În Apr. apar leziuniile vălului palatin, are dureri de deglutițiune. Pe penis și pe scrot se văd sifilide papulo-ulceroase. Pe fața posterioară a antebrațului stg. este o rupie voluminoasă (3 cm. diametru) înconjurată de o aureolă inflamatoare,

reliefată. Lueta și o parte din stâlpii ant. sunt distruse. Amigdalele, faringele și bol a pa'atină prezintă ulcerăriuni. Adenopatie gen. R. W. neg. Se încercă un tratament cu Hg., timp de 12 zile, fără rezultat, apoi se începe cu Neosalv. pe care îl continuă ambulatoric, cu rezultate bune, durata internării 22 VI. 5. VII. 920.

Obs. 7. V. N. 44 ani, căs., plugar, intră în clinică în 29 VII. 920, de 2 luni are cefalee și stări febrile, urmate de ulcerării amigdaliene și dureri de deglutiție, iar după 2 săpt. de niște eflorescențe pe spa'e și pe cap. Erupțiunea se localizează, nesistematic, pe torace, frunte și pielea păroasă a capului. Pe torace sunt niște sifilide papulo crustoase ruptoide sau veritabile rupii groase, brune, înconjurate de o zonă edematoasă pot să atingă mărimea unei piese de 2 L. În regiunea cervicală se văd sifilide papulo pustuloase și erozive, pe cap insule alopecice. Vă'lul palatin este congestionat, lueta și o parte din stâlpii sunt distruși. Leziuniile cutanate sunt refractare față de doze max. de Neosalv, Hg. salicilic. și I. K. Prezintă o vindecare lentă dar continuă la inj. de Ag. Natr. Salv.

Obs. 8. M. R. 16 ani, nemăr, casnică. Înainte de 4 săpt. ii apar pe spate, niște leziuni, cari evoluează spre ulceratie. Organele genitale: himen intact. Pe toate suprafața corpului sunt diseminate eflorescențe ulcero crustoase, elemente eruptive și cicatrice recente sau vechi cu margini pigmentate. Pe fața post. a toracelui se vede o serie de cruce groase, confluențe, iar sub aceste niște ulcerării acoperite de puroiu, baza ulcerăriunilor este dură, tot aicia mai sunt niște elemente ruptoide, fără tendință la grupare. Pe buza sup. este o ulceratie profundă, acoperită de o crustă groasă, de mărimea unei piese de 50 b. Micropoliadenopatie gen. R. W. +++, treponemi din ulcerării nu se găesc. La terapie cu Hg. nici o ameliorare, Neosalvarsanul foarte efectiv.

Obs. 9. R. I. 31 ani, căs., econom, intră în 4 X. 920. Data infecției înainte cu 8 luni, soția sa suferă deasemenea de sifilis, șancrul s'a localizat în șanțul balano-prepuțial, erupțiile apar înainte cu 7 luni, primit 2 inj. de Neosalv. și 5 fricțiuni. Este slăbit și anemic. În ș. balano-prep. se vede o cicatrice. Diseminate pe corpul întreg, se văd niște leziuni rotunde, ușor proeminente, acoperite cu cruste bune, cu jur hiperemic, iar sub aceste cruste, dintre cari unele sunt ruptoide, se găesc niște ulcerării. Se mai găesc și cicatrice cu margini pigmentate. Articulața genunchiului dr. este tumefiată, dureroasă la mișcare. Scleradenită gener. R. W. +++ Testiculul dr. mărit, scabie. Primește 1,25 gr. Ag. Na. Salv.,

după prima inj. are o ascenziune termică de 39,5, leziunile cutanate și articulare dispar, R. W. însă se menține + + +, va continua tratamentul acasă.

