

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINA ȘI FARMACIE

No. 536

COMPLICAȚIUNILE GANGLIONARE
ALE
ȘANCROLDI MOALE



TEZĂ
PENTRU
DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE 26 Iunie 1930

DE
OPREANU A. OCTAVIAN
FOST EXTERN AL CLINICILOR DIN CLUJ

CLUJ, 1930

ȘCOALA DE ARTE ȘI MESERII „PRINCIPELE CAROL” A SOC. OCR. ORF. DIN RĂSBOIU



★ 4 4 0 0 0 3 1 9 4 ★

Biblioteca UMFSI

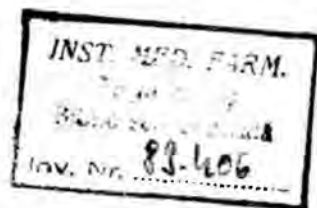
COMPLICAȚIUNILE GANGLIONARE
ALE
ȘANCROLUI MOALE



TEZĂ
PENTRU
DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE 26 Iunie 1930

DE
OPREANU A. OCTAVIAN
FOST EXTERN AL CLINICILOR DIN CLUJ

23 MAY 2005



CLUJ, 1930

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

Decan: D-nul Prof. ION DRĂGOIU

Profesori:

Bacteriologie (agr.)	D-I Dr.	<i>Baroni V.</i>
Patologia generală și experimentală	" "	<i>Bolez M. A.</i>
Istologia și embriologia umană	" "	<i>Drăgoiu I.</i>
Clinica Infantilă	" "	<i>Gane T.</i>
Semiologie Medicală	" "	<i>I. Goia</i>
Clinica ginecologică și obstetricală	" "	<i>Grigoriu C.</i>
Istoria medicinei	" "	<i>Guiart I.</i>
Clinica medicală	" "	<i>Hațieganu I.</i>
Clinica chirurgicală	}	" "
Medicina operatoare		
Farmacologia și farmacognozia	" "	<i>Martinescu Gh.</i>
Clinica oftalmologică	" "	<i>Michail D.</i>
Clinica neurologică	" "	<i>Minea I.</i>
Medicina legală	" "	<i>Minovici N.</i>
Igiena și igiena socială	" "	<i>Moldovan I.</i>
Radiologia medicală	" "	<i>Negru D.</i>
Fiziologia umană	" "	<i>Nișescu I.</i>
Farmacia chimică și galenică	" "	<i>Pamfil Gh.</i>
Anatomia descriptivă și topografică	" "	<i>Papilian V.</i>
Clinica oto-rino-laringologică	}	" "
Clinica stomatologică (supl.)		
Clinica dermato-venerică	" "	<i>Tătaru C.</i>
Clinica căilor urinare (agr.)	" "	<i>Țeposu E.</i>
Chimia biologică	" "	<i>Thomas P.</i>
Clinica psihiatrică	" "	<i>Urechia C.</i>
Anatomia patologică	" "	<i>Vasiliu T.</i>

JURIUL DE PROMOTIUNE:

Președinte: D-I Profesor Dr. *Tătaru C.*

Membri: { " " " *Iacobovici I.*
" " " *Țeposu E.*
" " " *Goia I.*
" " " *Vasiliu T.*

Supleant. D-I Docent Dr. *Conrădi*

PREFAȚA

Voi fi pe deplin mulțumit dacă această teză va putea corespunde condițiilor cerute pentru scopul pe care îl urmărește. În acest sens am încercat să dau o lucrare de sinteză, cu puține pretențiuni științifice și note personale, pe care o depun spre apreciere Onoratului Juriu de promoțiune precum și aceluia cari din interes cât de puțin o vor răsfoi.

Dela început îmi fac o plăcută datorie de a mulțumi D-lui Profesor Dr. C. Tălăru, pentru că mi-a pus la dispoziție cu multă bunăvoință mijloacele necesare, ca să prepar această lucrare în Clinica Dermato-Venerică, pe care o conduce D-sa cu atâta pricepere și a primit deasemenea amabil cu autoritatea D-sale științifică, să-mi prezideze această teză.

Domnilor Profesori ai Facultății de Medicină cărora le datoresc toată educațiunea mea profesională le rămân recunoșcător pentru toate cunoștințele științifice pe cari mi le-au oferit cu dragostea lor de apostoli ai științei românești.

Nu pot uita deasemenea rolul foarte important ce l'a avut asupra educațiunii mele științifice și pregătirii practice instituirea externatului dela Clinicile din Cluj la care am avut onoarea să particip și regret că nu s'a putut înființa și internatul în urma cōruia cunoștințele noastre ar fi fost cu mult mai bogate,

D-lui Dr. Gh. Stăniloiu îi păstrez o vie recunoștință pentru amabilitatea și bunăvoința pe care a arătat-o întotdeauna față de mine precum și pentru îndrumările științifice pe cari mi le-a dat ori de câte ori l'am solicitat.

Mamei mele, fratelui și bunicului meu dragoste nețărmută și recunoștință pentru toate sacrificiile făcute în favorul meu.

Tot timpul petrecut în Universitate alături de colegi și prieteni îmi va rămâne ca o plăcută omintire.



Introducere

Istoric.

Complicațiunile ganglionare ale șancrului moale sunt cunoscute în literatura medicală sub diferite numiri, dintre cari cea mai comună este aceea de *bubon* și este cea mai frecventă complicație care se întâlnește în această maladie.

Istoricul buboanelor este legat de al șancrului moale și sunt semnalate din cele mai vechi timpuri. *Hipocrate* amintește de buboane cari apar în urma ulcerățiunilor de pe organele genitale, atât la bărbat cât și la femeie. *Galien* insistă asupra buboanelor, cărora le dă și o oarecare clasificare, fără să uite bine înțeles buboanele supurate (*phimata purulenta*) cari însoțesc ulcerățiunile organelor genitale.

Guillaume în sec. XIII descrie procese ulcerative murdare, cari apoi se întind în dezvoltarea lor asupra ganglionilor inghinali — după concepția lor — în virtutea simpatiei ce există între organele genitale și ganglionii inghinali. *Lafranc* deasemene scrie că adeseori se produce un buboiu în regiunea inghinală, cauzat de ulcerățiunile organelor genitale sau ale picioarelor.

Piere d'Argelota (sec. XV) atrage atențiunea asupra acestor bolnavi, cari trebuiesc îngrijiți și curățiți, căci altfel pot face bubon în regiunea inghinală, care adeseori ajunge până la supurație.

În secolul al XV-lea se începe marea epidemie de sifilis în armata lui Carol al VIII-lea care se afla în Italia la asediul cetății Neapol. De atunci începe perioada „confuzionistă” în care se face confuzie între șancrele sifilitice și șancrele moi; prin urmare era logic ca să nu se mai poată face nici deosebirea între adenitele sifilitice și între buboane.

Marcelo de Camo scrie că a vindecat o mulțime de buboane, cauzate de ulcerățiile penisului prin travaliu sau exces de coit.

Georges Vella (1508) observând modul de transmisiune și analogia simptomelor, crede că cele două maladii sunt identice.

Câțiva practicieni din acel timp au observat însă, că fenomenele generale survin variabil în urma șancrelor.

Antoin Secoq arată că virusul tumefiază ganglionii și dacă tumoarea supurează este adeseori un bine.

Fallope observează și atrage atențiunea confuzioniștilor că „mal gaulois” (morbul galic) — cum denumeau ei sifilisul — este o altă boală decât ulcerele și buboanele descrise de *Hipocrate* și de alți autori; ca atare trebuiesc deosebite de mal gaulois, care determină în regiunile inghinale tumori pe cari antichitatea nu le-a cunoscut.

Dela începutul secolului al XVI-lea autorii încep a descrie diferite caractere diferențiale ale șancrelor mai ales a durtății dela bază. Totuși ideia confuzionistă și unitatea virusului „unicismul” persistă până în sec. IX, când *Bassereau* și apoi *Rollet* pe baze experimentale, dovedesc dualitatea virusului.

În Italia *Sperino* admite cele două varietăți de șancră dar le datorește aceluiaș virus în cantități variabile; în cantitate mică produce sifilisul cu tumefacția ganglionară, iar când este o infecție masivă, se produce o adevărată apoplexie ganglionară, bubonul se deschide și oferă o poartă de ieșire virusului. Pe asemenea concepții s'a propus de unii autori „sifilizația” adică inocularea cu virus șancros, în scop preventiv. Experiența a demonstrat în mod crud contrarul și *Langlebert* cu drept cuvânt infierează această nebunie spunând că „sifilizația este arta de a da sifilisul celor care nu-l au, de al reda celor cari l'au avut, fără a se vindeca cei cari sunt atinși”.

Mai în urmă deosebirea între determinațiunile șancrului moale și ale sifilisului, sunt din ce înce mai clar arătate în lucrările lui *Fournier*, *Aubert*, *Jullienne* și alții cari, admit un șancru sifilitic și un șancru moale, fiecare cu etiologie, manifestațiuni și evoluție diferite.

La 1889 *Ducrey* pune în evidență streptobacilul, agentul cauzal al șancrului moale. La 1892 *Unna* îl studiază bine și îi dă o descriere amănunțită.

Cu această dată etiologia șancrului moale este complet clarificată, însă în adenitele consecutive șancrului moale mai rămâne o umbră. În cadrul acestor adenite, se clasifică și o maladie apartel care, abia la 1913 o individualizează *Nicolas-Favre* și o numesc *limfogranulomatoza inghinală subacută*. Înainte această boală era descrisă sub diferite numiri: bubon climacteriq (*Tanton et Pigeon*); bubon cronic (*Audri*); bubon chancrelleux chronique (*Gougerot*);

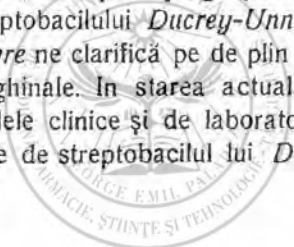
bubon d'emblée (*Jonet* 1886); bubon climatic al autorilor engelzi și germani etc.

Înainte de descoperirea streptobacilului *Ducrey-Unna* și apoi a spirochetului lui *Schaudin*, clasificarea adenitelor se putea face numai pe baza simptomelor clinice. Este de recunoscut prin urmare, greutatea de a sistematiza și de a deosebi manifestările ganglionare cari presupun agenți patogeni diferiți și încă necunoscuți. Se pare că, autorii vechi făceau o deosebire între adenitele consecutive ulcerărilor de pe organele genitale și adenitele provenite în urma unor procese inflamatorii banale de pe membrele inferioare.

Chiar în timpul perioadei confuzioniste — după cum am văzut mai sus — uni autori fac deosebire între adenitele cari nu supurează și adenitele cari supurează și cărora le fac un prognostic mai bun.

În timpul din urmă, se deosebesc pe baza simptomelor clinice adenitele sifilitice ne însoțite de fenomene inflamatorii și adenitele șancrului moale cari sunt întotdeauna însoțite de fenomene inflamatorii locale pronunțate, cari pot ajunge până la supurație.

Descoperirea streptobacilului *Ducrey-Unna* și individualizarea *malădiei lui Nicolas-Fvre* ne clarifică pe deplin patologia adenitelor, mai cu seama cele inghinale. În starea actuală avem posibilitatea să analizăm prin metodele clinice și de laborator, toate manifestările patologice produse de streptobacilul lui *Ducrey-Unna*, asupra ganglionilor limfatici.





CLINICA LIMFADENITELOR.