Obs. 10. L. M. 22 ani, nemărit., casnică, internată între 16 V. 2 VI 921. De 5 luni constată leziuni pe corpul întreg și pe limbă. Slab nutrită și anemică. Diseminate pe corpul întreg se văd: ulcerații acoperite cu cruste brune, ce se întind într'o direcțiune iar în celelaltă se vindecă, eflorescențe papuloase, niște cicatrice rotunde, pe pielea păroasă mai multe pustule. Pe limbă sunt mai multe ulcerații neregulate, în locul tonsilei stg. este o ulceratie înconjurată cu o zonă inflamată. R. W. + + +. Primește 4,05 gr. Neosalv., 6 inj. de Mirion și 4 inj. de sublimat, după prima inj. are cefalee și temp. 38,7, pleacă acasă vindecată.

Obs. 11. P. M. 23 ani, mărit., muncitoare, (7 V.-24 VI. 922). Slab nutrită, are o eroziune pe colul uterin și fluor alb. Pe extremități, pe față, pe mamele și pe pielea păroasă, se văd niște erupții papulo-pustuloase, aceste uneori confluează în cercuri rotunde sau în placarde, baza lor e ușor infiltrată. Fața e eritematoasă, tumefiată, leontică. Pe buza sup., reg. frontală și brațul dr., sunt 4 ulcerații rotunde, cu fond purulent și acoperite cu cruste brune. Se mai văd cicatrice cu margini hiperpigmentate, infiltrate. În locul vălului palatin stg., care lipsește, se vede o cicatrice, pe cel dr. cât și pe palatul moale sunt plăci mucoase. R. W. + + +. Primește 4,60 gr. Neosalv. și 7 inj. de sublimat, după fiecare inj. face reacț. Herxheimer, leziunile se epitelizează, pleacă vindecată acasă.

Obs. 12. K. S. 31 ani, nec., mecanic, (3 VI-2 VIII. 924). În 921 avuse niște erupții, înainte cu 8 luni niște leziuni, când primise 3 inj. i. v. În Apr. îi apar niște leziuni pe penis, apoi pe flancul stg. În reg. suprapubiană se văd: o cicatrice netedă, ovalară, 2 ulcerațiuni cu fond necrotic purulent. Penisul e edemațiat, pe fața dorsală are o ulceratie bine delimitată, cu un fond purulent, în ș. balano prep., sunt niște ulcerații profunde, indurate. Pe pielea corpului se vede diseminat un exantem polimorf: mici atrofii și pete pigmentare, papule lenticulare cărămizii, papule-pustule, unele ulcerate, cu un fond necrotic, acoperite de cruste. Pe abdomen și pe torace este câte o ulceratie, bine delimitată cu un fond necrotic, acoperită de o crustă, cu o bordură periferică, eritematoasă. Pe cap se văd papule seboreice, în gură o angină și o faringită circumscrisă. R. W. + + +. Primește: 4 inj. de Muthanol, după primele 2 are ascensiuni febrile (38,8 și 37,2), leziunile nu regresează, numai după

inj. de Neosalv. (1,05 gr.) și de Altsalv. 0,20.

Obs. 13. B. I. 35 ani, căs., fotograf, (28 VI.-24 VII. 927. In Dec. 926 observă, pe corpul întreg, mai multe ulcerațiuni, ce s'au vindecat după 8 inj. i. m. date de un medic. Bolnavul a slăbit 13 kg. are dureri de cap. Diseminate pe tot corpul, se văd niște pete arămii, rotunde ovalare, cât și niște cicatrice de diferite forme și mărime. Pe frunte este o ulcerajație mare cât o piesă de 5 L., acoperită de o crustă galbenă brună, pe pielea păroasă sunt niște ulcerații asemănătoare, iar pe gamba dr. se văd a'tele de aceeaș mărime sau mai mici, de sub crustele acestora se scurge un lichid purulent. In faringe se află 2 ulcerații, palatul moale și lueta distruse in parte și senzibile. R. W.+++ . Primește 5 inj. de Bismjochin și 2,10 gr. de Neosalv., fără nici un accident, leziunile dispar.