Noțiuni de anatomie. Pentru a putea explica procesul biologic de reacțiune al sistemului limfatic față de infecțiuni, este necesar să ținem seamă de dispoziția anatomică a vaselor limfatice din regiunea organelor genitale. *Originea* vaselor limfatice o găsim între elementele constitutive ale țesutului celular subcutanat sub forma unor capilare cu pereții formați, dintr'un ciment de natură albuminoidă. Capilarele prin confluență dau naștere vaselor limfatice, cari după un traiect variabil se varsă în ganglioni prin unul sau mai multe puncte, însă nici odată prin hil. Sistemul limfatic după teoria „vaselor deschise“ ar prezenta la nivelul capilarelor niște orificii, prin care se face comunicarea directă între vasele limfatice și spațiile țesutului conjunctiv dinprejur, iar după teoria „vaselor închise“ ar constitui un sistem canalicular complet închis, cu terminațiunile în formă de fund de sac. După teoria aceasta din urmă lichidele pot trece prin endoteliu iar elementele sanghine trec probabil în urma mișcărilor ce le prezintă însă nici odată prin orificii preformate.

Ganglionii limfatici microscopic au o capsulă externă, formată din țesut conjunctiv care trimite prelungiri spre interior. Prezintă o *substanță corticală* și una *medulară* separate între ele printr'o linie sinuoasă. Substanța corticală și medulară au în linii generale aceeași structură istologică: un *sistem folicular* constituit dintr'un rețicul conjunctiv foarte fin care conține grămezi de celule limfatice numite *foliculi limfatici*; și un *sistem areolar* reprezentat prin niște lacune cu septe de despărțire cari separă foliculul de capsulă și de prelungirile sale. Sunt tapetate de endoteliu și comunică între ele. Acestea primesc vasele aferente și dau naștere vaselor limfatice eferente cari părăsesc ganglionul la nivelul hilului.

Ca formă sunt ovoizi, fuziformi sau, în formă de boabă de fasole, de mărimi variabile până la dimensiunile unei amigdale.

Anatomic gânglionii inghinali sunt situați în țesutul celular subcutanat dela plica inghinală, formând împreună cu vena safenă externă elementele cele mai importante ale planului superficial hipodermic din această regiune. Înăpoi întreg pachetul ganglionar este delimitat de aponevroza femurală care în această regiune se numește *fascia cribriformis*. Aponevroza prezintă numeroase orificii prin care trec elementele vasculare și nervoase ale planurilor superficiale. Un orificiu mai mare lasă să pătrundă în profunzime crosa venei safene externe pentru a se vărsa în vena femurală.

Priu urmare gânglionii inghinali sunt înconjurați de paniculul adipos al acestei regiuni, prezintă raporturi de vecinătate cu vena safenă externă și cu aponevroza femurală care îi separă de planurile musculare subiacente, de vasele femurale și de gânglionii inghinali profunzi. De aceste considerațiuni trebuie să ținem seamă în intervențiunile chirurgicale cari se fac asupra gânglionilor.

Din punct de vedere topografic, două linii perpendiculare cari se încrucișază la nivelul crosei venei safene externe împarte gânglionii inghinali în patru prupe: a) *grupa supero internă*; b) *supero externă*; c) *infero internă* și d) *infero externă*. Grupele infero internă și infero externă colectează limfaticele membrului inferior, grupa supero externă adună limfaticele regiunii fesiere, regiunii lombare și fosei iliace respective iar grupa supero internă este cea care ne interesează mai mult fiindcă în mod normal colectează limfaticele la om: de pe regiunea pubiană, scrot, pielea de pe penis, prepuțiu, mucoasa glandului și mucoasa uretrală; la femeie: de pe regiunea pubiană, limfaticele buzelor mari și mici, mucoasa vestibulului, a canalului uretral și $\frac{1}{4}$ externă a vaginului.

În general dispoziția vaselor limfatice nu este constantă; de multe ori limfaticele regiunii genitale se varsă în grupa ganglionară infero-internă și atunci putem avea o limfadenită cu punct de plecare din această regiune situată mai jos ca de obicei; alteori limfaticele penisului și ale prepuțului dintr'o parte se încrucișează trecând în gânglionii din partea opusă, ceea ce ne dă o explicație în ce privește localizarea șancrului și a adenitei. Deasemenea gânglionii inghinali au legături prin intermediul vaselor limfatice eferente cu gânglionii inghinali profunzi și în cazuri excepționale infecțiunile se pot propaga până la acești gânglioni.

ETIOLOGIE ȘI PATOGENIE

În concepțiunea actuală, șancrul moale este o boală microbiană, localizată și contagioasă, produsă de steptobacilul lui *Ducrey*.

Unna, iar din punct de vedere anatomo-clinic este o piodermie cu ulcerăriune dermo-epidermică susceptibilă de a produce complicațiuni mai ales asupra sistemului limfatic.

Agentul patogen este streptobacilul șancrului moale descris prima oară de *Ducrey* (1889) și studiat de *Unna*.

Este un bacil care se colorează bipolar dând aspectul de suveică. Se găsește în puroiul șancrului moale și în puroiul buboanelor fie liber fie fagocitat intracelular; uneori se grupează în grămezi mici și deseori în formă de lanțuri mai lungi sau mai scurte, asemănătoare cu un lanț de bicicletă. În secțiunile șancrului excizat se găseesc cu mult mai ușor în grosimea țesuturilor infiltrate, dispuși în lanțuri caracteristice (*Ch. Nicolle*). Se colorează greu și de aceea deseori evidențierea lui întâmpină dificultăți. Se cultivă greu fiind că nu crește pe mediile obișnuite. Se pare că mai bine crește pe mediile cu sânge de iepure gelozate, și pe câteva medii lichide speciale. Pentru animalele obișnuite de laborator nu este patogen afară de câteva specii de maimuțe.

La nivelul șancrului inițial procesul anatomo-patologic se prezintă ca o eroziune a straturilor superficiale, cu erodarea vaselor sanghine și trombozarea lor, pe când vasele limfatice rămân deschise pe întreaga suprafață ulcerată. Dacă în asemenea condițiuni există o virulență exaltată a microbilor și o rezistență minimă din partea organismului cu o stare de imunitate scăzută în urma unor cauze fizice sau biologice, procesul inflamator invadează mai frecvent sistemul limfatic și se produc complicațiuni.

În cazuri mai rare infecțiunea se grefează pe vasele limfatice și produc dealungul lor, din distanță în distanță, focare inflamatorii numite *bubonuli* sau *limfangite*. Bubonulul evoluează ca și un abces cu fenomene inflamatorii locale. De regulă, îl găsim pe fața dorsală sau laterală a penisului, uneori în șanțul sau pe mucoasa prepușală. Dacă se intervine la timp, se poate modifica, prin tratament, evoluția bubonulilor, făcându-i să regreseze și să se vindece, sau în caz contrar, evoluează cu fenomene inflamatorii pronunțate, până când se formează o colecțiune purulentă, care se dechide înafară și se produce o ulcerăriune cu caracterele șancrului inițial.

Mult mai frecvent, infecțiunea dela nivelul șancrului genital se propagă dealungul căilor limfatice, până la ganglionii regionali, producând inflamațiunea ganglionară respectivă numită *bubon* sau *limfadenită*. Unii autori susțin că în cursul propagării infecțiunii la ganglioni nu se observă nici un semn de iritațiune sau inflamațiune a capilarelor și a vaselor limfatice; prin urmare virusul șancros sau afectează vasele limfatice și dă bubonuli, sau trece prin aceste vase și se opresc la ganglioni dând limfadenita.

În buboane streptobacilii *Ducrey* căutați prin examene microscopice și prin însemnări pe medii de cultură se găsesc fie singuri, fie asociați cu alți microbi piogeni.

Straus credea că puroiul ganglionilor supurați conține streptobacilul numai în urma infecțiilor secundare aduși fiind prin diferite manevre sau obiecte dela suprafața șancrului genital. Numeroși autori combat această părere fiind că au putut pune în evidență streptobacilii în puroiul scos prin puncție înainte de supurație și cu toate măsurile de asepție luate. *Darier* afirmă că puroiul ganglionar esie dela început virulent—contrar opiniei lui *Straus*. *Tomacevski* a făcut cercetări pe medii de cultură speciale și a găsit streptobacilul în 40% a cazurilor.

M. P. Durand din Tunis în comunicarea făcută la Reuniunea Dermatologică din Strasburg în ședința rezervată șancrului moale din 26 Mai 1928, aduce observațiunea că, înlocuirea sângelui de oaie din mediile de cultură prin sânge de iepure, oferă un avantaj foarte mare pentru cultura bacilului *Ducrey*. Din 49 buboane a evidențiat în 48 de cazuri prezența bacilului *Ducrey*. În 40 de buboane nedeschise a găsit streptobacilul la 38 cazuri în stare de puritate și în 2 cazuri asociat cu microbi puțin patogeni, stafilococ alb și bacili difteroizi. Conclude că bubonul șancros recunoaște ca singură cauză streptobacilul *Ducrey*.

Pentru cazurile unde nu se poate găsi bacilul în bubon unii autori admit că streptobacilii cu virulență scăzută și în cantitate mai mică sunt distruși repede prin mijloacele de apărare ale organismului în țesutul ganglionar și uneori reacțiunile ganglionare cari nu sunt prea pronunțate sunt produse numai prin rezorbțiunea toxinelor și endotoxinelor streptobacilare. Aceste considerațiuni au dus la diferențierea unui *bubon șancros virulent* și unui *bubon avirulent*.

Factorii cari favorizează complicațiunile șancrului moale.

Oboseala și eforturile. În anamneza bolnavilor cari se prezintă cu complicațiuni ganglionare găsim la majoritatea cazurilor oboseala și eforturile. În deosebi umbletul mult, marșurile îndelungate produc un traumatism funcțional continu asupra regiunii inghinale, ceace favorizează foarte mult propagarea infecțiunii.

Traumatismele directe : de multe ori bolnavii mai ales acei cu un nivel cultural inferior, înainte de a cere avizul medicului, nu dau atențiune necesară tumefierilor ganglionare și fac încercări de tratament prin metode empirice, cum sunt fricțiunile și masajul aplicate pe regiunea inflamată. Apoi alte traumatisme pe regiunea inflamată, fie accidentale, fie profesionale (muncitori).

Cauterizările făcute rău pot aduce o extensiune a suprafeței ulcerative și o stare locală favorabilă pentru propagarea infecțiunii pe căile limfatice probabil prin extensiunea unui teritor cu vase limfatice deschise și ușor accesibile microbilor.

Infecțiunile secundare ale șancrului cu microbi piogeni, pansamentele murdare, neîngrijirea ulcerului, contactul cu urina etc. pot determina complicațiuni. În aceste cazuri este deci o asociațiune de strepto-stafilococi cu Ducrey. Fagedenismul este o asociațiune cu fuzo-spirili și anaerobi.

Condițiuni de ordin biologic : un organism slăbit, într'o stare de minimă rezistență permite mai ușor propagarea infecțiunii. Astenia, debilitatea, apoi bolile cronice, tuberculoza, sifilisul și diabetul pot avea deasemenea o influență asupra producerii complicațiunilor.

ANATOMIE PATOLOGICĂ.

Reacțiunea ganglionilor față de microbi și de toxinele lor evoluează în două faze : a) *faza de infiltrațiune și b) faza de supurațiune.*

Un ganglion infiltrat este voluminos, dur, pe secțiune prezintă o culoare roșie brună, presărat cu puncte hemoragice. Aici ca și în alte părți congestiunea este prima manifestajie a infecțiunii. Un fenomen important este aparițiunea leucocitelor polinucleare cari lipsesc în ganglionii normali și cari ajung la ganglionii inflamați fie pe cale limfatică fie pe cale sanghină. Celulele fixe ale reticulului și celulele endoteliale ale sistemului folicular și areolar din ganglioni se umflă, se detașează, devin libere în căile limfatice, și se amestecă cu mononuclearele mari circulând în limfă.

Toate aceste celule au putere fagocitară ; dacă însă virulența nu depășește rezistența lor ele înglobează bacili iar, dacă infecțiunea este foarte virulentă ele se necrozează.

Dacă procesul inflamator se oprește la acest grad, rezoluțiunea adică *restitutio ad integrum* se poate produce ; congestiunea se reduce, leucocitele reintră în circulațiune, sau resturile lor dis-

par prin fagocitoză, celulele endoteliale ale reticulului rămase pe loc servesc la refacerea țesuturilor, hematiile sunt înglobate de macrofage și transformate în granule de pigment obru.

Dacă procesul inflamator evoluiază, ganglionul ajunge la supurație. Devine violaceu, friabil, apar mici focare cenușii necrotice, cari confluează într'un abces închis în capsula ganglionară care este mai rezistentă. Prin necroza tegumentelor se evacuează la exterior.

Țesutul celular din jur participă foarte frecvent la acest proces fie că microbii sunt aduși prin vasele limfatice eferente, fie că se inoculează după ruptura abcesului ganglionar; se produce deci o periadenită cu o impastare difuză care maschează tumefacțiunea limitată a ganglionilor.

SIMTOMATOLOGIA ȘI EVOLUȚIA CLINICĂ.

Infecțiunea ajunsă la ganglion produce fenomene inflamatorii locale cu mers progresiv.

În *faza primă* bolnavul simte la plica inghinală respectivă o durere mai pronunțată la mișcările extremității superioare, apoi durerea devine continuă întreruptă de puseuri dureroase acute. Bolnavul simte ca și când ar avea acolo un corp străin ascuțit. Se produce jenă și dificultate la mers. Uneori se prezintă și câteva frisoane neregulate. Starea generală se alterează și bolnavul slăbește.

Obiectiv, se simte o tumoretă în regiunea inghinală de formă rotundă, fuziformă sau eliptică cu axul mare paralel cu arcada crurală, foarte dureroasă la palpare de consistență dură. Tumefacțiunea se mărește progresiv, ia un volum variabil și se prinde foarte repede de țesuturile profunde așa încât nu se mai poate mobiliza cu ușurință. Aceasta este *faza de cruditate* a bubonului.

Procesul inflamator evoluează fără întreruperi și intră în *faza a doua*. Tumora continuă să crească, tegumentele se prind și ele de tumora subiacentă iau o culoare roșie eritematoasă, capătă un luciu sticlos și un ușor edem local. La interior se produce o ramoliție centrală așa încât la palpare se simte o fluctuență. Durerile sunt destul de mari bolnavul slăbește progresiv, acuză o stare generală rea cu senzație de amețeli și uneori se prezintă fenomene generale ca: temperatură, transpirațiuni profunde, urina concentrată, astenie etc. Acum bubonul se găsește în *faza de ramoliție* sau *coliquație*.

Dacă nu se intervine cu un tratament rațional fenomenele progresează. Tegumentele se subțiază, primesc o colorație violacee,

se detașează dela suprafață mici pelicule lameloase apoi se necrozează și colecțiunea se deschide în afară. Bubonul a ajuns la *faza de avacuare*. Se elimină o cantitate oarecare de puroiu și rămâne o cavitate cu un fond roșu anfractuos purulent.

Puroiul care se scurge de multe ori nu prezintă nimic particular; altelei prezintă două materii: una roșietică seroasă care după unui autori ar proveni din focarul intraganglionar, și a două de culoare albă gălbuie care rezultă din abcesul periganglionar.

Odată bubonul deschis spontan sau chirurgical survin două posibilități.

a) Dacă bubonul este *steril avimlent*, adică nu conține streptococii și nici după deschidere nu s'a infectat în mod secundar cu acești microbi, atunci evoluează rapid spre miedecare. Se evacuează puroiul, durerile dispar, fenomenele inflamatorii regresează plaga se închide și se cicatrizează în câteva zile.

b) Dacă însă bubonul este dela început *virulent* sau se infectează cu streptococii Duerer un mod secundar după deschidere, atunci ia caracterele șancrului moale inițial adică se *șancrizează*. Marginele ulceratiunii se erodează, devin neregulate sdrențuite, decolate, fondul este anfractuos, prezintă multe traecte fistuloase, este acoperit de membrane necrotice purulente, sângerează chiar și la o atingere ușoară. Se formează astfel un șancru cu dimensiuni mari cu tendință la extenziune periferică.

Bubonul șancrizat este susceptibil de a suferi aceleași complicațiuni ca și un șancru moale; poate să se fagedenizeze adică să se supra infecteze cu fuzospirili și cu microbi anaerobi cari îi vor da un aspect gangrenos. Poate să dea hemoragii prin arodarea vaselor sanghine cutanate și subcutanate, mai rar ale vaselor profunde, dată fiind tendința la extenziune spre suprafață.

Raportul între localizarea șancrului și adenite. în mod obișnuit, cea mai frecventă localizare a șancrului moale este în șanțul balano prepușial, apoi pe fren și pe prepușiu. Dintre acestea șancrul localizat pe fren dă mai frecvent determinațiuni ganglionare. Verosimil aceasta este în raport strâns cu un factor mecanic și un factor anatomic: frenul este partea care este mai des și mai mult traumatizată în timpul unui coitus, ceace produce lesiuni de continuitate mai mult sau mai puțin însemnate și propice pentru desvoltarea infecțiunii, apoi în acest loc sunt o mulțime de vase limfatice cari țin o rețea limfatică foarte bogată. O infecțiune în acest loc se

produce prin urmare foarte ușor și oferă condițiuni foarte bune pentru propagarea infecțiunii pe căile limfatice.

De regulă adenita este de aceeași parte de care este localizat șancrul. În cazurile adenitelor bilaterale sau avem mai mulți șancrui sau dela nivelul șancrului unic o parte din vasele limfatice se încrucișează pe linia mediană pentru a se vărsa în ganglionii din partea opusă. Tot astfel în urma pozițiunii anatomo topografică a vaselor limfatice, pe care o am văzut, putem avea șancrul localizat într-o parte și adenita consecutivă în partea opusă. Dacă limfaticele organelor genitale la un individ oarecare se colectează într'un mod deosebit în grupa ganglionară infero internă, vom avea adenita înghinală situată mai jos decât în mod obișnuit.

Clasificare. După localizare distingem adenite *unilaterale*, cele mai frecvente și *adenite bilaterale*, când procesul inflamator se propagă la ganglionii din ambele părți. *Sinani* și *Chapiro* pe un număr destul de mare de cazuri, le găsește repartizate astfel: la dreapta 43,5%; la stânga 41,7% bilaterale 14,7%.

După numărul ganglionilor afectați deosebim *monoadenite* și *poliadenite*. Unii autori susțin că în toate cazurile la început avem o monoadenită și apoi prin afectarea mai multor ganglioni, se produce o poliadenită. Unii Autori afirmă că întotdeauna avem 7—8 ganglioni prinși. După *Broq* volumul lor este inegal; de multe ori sunt mai mulți ganglioni mici în jurul unui sau alor doi ganglioni voluminoși cecece dă impresia unei monoadenite mari.

Se pare că la început să fie o monoadenită, apoi prin extensiunea procesului inflamator se produce o poliadenită cu periadenită, cecece ne dă un singur bloc infiltrat; în cecece privește supurațiunea de cele mai multe ori se deschide un singur ganglion, sau se deschid mai mulți însă numai dupăce au confluat așa încât formează o singură colecțiune purulentă care, în acest caz are mai multe traecte laterale anfractuoase și fistuloase.

Clasificarea după apariție. S'au descris cazuri indubitabile de 1. *Bubon d'emblé* unde nu se constată în antecedentele apropiate nici un șancru moale; în aceste cazuri se presupune că streptococul *Ducrey-Unna* a pătruns direct în vasele limfatice, printr-o mucoasă genitală la aparență sănătoasă, fără ca să producă ulcerațiunea mucoasei. Cazurile însă sunt foarte rare. Este consult a nu se confunda cu buboanele care apar tardiv, după cicatrizarea șancrului.

2. *Bubon precoce* care apare în timpul evoluțiunii șancrului genital. Poate să apară la 4—5 zile după apariția șancrului.

3. *Bubon tardiv* care apare după cicatrizarea șancrului moale. Poate apare la câteva zile după cicatrizare, sau chiar la câteva săptămâni și cu totul excepțional. s'au semnalat buboane după luni de zile după cicatrizarea șancrului.

VARIETĂȚI CLINICE.

După evoluția clinică deosebim :

1. *Bubon simplu*, avirulent, simptomatic, cu mers acut, prezintă fenomene inflamatorii pronunțate și o evoluție tipică, urmând toate fazele succesiv, faza de cruditate, ramoliție și faza de avacuar. După deschiderea fie spontană fie chirurgicală, se prezintă o suprafață ulcerată, roșie fără anfractuozități și care are tendința la vindecare rapidă. În această varietate de buboane, nu găsim la examenul microscopic streptobacili, iar puroiul ganglionar este steril și avirulent. Cu un tratament rațional, bine condus și aplicat la timpul oportun, regresează foarte bine până la vindecare prin restitutio ad integrum.

2. *Bubon șancros virulent*, unde baza ulcerațiunii deschise este anfractuoașă și acoperită de țesut necrotic. La această grupă de adenite evoluția este mai îndelungată, cu fenomene mai pronunțate iar tratamentul abortiv este cu mult mai puțin eficace. Evoluiază foarte des spre ramoliție centrală și spre deschidere.

Analiza bacteriologică pune în evidență streptobacilul lui Ducey-Unna în puroiul ganglionar. După deschidere fie spontană sau operatorie, bolnavul se poate infecta în mod secundar, cu streptobacili aduși din șancru prin obiecte, mâini, pansamente etc. În aceste cazuri vorbim de un „*bubon șancrizat secundar*“, spre deosebire de „*buboanele șancrizate primitiv*“, cari conțin streptobacilul înainte de a se deschide.

3. *Bubon gangrenos*, se produce în urma infecțiunilor supradăugate cu simbioza fuzo-spirală a lui *Plaunt-Vincent*. De regulă este o asociațiune microbiană complexă. Bubonul se șancrizează repede și se formează numeroase părți gangrenoase, secrețiunea purulentă este abundentă, plaga are tendința mare srpe necroză și extenziune periferică ; poate cuprinde o suprafață mare de pe pielea abdomenului, formând o suprafață ulcerată întinsă. Aspectul este murdar gangrenos cu miros fetid. Se asociază și fenomene generale cu temperatură urcată uneori până la 39°—40°, apoi astenie, inapetență, cefalee, puls frecvent etc.

4. *Bubon strumos*, subacut, sau cronic cu o evoluție îndelungată și fenomene inflamatorii mai atenuate. Această formă a limfadenitei se aseamănă foarte mult cu limfogranulomatoza inghinală subacută a lui *Nicolas-Fvre*. Poate dura multă vreme, iar dacă evoluează pe un teren cu tendință la scrofulotuberculoză, poate să invadeze mai mulți ganglioni — chiar ganglionii inghinali profunzi — se produc decolări mari, ganglionii rămân voluminoși cu o supurațiune continuă, de lungă durată și poate să ne găsim, după un timp oarecare, în fața unei adenite bacilare. cu toate fenomenele caracteristice.