Obs. 14. S. I. 28 ani, nec., plugar, (25 IX.-28 X. 929). Bolnavul nu poate, preciza, nimic relativ la infecție, ca simptome prodromale avuse fierbințeli și slăbire generală. Pe fața dorsală a penisului și în jurul meatului, se văd niște ulcerațiuni, mari ca o piesă de 5 L., rotunde, cu un fond roșu brun, acoperit cu o secreție purulentă, marginile ulcerațiunilor sunt proeminente, dure, baza lor e infiltrată, iar suprafața lor acoperită de cruste groase. O ulcerajație asemănătoare, cu cele descrie, se află pe dosul mânei drepte. Pe umărul drept se găsesc câteva papule, de culoare arămie, de mărimea unor boabe de mazăre, cu un infiltrat la bază. R. W.+++ . Primește 12 inj. de Bivatol de 2 cc., leziunile regresează complet, însă R. W. rămâne pozitivă.

Obs. 15. P. A. 30 ani, căs., paznic la C. F. R., (6.-23 V. 931) Erupția a apărut înainte cu 4 săpt., șancrul nu s'a observat. Pe foița externă a prepuțului in ș. coronarian și pe scrot, se văd niște papule de mărimea unor b. de mazăre, erozive, unele crustoase, cu un infiltrat la bază. Pe pielea plicei cotului, reg. obturatoare, r. crestelor iliace, r. poplitee, fese, coapse, se văd niște papulo pustule, p. la mărimea unor alune mici, de cul. arămie grupate câte 3—4, baza lor e infiltrată, sunt acop. de cruste, stratificate ce ascund niște ulcerații reled. O parte din aceste leziuni, cât și cele de pe frunte sunt in regresiuine (cor. veneris). La nivelul mustăților și reg. temporale stg. sunt câteva papule seboreice. Muc. faringiană este injectată, amigdalele sunt tumefiate, cu câte o membrană lăptoasă. Scleradenită gen. R. W.+++ , l. c. r. neg. Primește: 2,45 gr. de Uclarsyl, fără nici un accident, lez. regresează însă R. W. se menține +++, va continua un tratament ambulatoric.



Obs. 16. L. F. 26 ani căs., șofer, (22 V.-9 VI. 931). Data infecției înainte cu 7 luni, iar șancrul îi apărut înainte cu 6 luni pe foița ext. al prepuțului, de 8 săpt. are niște leziuni pe pielea păroasă a capului, de 2 săpt. pe penis. În Dec. și Ian. făcu un tratament cu Naosalv. și Bi. Pe fren și pe gland se văd niște papule roșii, brune, p. la mărimea unei linte cu o bază infiltrată având, pe suprafață o membrană albicioasă. Pielea penisului este edemațiată, violacee cu o serie de ulc. mici, negerulate, acoperite de cruste galbene, cu baza infiltrată. Pe creștetul capului și în reg. temporală stg., se află niște cruste brune, iar sub aceste niște ulcerări netede cu un fond necrotic. Faringele e injectat, amigdalele sunt mărite. Poliadenită R. W. ++++. Primește: Uclarsyl 2,45 gr. leziuni'e regresează, însă R. W. se menține, va continua un tratament ambulator.