5. *Limfadenitele mixte*, prezintă simultan simptome atât pentru sifilis — scleradenită — cât și pentru șancru moale — fenomene inflamatorii.

DIAGNOSTIC.

La precizarea diagnosticului dăm mare importanță antecedentelor. De cele mai multe ori putem descoperi un șancru simplu în antecedentele apropiate, sau un șancru moale existent, fie în evoluție, fie pe cale de vindecare, vom pune bază mare pe evidențierea steptobacilului în șancru, care se poate face cu destul succes, prin mijloacele de laborator de care dispunem astăzi. Caracterele clinice de limfadenită cu caracter inflamator, cu mers progresiv, tendința la supurațiune ce se obsearvă apoi, evoluția, încă ne ajută mult în diagnostic. Semnele subiective, durerea, impotența funcțională cauzată de dureri și starea generală slăbită, deasemenea sunt caracteristice până la un punct și contrastează mai ales cu scleradenita sifilitică, lipsită de aceste caractere. Dacă se puncționează limfadenita și în puroiul scos se pot pune în evidență strepto-bacilii lui *Ducrey-Unna* diagnosticul este indiscutabil.

Reacțiunile biologice aplicate în ultimul timp ne dau deasemenea relațiuni foarte prețioase. În urma cercetărilor lui *Ito* (1913); *Reenstierna* (1923); *Ch. Nicolle* și *P. Durand* (1914); apoi *Bratzlavski* și *Moreyns* (1929) s'a preconizat o intradermo reacțiune care se face cu diferite varietăți de vaccinuri antistreptobacilare și care se pretinde a fi specifică dând rezultate destul de constante. *Bratzlavski* și *Moreyns* recoltează puroi dintr'un bubon fluctuent, îl diluează cu 5 volume ser fiziologic steril, încălzește această emulzie la 60° și adaugă acid fenic $\frac{1}{2}\%$. Cu acest preparat face inoculație intradermică cu 0,10 cm³ în treimea superioară a antebrățului. La cazurile pozitive, în timp de 24 ore apare în locul de inoculare o papulă,

dela mărimea unei boabe de mazăre până la aceea a unei cireșe, înconjurată de un bob crizematos. Rămâne intensă 48 de ore și dispare în 5—10 zile. Acești autori au aplicat această intra-dermo reacțiune pe 99 de cazuri și anume : pe 33 bolnavi cu șancru moi fără bubon, pe 9 cazuri de șancru cu bubon și pe 5 cazuri cu șancru moi în antecedente, apoi pe 52 de indivizi cu dermatoze variate, ne având în antecedente șancru moale. Din cei 47 șancroși s'a obținut 37 reacții pozitive și 9 cazuri negative iar pe cei 52 de bolnavi de control s'a obținut numai 2 reacțiuni îndoelnice, la doi indivizi cu șancru dur în antecedente. Reacțiunea apare precoce, dela a 8-a zi și este cu atât mai intensă cu cât infecțiunile sunt mai vechi, sau cu cât s'au repetat în mai multe rânduri șancru moale sau complicațiunile. Este deci o reacție foarte bună pentru diagnostic ; permite destul de bine diagnosticul retrospectiv chiar după 10 ani.

Diagnostic diferential. Față de *limfadenitele sifilitice* vom avea în vedere că acestea interesează toți ganglionii regiunilor inghinale din ambele părți, au o consistență dură, sunt scleroși nedureroși aflegmasici, nu prind tegumentele și nici țesuturile profunde, sunt mobilizabili, izolabili, nu prezintă fenomene inflamatorii acute și nu au tendință la supurațiune. În antecedente vom găsi un șancru dur. Vom căuta pe cât este posibil a stabili etiologia șancrului care se găsește aproape întotdeauna și vom căuta a pune în evidență la nivelul șancrului spirochetul sau strepto-bacilul. Buboanele nu sunt complicațiuni obligatorii ale șancrului moale dar au întotdeauna tendință la supurație, dacă nu se oprește această evoluție printr'un tratament precoce și bine condus. Reacția *Wassermann* ne poate da indicațiuni prețioase dacă, individul se prezintă după un anumit timp dela data infecției.

Limfadenitele mixte ne prezintă în acelaș timp simptomele combinate ale ambelor maladii ; coexistența unui bubon șancros cu o scleradenită sifilitică bilaterală, apoi caracterul, evoluția, apariția șancrului din antecedente, ne face să bănuim această posibilitate destul de rară.

Limfadenitele nespecifice în legătură cu procesele piogene de pe organele genitale, sau membrele inferioare, ca : *furuncul, abcese, flegmoane, ectime, impetigo, herpes, zona* etc. sunt simple reacțiuni ganglionare inflamatorii, au caracter acut și evoluție foarte rapidă, în 4—5 zile dispar în urma unui tratament antiflogistic. Nu au tendință mare la supurație și la deschidere spontană.

Agenții patogeni sunt microbii piogeni strepto-stafilococi.

Limfadenita tuberculoasă de regulă produce tumefierea mai multor ganglioni. Evoluția este lentă, cronică, fără fenomene dureroase pronunțate. Ganglionii ajung la ramoliție centrală după câteva luni și apoi se fistulizează mai mulți ganglioni prin puncte diferite, lăsând să se elimine un puroi galben murdar. Fistulele și secrețiunea purulentă țin timp îndelungat și se influențează foarte puțin de ori și ce tratament. Reacțiunile biologice cu A. T. K., ne pot da oarecari indicațiuni deasemenea intradermo reacția cu vaccin antistreptobacilar.

* *Prurigo Hebrae* dă adenopatie inghinală bilaterală, ganglionii sunt moi, păstoși, evoluție lentă datează din copilărie, fără fenomene inflamatorii și nu supurează nici odată.

Metastazele tumorilor maligne. Epiteliomul, sarcomul, osteosarcomul, carcinomul pot da metastaze în ganglionii inghinali. În aceste cazuri ganglionii sunt duri, scleroși, lipsesc fenomenele inflamatorii, nu se produce ramoliție, se poate evidenția ușor tumoarea primitivă, apoi se produce cașexia caracteristică tumorilor maligne. Biopsia clarifică diagnosticul întotdeauna.

Limfogramulomatoza inghinală subacută a lui Nicolas-Favre. Este bine studiată și descrisă ca o boală aparte de acești autori la 1913. Până atunci era considerată ca o varietate rară de adenită inghinală, cu mers subacut sau cronic, care însă a atras atențiunea mai multor autori. A fost descrisă de *Velpeau* și *Chassaignac* ca adenită cu supurație intraganglionară; de *Nelaton* ca adenită subacută simplă cu focare intraganglionare; de *Rollet* ca *bubon chronique d'emblée*; de *Audry* ca *bubons chroniques*; *bubon chroniques chancrelleux* a lui *Geugerot*; *bubon climatic* al autorilor englezi și germani. S'au observat uneori sub formă de epidemii pe vasele de războiu depe măsurile calde. Se caracterizează printr'o adenită subacută, supurată, a ganglionilor inghinali, însoțită de periadenită, cu supurațiuni parțiale în focare mici purulente, la început intraganglionare, apoi periganglionare, o fistulizație simultană sau, succesivă a acestor focare cari, rămân izolate unele de altele. Are o evoluțiune torpidă și în general puțin dureroasă, afară de primele faze. Se extinde aproape constant la ganglionii inghinali profunzi, cari nu sunt prinși la buboane decât în mod excepțional. Nu au tendința de șancrizare nici odată; fagedenismul deasemenea lipsește întotdeauna. În cazuri dubioase pentru o diferențiere mai precisă se încearcă a se evidenția streptobacilii *Ducrey* în puroiul ganglionar.

Gomele sifilitice de regulă au o evoluție ciclică cu mers cronic și nu sunt dureroase. În antecedente, de cele mai multe ori găsim infecția sifilitică. Coexistența altor leziuni caracteristice și reacția *Wassermann* ne dau semne suficiente pentru diagnostic.

Prognosticul complicațiilor ganglionare ale șancrului moale quo ad vitam este bun, fiindcă nu se produce aproape niciodată o generalizare a infecțiunii.

Durata tratamentului este variabilă după, faza în care se începe și după grija cu care se aplică tratamentul, precum și după condițiunile biologice ale individului, cari se arată prin modul de reacțiune al organismului față de procesul local. În cazul buboanelor șancrizate, tratamentul este mai îndelungat.

Durata vindecării este definitivă, dar rămâne un locus minoris rezistențiae care la infecțiunile ulterioare predispoaze pentru noi complicațiuni.

După vindecare nu lasă nici o infirmitate care să jeneze pe bolnav afară de o cicatrice — în cazul buboanelor deschise supurate — mobilă sau aderentă de țesuturile profunde, care nu are decât desavantajul estetic. Ulterior printr'o operațiune chirurgicală se poate exciza cicatricea în întregime și înlocui printr'o cicatrice chirurgicală lineară, care poate ascunde îndeajuns stigmatul acestei boli venerice.

TRATAMENT.

Conduita noastră în terapeuica complicațiilor ganglionare ale șancrului moale va fi condiționată de faza în care se prezintă bolnavul la tratament și de starea lui generală. Va trebui să alegem, după fiecare caz în parte, metoda cea mai potrivită, care să ne dea rezultatele cele mai bune, să aibă acțiune cât mai rapidă și să expună pe bolnav cât mai puțin, fie suferințelor, fie inconvenientelor estetice. Un tratament bine ales și conștiincios aplicat, atât din partea medicului cât și a bolnavului, ne va da de cele mai multe ori un rezultat mulțumitor.

În linii generale deosebim 1. *tratament local* și 2. *tratament biologic*.

Tratamentul local este a) *conservativ* și b) *tratament operator*.

Tratamentul biologic constă din a) *metode specifice*: *vacino-terapia*, *sero-terapia*; b) *metode nespecifice*: *proteinoterapia*, *autohemo-terapia*, *tuberculino-terapia* etc.

Tratamentul local. Dacă bolnavul se prezintă la tra-

tament de timpuriu, când bubonul se găsește în prima fază, cu fenomene pur inflamatorii, fără colecțiune purulentă, ne vom mărgini la un tratament conservativ riguros, asociat sau nu, cu una dintre metodele tratamentului biologic. Vom pune pe bolnav în repaus complet și vom suprima ori și ce efort care ar putea produce un traumatism local. Vom întrebuița local comprese reci, pungă cu ghiață — aceasta cu precauțiune căci aplicată timp îndelungat poate produce o iritație a tegumentelor și necroză.

Căldura aplicată sub forme de cataplasme, sau termofor de 40°—45° după *Nicolas Moutol* este cel mai bun sedativ și rezolutiv, iar în caz de nereușită ajută colecțiunea puroiului.

În acelaș scop întrebuițăm cu succes compresele reci cu sol. Bourow diluat în proporție de $\frac{1}{3}$ sau $\frac{1}{6}$ și schimbate cât mai des; comprese cu apă alcoolizată 10%, pansament cu ether, apoi diferitele pomezii topice cu ichiol, collargol, nitrat de argint, cu iodură de plumb, iodură de potasiu, unguentul mercurial simplu sau beladonat, badijonări cu tinctură de iod diluată cu $\frac{1}{2}$ sau $\frac{2}{3}$ părți alcool. Este însă necesar să fim atenți de a nu produce nici un fel de iritație a tegumentelor prin aceste medicamente căci în acest caz favorizăm șancrizarea bubonului. Unii autori recomandă radioterapia, după diferite metode, cu ședințe scurte sau prelungite, repetate sau unice care ar da rezultate foarte bune.

Dacă inflamația ganglionilor nu este prea înaintată, după un astfel de tratament, fenomenele se ate nuează, se produce o rezoluțiune locală și bolnavul se vindecă în condițiuni bune. *Sinani-Chapiro* pretinde că prin această metodă a vindecat 50% a buboanelor în timp de 6 săptămâni. În Clinica D-lui Prof. *Tătaru* dela Cluj acest tratament se aplică combinat cu tratamentul general și dă rezultate foarte bune.

Dacă prin aceste mijloace nu reușim să influințăm evoluția bubonului, sau dacă bolnavul se prezintă prea târziu, când se constată o colecțiune fluctuantă și în câțeva zile cu tratamentul amintit nu se rezorbe, recurgem la puncția bubonului. Cu siringa sterilă, înarmată, puncționăm dela distanță focarul colectat și aspirăm tot puroiul. Cu acul lăsat pe loc injectăm soluții modificatoare în punga ganglionară. În Clinica D-lui Prof. *Tătaru* mai recent, în cazurile cu bubon fluctuent, se încearcă această metodă și se injectează sol. Callot în aceeași cantitate cu puroiul scos. Se repetă puncțiunile până când se extrage prin puncție lichid seros sanghinolent. De multe ori după prima puncție fenomenele locale cedează foarte repede, durerea dispare în 2—3 zile și procesul inflamator ganglionar retrocedează. Aseme-

nea rezultat am obținut în două cazuri observate. Sunt suficiente 2—3 punctții. Dacă după 2 punctții nu se observă ameliorare, deschiderea bubonului este aproape regulă. Credem că această metodă este una dintre cele mai bune observându-se efectul prompt al soluțiunii Callot.

Se pot întrebuința și alte lichide modificatoare ca: ether jodoformat sau glicerină jodoformată 10⁰/₀; sublimai 1⁰/₀; nitrat de argint 1⁰/₀; iod 1⁰/₀ solubilizat prin iodură de potasiu; sulfat de cupru 10⁰/₀; cupru coloidal sau arseniat de sodiu 1⁰/₀. Deasemenea se pot face numai punctții fără să introducem soluții antiseptice. Rezultatele în general sunt foarte bune dar sunt inconstante.

Metoda lui Fontan aplicată cu o tehnică corectă ne dă rezultate excelente. Desinfecțăm bine tegumentele, apoi înțepăm colecțiunea purulentă de preferat în partea ei cea mai proeminentă, făcând o butonieră de dimensiuni mici. Evacuăm complet conținutul purulent prin presiune externă, apoi injectăm o soluție de glicerină sau vaselină jodoformată 10⁰/₀. Se injectează o cantitate suficientă pentru a umplea tot conținutul și a menține lichidul în contact intim cu pereții cavității. Închidem orificiul prin colodiu sau vată și aplicăm un pansament ușor compresiv. După 3—5 zile evacuăm cavitatea — de regulă vaselina iese decolorată — și vindecarea se obține în câteva zile. Dacă fenomenele inflamatorii persistă, evacuăm din nou puroiul și repetăm injecțiile modificatoare cu iodoform.

Rezultatele obținute cu această metodă sunt bune și dacă se aplică la timp se poate obține în 7—8 zile o vindecare completă, lăsând o cicatrice neînsemnata abia vizibilă. Nu obținem rezultatele dorite, dacă bubonul nu este deajuns de colectat sau, dacă ramoliția a mers prea departe, fiind pe punctul de a se deschide spontan. Uneori se întâlnesc și nereușite, cari ar fi după unii autori mai frecvente la bubaonele unde este prezent bacilul *Ducrey-Unna*, decât la cari se găsesc numai microbi piogeni banali.

Lang face la fel o incizie mică, elimină puroiul, introduce în cavitatea bubonului soluție de nitrat de argint 1⁰/₀, apoi exercită o ușoară presiune cu degetul pe bubon pentru a ajunge lichidul prin toate anfractuozitățile interne, la urmă elimină soluția și astupă orificiul cu colodiu. În zilele următoare repetă același lucru prin același orificiu. Când conținutul abcesului devine sero-sanghinolent gălbui sistăm tratamentul și după 10—14 zile obținem o cicatrice puțin evidentă.

În cazurile rebele prin metodele precedente nu putem obține o regresivitate a fenomenelor și bubonul evoluează spre fistulizare. Este vorba atunci de o colecțiune purulentă într-o cavitate cu multe anfractuozități și traecte fistuloase unde operațiunea chirurgicală se impune. Facem o incizie largă de preferință paralelă cu arcada crurală, evacuăm tot conținutul purulent, și tăiem marginile pielii, pentru a ușura regenerarea. Facem un curetage amănunțit al fondului cavității, până la aponevroză, cauterizăm fondul și cu deosebire anfractuozitățile, cu fenol conc. și aplicăm un pansament cu tifon iodoformat.

La bubonul șancros aplicăm pe întreagă plaga acid salicilic în praf câteva zile, până se curăță fondul și schimbăm pansamentul zilnic, pe când la bubonul steril numai la 2—3 zile.

Când apar noi colecțiuni de puroi sau fistule, se impune o nouă deschidere. Vindecarea se obține după 2—3 săptămâni, lăsând o cicatrice corespunzătoare. Dacă bubonul se fistulizează spontan deschiderea largă și aici este necesară,

În cazuri mai rare, cu tot tratamentul, secrețiunea purulentă se menține infecțiunea se întinde la toți ganglionii, fenomenele inflamatorii iau un caracter cronic și ne face să ne gândim la o infecțiune supraadăugată de natură tuberculoasă. Aici este necesară evidarea întregului pachet ganglionar,

Bubonul șancrizat, fie primitiv sau secundar, ia caracterele clinice și evolutive ale șancrului moale și vom avea deci dela început o plagă șancroasă, de dimensiuni mari, formată de întreagă suprafața cavității ganglionare supurată. Ne vom comporta față de aceste cazuri ca și la un șancru moale obișnuit folosindu-ne de toate mijloacele cari ne stau la dispoziție. Vom face băi calde cu permanganat de K 45° timp de 2—3 ore, irigațiuni cu soluții antiseptice, cauterizări întinse cu fenol conc. sulfat de cupru 30—40%, clorură de zinc 10%; nitrat de argint; apă oxigenată; apoi pansament cu iodoform; acid salicilic; Ung. Mikulicz sau :

Clorură de zinc 5,0 gr.

Oxid de zinc

Apă aa partes până devine o pastă moale care se aplică după ce s'a curățit ulceratiunea.

La buboanele gangrenoase se aplică comprese cu sol. Bouvow diluată $\frac{1}{3}$, se pansează cu iodoform și se dau cu bune rezultate injecții de *Neosalvarsan* când este o infecție fuzo-spirilară *Plaut-Vincent*. Se face raclaj profund și se aplică pansament. Se

poate aplica local *Neosalvarsan* în pulbere sau în badijanări cu sol. 10 la sută.

Tratamentul biologic. La toate buboanele pe lângă tratamentul local conservativ este indicat a se face și un tratament biologic și numai în cazul când nu obținem rezultate cu aceste mijloace să se recurgă la tratamentul operator. Tratamentul biologic acționează printr'o imunitate activă, pasivă și prin alte mijloace biologice de apărare.

Seroterapia. Cercetări mai importante prin această metodă a făcut *Rrenstierna*, care prepară un ser antistrepto-bacilar dela oaie, după ce injectează animalele timp de 6 săptămâni cu emulsii de streptobacili *Ducrey* morți, apoi vii, din culturi crescute pe medii solide. Cu acest ser obține rezultate numai la adenitele nesupurate. Cunoscând noțiunile emise de *Aubert* că bacilul *Ducrey* nu rezistă la temperaturi ridicate, încearcă să-și activeze acest ser, prin adăugarea substanțelor piretogene, folosindu-se în acest scop de o emulsie de bacili tifici. Cu acest ser activat obține rezultate cu mult mai bune ca înainte. Face injecții cu 10 cm. c. de ser la intervale de 5 zile după cari buboanele se vindecă într'o săptămână dela începerea tratamentului, în timp ce șancrul moale rămâne aproape neinfluențat. Inconvenientul acestei metode este, că dă reacțiuni locale și generale prea mari iar serul se găsește foarte greu.

Frenkel pretinde că a obținut vindecări rapide la șancru moale gangrenos numai cu seroterapie.

Vaccino-terapia se pare a avea o acțiune specifică asupra buboanelor; s'au obținut vindecări definitive fără nici un alt tratament local

Primele preparațiuni de vaccin antistreptobacilar sunt ale lui *Tamara* (1912), apoi o publicație a lui *Reiter Hans* dela Stuttgart. *Ito* (1913) prepară la Breslau un vaccin întrebuițând culturi proaspete de bacili *Ducrey*, crescute pe medii cu agar și sânge de iepure. Aplicând acest vaccin la 12 cazuri de șancru moale cu bubon, leziunile ganglionare dispar după 1—2 injecții, dar vindecarea șancrului se obține numai în 2 cazuri.

Stämpke din Hanover prepară deasemenea un vaccin, întrebuițând culturi pure de streptobacili *Ducrey*, omogenizate în ser fiziologic, încălzite apoi $\frac{1}{2}$ oră la 65° și adăugat în cantitate egală ser fiziologic fenolat 1 $^{\circ}$ / $_{10}$. Administrează în total 3—4 injecții cu 0,10—0,50 cm. c. vaccin intravenos. Urcările de temperatură după injecții sunt rare și minimale.

Charles Nicolle și *Durond* la Tunis prepară vaccinul „*Dmelcos*” după o metodă asemănătoare cu a lui *Ilo*. Face o emulsie de bacili *Ducrey* puri, crescuți pe medii solide, omogenizată în ser fiziologic fenolat 2⁰/₁₀, conținând 250 milioane de microbi pe cm. c. omorâți prin căldură. Se dă în injecții intravenoase la 2—3 zile 1; 1,5; 2 cm. c. De multe ori se produc reacțiuni generale și temperatură până la 40°. Buboanele după acești autori se vindecă în 16—17 zile. Au obținut rezultate bune mai mult la buboane, iar la șancru mai puțin.

Acest preparat întrebuințat de *Gjorgjevitich* și *Stephanovitch* la bolnavi cu șancru moale și bubon au dat vindecări în 63%.

Noguer More face intradermo-reacția cu vaccinul *Nicolle* și o crede importantă pentru diagnostic. Constată că activitatea terapeutică este cu atât mai manifestă, cu cât intradermo reacția este mai intensă. Injecțiunea unei doze mici de vaccin produce o reacție febrilă ca și cantitățile mari, însă nu are aceiași valoare terapeutică.

Prof. *Nicolau* și *Banciu* dela București, după numeroase cercetări, prepară un vaccin care s'ar putea spune că este superior vaccinilor streine. Ei folosesc culturii făcute în mediu lichid *Nicolau-Banciu*, care constă dintr'un ser fiziologic 8,5⁰/₁₀₀ cu 1% peptonă adăugat $\frac{1}{5}$ sânge de om deși brinat. În acest mediu baciliile cresc foarte abundente. Lasă culturile să se învechească 2—4 zile, apoi se încălzesc timp de două ore la 60° în 3 zile succesiv apoi, se fenolează cu sol 3%. Se injectează intramuscular 1—2 cm. c. la intervale de 3 zile. Cu acest vaccin autorii au obținut pe 17 cazuri de buboane 59% vindecări. Numărul injecțiilor au fost 4—5 la adenite. La șancru moale autorii pretind a fi obținut 85% vindecări.