Obs. 17. B. A. 44 ani, căs., plugar, (10 V.-3 VI 938). Înainte cu 10 ani avuse o serie de leziuni pe gland, R. W. era negativă, totuși făcu o serie de Neosalv. Epoca și izvorul infecției nu se poate preciza. Înainte cu 6 săpt. observă un șancru solitar pe foița ext. a prep., înainte cu o săpt. apare o erupțiune, ca tratament făcu 2 inj. de Bi. și unu de Neosalv. Subiectiv: inapetență, febră, slăbire. Penisul e tumefiat, ca o limbă de clopot, fimolic, pe foița ext. a prep., care e critematoasă, edemațiată, se vede o ulc. acoperită cu o crustă brună, subțire, sub care se află o suprafață roșie netedă, marginile sunt bine delimitate, baza e ușor infiltrată. Pe scrot se găsesc niște papule de mărimea unor b. de linte, cărămizii, infiltrate la baza, cu un gulerăș epid. la periferie. Diseminate pe trunchi și rădăcina membrilor se văd sifilide papuloase tipice, de mărimea unor boabe de elinte, unele prezintă pe suprafață o scuamă mică centrală, ce acoperă o suprafață ușor madidantă. Se mai găsesc niște cruste, brune formate din lame suprapuse (aspect de scoică), mărimea lor ajunge p. la dim. unor mon. de 1 L., sunt anlurate de un halo eritematos sub aceste cruste se află o suprafață erozivă, acop. de o secr. galbenă. Pe frunte și pe pielea păroasă se văd lez. asemănătoare, având un caracter seboreic. Pe palme sunt niște papule profunde, unele cu o descuamație centr. Mucoasele sunt libere. Gangl. ing. măriți, aflegmazici. R. W. —, la ultramicroscop treponemi +. Primește: 1,65 gr. Neosalv. și 6 ori 2cc. Medobis. Leziunile regresează, treponemii dispar, R. W. rămâne +++.

## Concluziuni

1. Sifilisul malign precoce este o varietate a sifilisului în care, în perioada secundară, se prezintă dela început, în locul roseolei, o erupție ulceroasă generalizată, asociată de fenomene generale grave afecțiunea este rezistentă la tratament mercurial, în leziuni spirocheții sunt rar și greu de puși în evidență, seroreacția devine pozitivă tardiv.

2. Aceasta afecțiune este rară în prezent, era însă frecventă în timpurile vechi.

3. Agentul patogen este *Treponema pallidum* care atacă în acest caz un organism debilitat și hipersensibil.

4. Afecțiunea se vindecă rapid în urma tratamentului cu Neosalvarsan, cazurile arsenoresistente sunt excepționale.

5. În cazurile netratate sau tratate insuficient, prognosticul este grav, în cazurile tratate cu Neosalvarsan, este bun.

6. Sifilisul grav este o formă a sifilisului secundar, care prezintă toate simptomatologia caracteristică a manifestărilor secundare într-un grad mai accentuat și de o intensitate eruptivă specială cu leziuni ulcerative, în care se găsesc treponemi în număr mare.

Văzut și bun de imprimat:

Decan

(ss) Prof. Dr. M. Sturza

Preș. Tezei

(ss) Prof. Dr. C. Tătaru

## *Bibliografie*

- ARZT — ZEILER: Haut u. Geschlechtskrankheiten. Berlin. 1934. B. IV.
- BALZER: Maladies Vénériennes. Paris. 1920.
- BUSCHKE: Berliner klinische Wochenshr. 1911. No. 1.
- DARIER — MILIAN: Nouvelle pratique dermatologique. Paris. 1936. T II.
- GADRAT: Annales de Dermat. et de Syphilografie. 1934.
- JADASSOHN — MATZENAUER: Hand buch der Haut u. Geschlechtskrankheiten. Berlin. 1928. XVII/3.
- MILIAN: Syph mal. precoce, manifest. ulc. ulterieures. Revue fr. de dermat. et de vener. Paris. 1930.
- MILIAN — PERIN: Revue fr. de dermat. et de vener. Paris 1929.
- QUEYRAT: Soc. Médic. Hop. Paris. 1908.
- QUEYRAT: Soc. fr. de dermat. et de syphil. Paris. 1920.
- TOMASCZEWSKI: Berliner klinische Wochenschr. 1911. No. 20.
- ZEILER: Allg. Med. Zentralz. Berlin. 1907.
- VERESS: Un caz s. grav. Clujul Medical. 1938. (sub presă)
- VILLEQUEZ — GRIAUX: Syph. mal. precoce et arsenore-sist. Annales des Mal. Ven. 1937.
- VOINA: Trei cazuri de sif. malign precoc. Clujul Medical. 1920.