Acest vaccin întrebuințat în unele servicii medicale din București, a dat o vindecare de 78% la adenite și 85% la șancru moale. În Clinica Prof. *Tătaru* dela Cluj încă s'a experimentat vaccinul *Nicolau-Banciu* observându-se o vindecare rapidă atât la șancru moale cât și la bubon. Bolnavii au suportat bine acest vaccin și temperatura cea mai înaltă a fost 38°. Cercetările nu s'au putut extinde la un număr mai mare de bolnavi din lipsă de material.

Hababou-Saba aplică vaccinoterapie locală cu filtrate pure de bacili *Ducrey* încălzite 1 oră la 60°. Intrebuințează culturi pe medii lichide proprii. Cu acest filtrat autori obțin rezultate foarte bune la adenitele ne deschise, injectând în ganglioni o cantitate corespunzătoare după aspirațiunea puroiului din interior. Se obține

vindecare în 3—4 zile. În aplicația locală a filtratului pe șancru moale, pretind a fi obținut vindecări la fel în 3—4 zile. Fac concluzia că vaccino-terapia locală cu filtrat de bacili *Ducrey* este metoda cea mai bună și mai specifică în tratamentul buboanelor și a șancrului moale.

Pio-terapia este o metodă care se întrebuițează în Franța. Se puncționează bubonul colectat, se amestecă 1 cm. c. puroi obținut cu 20 cm. c. ser fiziologic steril și se încălzește 1 oră la 56°. Injecțiile se fac în mușchi în doze crescânde de 0,25; 0,05; 0,75 și 1 cm. c., iar câte odată 2 cm. c. tot la 2—3 zile. Pe 30 de bolnavi tratați prin această metodă, durata vindecării bubonului a fost de 10 zile și pe 3 cazuri nu s'a obținut nici o ameliorare.

Proteino-terapia este frecvent aplicată în tratamentul buboanelor cu rezultate destul de bune.

Se întrebuițează injecțiile cu lapte sterilizat prin fierbere, în cantitate de 5—10 cm. c. intramuscular. Produce o ridicare de temperatură până la 39°—40° care însă variază mai mult după individ decât după cantitatea administrată. Se repetă la intervale de 2—5 zile.

Fault Gustav precum și *Bonnet* obțin rezultate mulțumitoare la buboane, pe când șancri moi sunt mai puțin influențați.

În Clinica *Dermato-Venerică* a D-lui Prof. *Tătaru* dela Cluj se aplică în mod curent proteino-terapia cu lapte sterilizat prin fierbere la tratamentul buboanelor. Se obțin rezultate cu atât mai bune cu cât tratamentul este mai precoce și rezultate relativ mai slabe în buboanele supurate spontan, sau în buboanele cu colecțiuni mari și aproape de fistulizare.

În loc de lapte unii autori recomandă diferite preparate de proteină: aolan, cazeozan, actoprotin, etc. pentru că nu sunt așa de dureroase și nu produc temperatură așa de ridicată, ca și cum produce laptele.

Este o metodă recomandată în toate cazurile de bubon și foarte ușor de aplicat.

Auto-hemoterapia a fost aplicată prima dată de Prof. *Nicolas* dela *Lyon* în tratamentul bubonului șancros. Este o metodă simplă, ușoară, nu este dureroasă și nu produce nici o reacție generală nici locală. Constă în injectarea alor 5—10 cm. c. de autosânge intramuscular. Autorul publică 31 de cazuri tratate prin această metodă dintre cari a obținut 23 de vindecări și 8 insuccese.

D-l. *Leonida Pop* preparându-și teza de doctorat în Clinica Prof. *Tătaru*, a aplicat această metodă la mai multe cazuri de șancru moale și bubon. A obținut o regresivitate sau o ameliorare

a buboanelor nesupurante, iar asupra șancrelor moi nici un efect.

Dintre aceste metode, cele mai bune par a fi vaccino-terapia și proteino-terapia. În Clinica *Dermato-Venerică* din Cluj D-I. Prof. *Tălaru* preconizează aceste două metode cu rezultate foarte bune. În special aplicate de timpuriu, constituiesc împreună cu tratamentul conservativ, un adevărat tratament abortiv al buboanelor. În regulă generală acțiunea lor asupra buboanelor este evidentă, până când asupra șancrului moale este mai puțin însemnată. Aplicate rațional aceste metode, ne vor da posibilitatea să combatem complicațiunile ganglionare ale șancrului moale cu mai multă ușurință și să reducem simțitor durata tratamentului.

Șancru moale fie acompaniat sau nu de complicațiuni, după vindecare nu conferă individului nici o imunitate, care să-l facă mai puțin susceptibil de o nouă infecțiune. Reinfecțiunile sunt foarte numeroase și se pare chiar că reinfecțiunile dau mai frecvent complicațiuni mai ales asupra sistemului limfatic.

Vaccinațiunea preventivă nu scutește pe indivizi de infecțiune și nici de complicațiuni. Cercetările în această privință nu sunt prea numeroase, dar totuși sunt descrise cazuri, unde vaccinațiunea a fost practică de mai multe ori și totuși nu s'a arătat eficace.

Injectiunile cu tuberculină administrate mai mult pentru a preveni complicațiunile mai ales ganglionare sunt recomandate de unii autori cari pretind a fi obținut oarecari rezultate.

STUDIU STATISTIC

Dintre toate complicațiunile șancrului moale cea mai frecventă este bubonul. După Broq șancri moi dau complicațiuni ganglionare în 25^o/₁₀. Sinani-Chapiro dela Odesa într'o statistică pe timp de 10 ani, pe un număr de 2858 cazuri cu șancru moale găsește buboanele în 28^o/₁₀ a cazurilor. În Clinica D-lui Prof. Tătaru dela Cluj pe un număr de 1790 bolnavi cu șancru moale prezentați din anul 1919 până la sfârșitul anului 1929 adică în timp de 11 ani, s'au găsit: complicațiuni ganglionare în 562 cazuri adică 31,39^o/₁₀ și bubonuli în 22 cazuri adică 1,23^o/₁₀ din totalitatea cazurilor.

Șancru moale și complicațiunile sale ca și celelalte boli venerice, stau în strânsă legătură cu viața sexuală a individului. Deaceea la o observațiune comparativă ne presintă particularități interesante în raport cu vârsta, sexul și starea socială a indivizilor. În legătură cu aceste considerațiuni am adunat câteva date din clinica D-lui Prof. Tătaru asupra celor 1790 bolnavi cu șancru moale și complicațiuni cărora li-sa aplicat fie tratament ambulator, fie că au fost internați în serviciul clinic.

În cece privește vârsta, sexul și starea socială aproape toate categoriile de indivizi au solicitat ajutorul medical.

Dau mai jos tabloul totalizat de pe ultiinii 11 ani al bolnavilor cari s'au perândat la clinica D-lui Prof. Tătaru.

Am clasificat în primul tablou toate cazurile de șancru moale împreună cu toate complicațiunile sale și am extras în al doilea tablou numai cazurile de șancru moale complicat cu bubon. În rubricile B sunt arătați bărbații subdivizați după cum au fost căsătoriți (c.) sau necăsătoriți (n); Femeile sunt la fel arătate în rubrica F. cu aceeași subdiviziune ca și bărbații.

Tablou

asupra bolnavilor cu șancru moale și complicațiuni din Clinica Prof. Tătaru — Cluj.

Anul	1-10 Ani	11—15 ani				16—20 ani				21—25 ani				26—30 ani				31—40 ani				41—50 ani				51—60 ani				Total			
		B.		F.		B.		F.		B.		F.		B.		F.		B.		F.		B.		F.									
		n	c	n	c	n	c	n	c	n	c	n	c	n	c	n	c	n	n	c	n	c	n	n	c	n							
1919					1	54	7	14	12	127	4	29	11	50	5	11	29	21					4	3			1	2					385
1920						32	3	1	6	77	5	3	15	42	2	4	28	15	2	2	3						1		2				243
1921			1			2	38	1		1	43	1	3	4	20	2	2	8	8	1	1	3	4					1	1			145	
1922				1		15		1	3	19		2	5	7		1	8	3					1								66		
1923					1	35	1	2	5	51	1	1	9	29	1		8	9					9						1	1	164		
1924						41	1	1	3	46			7	16	2		8	6	1								1		1				134
1925				1		66	1	3	3	59		4	5	34		2	14	10					7	1			4				214		
1926	1					31		1	6	52	1	1	13	25	1	1	7	4	3	1	1	1					1	1			152		
1927						2	29	1	2	1	50	2	1	2	11			9	4					2				2				118	
1928			2			30		1	1	31		1	3	10			2	6					4	1	1				2		65		
1929						1	26		1		21		1	3	7			6	3	2		2		1						74			
Total	1	3	3	6	397	15	27	41	576	14	46	77	251	13	21	127	89	9	4	36	10	4	1	12	5	2	1790						

Tablou

asupra bolnavilor numai cu șancru moale și bubon dela clinica Prof. Tătaru — Cluj.

Anul	1-10 Ani		11—15 ani				16—20 ani				21—25 ani				26—30 ani				31—40 ani				41—50 ani				51—60 ani				Total
	F	B	B		F		B		F		B		F		B		F		B		F		B		F						
			n	o	n	o	n	o	n	o	n	o	n	o	n	o	n	o	n	o	n	o	n	o	n	o	n				
1919					1	2	1	3	4	1	5	2	14	1	3	6	7					1							102		
1920					13	2	2	3	1	4	5	18	1	2	8	3	1	1				1		1				93			
1921					13	1	1	17		1	1	6		1	3						3							47			
1922				1	9		2		5		1	1					3	2				1						25			
1923					13		1	2	18			4	7	1		3	5				4							58			
1924					17		1	14			2	6			1	2								1				44			
1925					18		1	1	15		2	1	15		1	4	3				2		2					65			
1926	1				6		1	13		1		5	11		2	2	1											43			
1927					2	1	1	12		1		4			5	2					1							29			
1928				2	14			11				3			1	3					1			2				37			
1929					3			5				1	5		4	1												19			
Total	1	2	1	2	122	5	4	13	177	12	8	21	90	4	7	37	28	5	3	10	2	2	4	2			562				

Se pot observa cu ușurință particularitățile acestei maladii confirmate de rezultatul statistic al acestui bogat număr de bolnavi.

Vârsta ne îndreptățește să spunem că șancru moale împreună cu complicațiunile sale constituie o maladie a adultului. Se întâlnește foarte rar la copii sub 15 ani; se întâlnește mai frecvent dela 16 ani în sus și numărul bolnavilor crește cu vârsta ajungând cel mai ridicat procent între 21 și 25 ani pentru a scădea din nou cu cât crește vârsta. Bubonul constituind o complicațiune a șancrului moale urmează aceleași reguli fără nici o altă particularitate.

Frecvența după vârstă la Clinica D-lui Prof. *Tătaru* pe 1790 bolnavi a fost repartizată în felul următor:

Șancru moale și complicațiuni				Bubon	
1—10 ani	1 caz		1 caz		
11—15 "	6 cazuri	0,33%	3 cazuri		0,50%
16—20 "	445 "	24,8 "	133 "		23,8 "
21—25 "	677 "	37,8 "	210 "		37,6 "
26—30 "	362 "	20,2 "	122 "		21,2 "
31—40 "	229 "	12,7 "	73 "		12,9 "
41—50 "	51 "	2,8 "	14 "		2,7 "
51—60 "	19 "	1 "	6 "		1 "
	<hr/>		<hr/>		
	1790	99,60%	561		99,70%

Acest rezultat este în perfectă concordanță cu rezultatele statisticilor streine. Statistica noastră confirmă perfect rezultatele obținute de *Sinani-Capirio* la Odessa pe un timp de 10 ani și un număr de 2858 bolnavi cu șancru moale. Iată procentele publicate de acești autori după vârstă:

21—25 ani	37,58 %
26—30 "	27,43 "
31—40 "	16,38 "
15—20 "	14,52 "

Asemănarea este evidentă așa încât afirmațiunile noastre sunt suficient întemeiate.

Sexul deasemenea oferă rezerve importante în cece privește cazuistica boalei. Femeile în general sunt cu mult mai scutite decât bărbații atât față de șancru moale cât și față de complicațiunile lui. Uni autori afirmă că femeile pot fi și simple purtătoare de germeni cu posibilitatea transmisiunii fără însă a se manifesta boala.

Pourcentagiul găsit în această privință este:

Șancru moale și complicațiuni

	Bărbați	Femei
1—10 ani	—	1 (0,06 ^o / _o)
11—15 "	3 (0,16 %)	3 (0,16 ^o / _o)
16—20 "	403 (22,5 ")	42 (2,36 ")
21—25 "	617 (34,5 ")	60 (3,3 ")
26—30 "	328 (18,3 ")	34 (1,9 ")
31—40 "	216 (12 ")	13 (0,7 ")
41—50 "	46 (2,5 ")	5 (0,28 ")
51—60 "	17 (1 ")	2 (0,10 ")
	<hr/> 1630 (91 ^o / _o)	<hr/> 160 (8,80 ^o / _o)

Bubon

	Bărbați	Femei
1—10 ani	—	1 (0,06 ^o / _o)
11—15 "	2 (0,11 ^o / _o)	1 (0,06 ")
16—20 "	124 (6,92 ")	9 (0,53 ")
21—25 "	190 (10,61 ")	20 (1,11 ")
26—30 "	111 (6,2 ")	11 (0,6 ")
31—40 "	65 (3,64 ")	8 (0,44 ")
41—50 "	12 (0,67 ")	2 (0,11 ")
51—60 "	6 (0,33 ")	—
	<hr/> 510 (28,48 ")	<hr/> 52 (2,91 ")

Se vede din acest tablou că atât la șancru moale cât și la bubon femeile oferă un procent foarte scăzut față de procentul bărbaților; aceștia sunt atinși aproximativ în 90%, iar femeile numai în 10%

Starea socială este un alt factor care influențează frecvența și apariția mai deasă a boalei la anumite categorii de indivizi.

Bărbații necăsătoriți sunt cu mult mai frecvent afectați precum și femeile necăsătorite într'un grad oarecare. Tabloul de mai jos ne arată clar această proporție.

Șancru moale și compl.

	Bărbați	Femei	Total
Căsăt.	299 (16,7 %)	55 (3 %)	354 (19,8%)
Necăsăt.	1331 (74,3 ^o / _o)	105 (5,86 ^o / _o)	1456 (80,2 ^o / _o)
Total	<hr/> 1630 (91 ^o / _o)	<hr/> 160 (8,86 ^o / _o)	<hr/> 1790 (100 ^o / _o)

Bubon

	Bărbați	Femei	Total
Căsăt.	87 (4,86 ^o / _o)	28 (1,57 ^o / _o)	115 (6,42 ^o / _o)
Necăsăt.	423 (23,62 ^o / _o)	24 (1,34 ^o / _o)	447 (24,97 ^o / _o)
Total	<hr/> 510 (28,48 ^o / _o)	<hr/> 52 (2,91 ^o / _o)	<hr/> 562 (31,39 ^o / _o)

În general procentuația indivizilor necăsătoriți este de 80,2%, dintre cari 74,3% bărbați și 5,86% femei iar procentuația celor căsătoriți este numai de 19,8% dintre cari 16,7% bărbați și 3% femei.

Anotimpul încă s'a pus în legătură cu frecvența șancrului moale. Unii autori au găsit șancru moale mai frecvent în lunile de vară. Noi din contră pe statistica noastră centralizată de pe timp de 11 ani am obținut un număr mai mare de bolnavi în lunile de iarnă și mai puține în luna Aprilie și apoi în celelalte luni ale anotimpurilor calde. Dăm mai jos tabloul complet al bolnavilor repartizați pe ani și pe luni.



Tablou

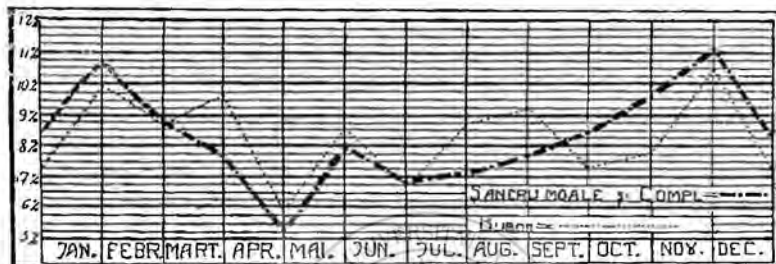
asupra bolnavilor cu șancru moale și compl. din Clinica prof. Tătaru repartizați după luni.

Anul	Ian.	Febr.	Mart.	April	Mai	Iunie	Iulie	Aug.	Sept.	Oct.	Nov.	Dec.	Total
1919	40	33	32	22	17	30	29	29	42	38	31	42	385
1920	19	14	31	22	37	12	20	23	25	9	14	17	243
1921	17	18	16	7	11	6	8	12	14	15	14	7	145
1922	5	6	4	2	14	2	2	5	6	6	6	8	66
1923	24	20	11	10	8	11	10	4	8	26	14	18	164
1924	18	8	6	4	11	8	10	10	13	13	24	9	134
1925	21	18	10	8	14	21	22	23	19	16	23	9	214
1926	8	13	13	5	7	12	10	17	7	16	37	8	152
1927	22	15	8	5	16	6	10	4	2	17	5	8	118
1928	7	10	6	8	7	13	4	1	5	8	15	11	95
1929	11	4	2	2	—	2	2	2	10	8	17	14	74
Total	192 (10,7%)	159 (8,87%)	139 (7,7%)	95 (5,30%)	142 (79,6%)	123 6,86%	127 7,09%	139 7,7%	151 8,4%	172 9,6%	200 11,1%	151 8,4%	1790

Tablou
asupra bolnavilor cu bubon din clinica prof. Tătaru repartizați după luni

Anul	Ian.	Febr.	Mart.	April	Mai	Iunie	Iulie	Aug.	Sept.	Oct.	Nov.	Dec.	Total
1919	10	12	10	5	3	9	6	11	9	9	8	10	102
1920	7	3	17	9	18	3	10	9	4	3	6	4	93
1921	6	8	9	4	1	2	3	4	3	1	4	2	47
1922	3	3	—	—	5	—	—	2	3	3	4	2	25
1923	8	8	3	2	4	6	6	1	2	10	4	4	58
1924	6	2	1	1	5	2	4	4	4	4	7	4	44
1925	7	3	4	3	4	5	9	12	6	5	4	3	65
1926	—	2	9	2	2	3	5	5	1	4	9	1	43
1927	5	4	—	—	6	2	3	3	2	2	—	2	29
1928	2	1	—	5	—	5	3	1	4	3	8	5	37
1929	2	3	1	1	—	1	—	—	3	—	4	4	19
Total	56 (9,9%)	49 (8,7%)	54 (9,6%)	32 (5,87%)	48 (8,5%)	38 (6,7%)	49 (8,7%)	52 (9,2%)	41 (7,3%)	44 (7,8%)	58 (10,4%)	41 (7,3%)	562

Se vede procentul mai scăzut în luna Aprilie apoi, menținându-se cu oarecari variații în lunile : Mai, Iunie, Iulie și cu Septembrie începe a se urca atingând maximum în Noembrie și Ianuarie. Totalul bolnavilor din intervalul de 11 ani dela Clinica Prof. Tătaru din Cluj exprimat în procente și luni dă în mod grafic următoarea diagramă :



Linfadenita scoasă din numărul total al bolnavilor șancroși și reprezentată separat în acelaș mod și pe aceeași grafică ne dă o curba care urmează aproape în mod fidel pe aceea a șancrului moale. Micile divergențe provin probabil în urma condițiilor favorizante cari, se oferă la fiecare caz în parte pentru a da complicațiuni ganglionare.

Concludem în această privință că numărul cazurilor de șancru moale la noi este mai frecvent în anotimpurile cu temperatura mai rece — toamna și iarna — și este mai scăzut în anotimpurile cu temperatură mai caldă — primăvara și vara.

OBSERVAȚIUNI PERSONALE

Obs. Nr. 1. S. N. 20 ani elev Cluj

Dg. Șancri moi, adenită inghinală dreaptă, moluscum contagiosum.

Antecedentele heredo-colaterale și personale nu ne pot da nici un indiciu asupra boalei de care suferă. Negă să fie suferit de boli infecto-contagioase, Negă deasemenea infecțiunea sifilitică.

Boala actuală: la 4 zile după un contact sexual apar pe prepuțiu două ulcerăriuni dureroase. Se prezintă la consultațiile Clinicei Dermatologice, unde i-se stabilește că suferă de șancri moi și urmează tratament ambulator. După vre-o 8 zile simte dureri în regiunea inghinală dreaptă, mai ales la mers și observă în acelaș timp și o tumefiere foarte discretă. Pe lângă tratamentul șancrilor, i-se face injecții cu lapte și se recomandă să stea acasă în pat și să aplice comprese reci. Tumefierea ganglionilor inghinali nu se reduce și bolnavul intră în serviciul clinice.

La examenul general bolnavul normal dezvoltat și bine nutrit.

Ganglionii: în regiunea inghinală dreaptă se prezintă o tumefacțiune, care interesează un pachet de ganglioni, prinși între ei, izolabili de piele, de consistență dură și sensibili la palpare. Pielea de deasupra lor nu prezintă fenomene inflamatorii.

Organele genitale: Pe foița externă a prepuțului se prezintă 3 leziuni ulceroase, cu un fond roșu, granulos, marginile granulativă, cu tendință spre epitelizare. Pe dosul penisului se găsc două leziuni proeminente, bine delimitate, de consistență dură, cu o ombilicație centrală, din care la presiune laterală se elimină o masă cazeoasă.

28-I-1930. Se ține bolnavul la pat în liniște și se aplică comprese reci cu sol. *Bourow* pe regiunea inghinală dreaptă. Se administrează 5 cm. c. aolan intra-muscular. Pe șancri se aplică pansament cu *Unguentum Mikulicz*.

31-I-930. Bolnavul se simte mai bine, ganglionii din regiunea inghinală dreaptă sunt cu ceva mai puțin dureroși, tumefacțiunea începe a se reduce.

Se continuă acelaș tratament.

2-II-930. Fenomenele inflamatorii regresează destul de bine, bolnavul ameliorat, subiectiv nu mai acuză dureri, tumefacțiunea aproape complet regresată, ganglionii sunt cu mult mai puțin senzibili.

4-II-930. Bolnavul părăsește serviciul clinic vindecat.

Obs. Nr. 2. I. I. 19 ani servitor. Dg: șancrui moi tratați, bubon inghinal stâng în faza de cruditate și periađenită.

Din antecedentele heredo-colaterale nu reiese nimica ce ar putea fi în legătură cu boala actuală. Negă maladiile infecto-contagioase. Negă infecția sifilitică și blenoragia.

Boala actuală: în urma unui contact sexual cu o cameristă de hotel, apar la 13 zile două eroziuni mici pe gland, în apropierea orificiului uretrei. Bolnavul a urmat la tratament ambulator în Clinica Dermatologică din Cluj cu diagnosticul de șancrui moi, făcându-i-se cauterizări și pansament cu ung. *Mikulicz*. Leziunile regresează repede, însă după alte 7 zile apar încă două șancrui similare pe marginea liberă a prepușului deoparte și de alta, cari se dezvoltă repede, ajungând dimensiunile unor boabe de mazăre. Se evidențiază între timp și alte leziuni mai mici. Șancrui sunt tratați sistematic prin cauterizări cu fenol și ung. *Miculicz* dar, în acest timp bolnavul își continuă ocupațiunea zilnică reclamându-și eforturi destul de însemnate.

După 7 săptămâni dela prima apariție a șancrului, încep a se tumefia ganglionii din regiunea inghinală stângă în timp ce șancrui de pe marginea liberă a prepușului se cicatrizează dând loc la o fimoză.

Tumefierea ganglionilor progresează repede, se asociază cu dureri locale, dureri la mers, senzație de slăbiciune care îl determină pe bolnav să intre în serviciul clinice.

Habitus, nutriția, dezvoltarea și organele toraco-abdominale sunt normale.

Ex. local: orificiul prepușal este strâmtat, ireductibil din cauza unor cicatrice vicioase, situate la marginea liberă a prepușului. În partea stângă și superioară a circumferinței orificiului prepușal se prezintă o ulceracțiune neregulată, cu fond și margini acoperite de muguri granuloși; în partea dreaptă a orificiului prepușal deasemenea

o cicatrice prost șancroasă care contribuie la strâmtarea orificiului superior prepuțial.

În regiunea inghinală stângă se prezintă o tumefacție ușor fuziformă de mărimea unei nuci mari, cu tegumentele ușor hiperemice înspre plica inghinală, fără ca ele să adere de țesuturile subjacente. La palpație se simte un bloc de ganglioni neisolabili între ei, prinși de țesuturile profunde. Consistența lor este dură. Sunt foarte sensibili la atingere și la mișcările active și pasive ale trunchiului pe abdomen. Urina : alb = neg. Puroi = neg. Zahăr = neg. Temp. 36 RW = negativă.

Întră în Clinică cu data de 26-III-1930. Local i-se aplică comprese reci pe regiunea inghinală stângă, pe leziunile ulcerose se aplică vaselină boricată. Se dă 5 cm.³ lapte intra muscular după care face o ascensiune termică de 38^o. A doua zi tumefacția ganglionilor puțin redusă. În partea Centrală pielea începe a se înroși pe întinderea unei piese de 1 leu. Se continuă aplicarea compreselor.

În 28-III-1930. Adenita nemodificată. Se adiminstrează 8 cm³ lapte intra muscular.

Reacționează cu temperatură de 39^o. Local se pune comprese reci cu sol. Bourow.

30-III-1930 Se puncționează dela distanță tumora ganglionară se scoate 0,5 cm³ puroiu și se injectează aceeași cantitate de sol. *Callot*. În puroiul extras, la examenul microscopic nu se poate pune în evidență streptobacilul lui *Ducrey*.

2-IV-930. Tumefacția ganglionară puțin redusă, mai izolabilă de țesuturile din jur, eritemul pielei aproape complet dispărut, sensibilitatea foarte mult diminuată. Se face din nou puncție, se extrage 1 cm³ lichid sero purulent și se injectează sol. *Callot*.

4-IV-939 Tumora mult diminuată, este nedureroasă eritemul cutanat dispărut, nu se simte nici o fluctuență. Subiectiv durerile au dispărut complet.

6-IV-930 Tumora regresată, nedureroasă, se percepe o ușoară infiltrațiune cu tendință la resorbțiune.

Bolnavul părăsește clinica vindecat.

Caz. III. B. I. 25 ani student. Cluj.

Dg. Șancri moi, adenită inghinală stângă.

Antecedente : În 1919 în urma unui accident i-sa amputat piciorul drept. În 1921 a suferit de blenoragie. Neagă infecțiunea sifilitică.

Boala actuală : Din 10 Martie a. c. a observat apariția unor

leziuni pe penis. Se prezintă la Clinica Dermato-Venencă și urmează la tratament pentru șancri moi. După vre'o 2 săptămâni începe a simți o tumefacțiune dureroasă în regiunea inghinală stângă, pentru care este primit în clinică.

La examenul general bolnavul se prezintă denutrit, slab și cu tegumentele palide. Pe coapsa dreaptă se prezintă o cicatrice vicioasă în urma unui accident suferit; piciorul drept este amputat deasupra genunchiului.

Ganglionii. În regiunea inghinală stângă se prezintă un pachet ganglionar tumefiat, de mărimea unui ou. Ganglionii sunt prinși între ei, sunt duri și dureroși la palpare. Tegumentele sunt libere fără fenomene inflamatorii.

Organele genitale: În șanțul balano prepuțial pe dosul penisului se prezintă două leziuni, de mărimea boabelor de linte, rotunde cu margini neregulate, ușor subminate, cu un fond anfractuos, acoperit cu puroiu; sunt foarte dureroase la atingere.

R. Wassermann în sânge negativă, urina nu conține albumină, puroi, nici zahăr.

30-III-930. Pe tumefacțiunea ganglionară se aplică comprese reci cu sol Bourow. Șancrii se cauterizează cu fenol. conc. și se aplică alifie cu sulfat de cupru. Bolnavul se ține la pat; prezintă și o stare gripală cu temperatura 38°. Se administrează intern prafuri antigripale.

1-IV-930 La fel se cauterizează șancrii, pe ganglionii inghinali din stânga se aplică comprese reci; intern prafuri antigripale.

2-IV-930 Temp. scade la normal, șancrii se curăță, se aplică pe ei iodoform. Pachetul ganglionar mai tumefiat, cu fenomenele inflamatorii mai accentuate. Se continuă aplicarea compreselor.

5-IV-930 Șancrii complect epitelizați, ganglionii se mențin tumefiați, nu se poate percepe o fluctuație evidentă.

8-IV-930. Se face puncția ganglionilor și se scoate 4 cm. c. puroi apoi se introduce 5 cm. c. sol. Callot.

10-IV-930. Fenomenele inflamatorii se reduc în mod simțitor, ganglionii mai puțin dureroși. Tumefacțiunea începe a se reduce.

11-IV-930. Fenomenele se mențin ușor regresate la nivelul ganglionilor. Se face o nouă puncție, se extrage puțin lichid seropurulent.

12-IV-930. Adenita puțin tumefiată și sensibilă, se aplică comprese calde.

14 IV Fenomenele cedează bolnavul părăsește serviciul vindecat.

Caz. IV. M. I. 29 ani necăsăt. șef. de manevră C. F. R. Baia-Mare.

Dg. Șancru moale în șanțul balanoprepușial stâng, bubon inghinal drept.

In antecedentele heredo colaterale nu găsim nimic care ar putea fi în legătură cu boala actuală.

In antecedentele personale găsim la etatea de 23 ani malarie. Înainte cu 5 ani contractează o uretrită blenoragică fără alte complicațiuni, tratată de un medic oficial al C. F. R. Înainte cu 6 luni o nouă infecție gonococică, deasemenea tratată până la vindecare. Șancru moale neagă; Sifilis neagă; Boli de piele neagă.

Boala actuală dătează de 25 zile. Cu ocazia unui contact sexual cu o prostituată publică, observă în șanțul balanoprepușial o mică fisură sângerândă din care se scurg 3—4 picuri de sânge și peste care aplică atuncea un praf probabil iodoform. După 2 zile observă în acelaș loc că s'a format o ulcerăție care îi produce dureri și usturime. Se prezintă la medic și i-se prescrie o alifie pe care bolnavul o aplică în fiecare seară pe ulcerățiune după o prealabilă spălare cu apă caldă. În acest timp bolnavul își continuă ocupația care îi reclamă umblare foarte multă. După 18 zile dela prima apariție a șancrului genital, observă o tumefacție în regiunea inghinală dreaptă, însoțită de dureri, mai accentuate în legătură cu mersul și cu eforturile. Tumefacția și durerile progresează zilnic, iar bolnavul se prezintă la 5 zile după tumefacție la medic și apoi este trimis și primit în Serviciul Clinicei Dermatologice din Cluj, la 8 zile dela apariția bubonului și în a 25-a zi dela prima apariție a șancrului.

La examenul general se prezintă într'o stare de nutriție și dezvoltare generală normală.

Din partea aspectului exterior și al organelor interne toraco-abdominale nu se găsește nimic remarcabil.

Organele genitale. În șanțul balano prepușial, trecând puțin și pe fața internă a prepușului, cu 2 cm. la stânga frenului, se prezintă o ulcerățiune rotundă, de mărimea unui bob de mazăre mai mare, cu marginile neregulate, sdrențuite, decolate cu fondul anfractuos, acoperit de o masă necrotică gălbue, sângerând la atingere și foarte sensibil; consistența marginilor și a fondului este moale.

Ganglionii inghinali din dreapta sunt tumefiați, prinși într'un bloc de mărimea unui ou de găină, de consistență dură, aderenți

de țesuturile profunde foarte sensibili la palpație. Tegumentele de deasupra lor sunt hiperemice, edemațiate, lucioase, distinse, subțiate cu deosebire pe teritoriul central, pe o întindere cât o piesă de 2 lei. Se prezintă și o ușoară descvamație lameloasă. La acest nivel se simte și o fluctuație puțin pronunțată. Ex. urinei: alb = neg. — Temp. 36.

R. W. = $\mp/\mp/-$ Pr. + S. + Ml. + +/—

Întră în clinică la 27-III-930. Se cauterizează ulcerațiunea dela nivelul șanțului balanoprepuțial cu acid carbolic conc. și se aplică idoforn. Se puncționează dela distanță tumefacția ganglionară și se extrag 2 cm c puroi sanghinolent și se injectează aceiași cantitate de Sol. Callot. Local comprese reci cu sol Bourow.

După o singură cauterizare ulcerațiunea șanț-roasă se curăță, fondul devine roșu granulat și marginile încep a se epiteliza.

După 2 zile interval se face o nouă puncție a ganglionului ramolit, se extrage un lichid sero purulent și se injectează din nou 2 cm. c. sol. Callot. După acest tratament ampastarea ganglionilor pare a fi ceva mai diminuată și sensibilitatea mai redusă.

2-IV-930 Se face a III-a puncție, se evacuiază un lichid roșu chocolatiu, și se injectează aceeași cantitate de Sol. Callot. Șancrul din șanțul balanoprepuțial aproape epitelizat. Câmpul eritematos al tegumentelor puțin mai diminuat.

5-IV-930 Infiltrația ganglionilor se menține, însă mai diminuată, și cu fenomenele inflamatorii cu ceva mai atenuate.

8-IV-930 Se face încă o puncție ganglionară, se extrage 1 cm. c. lichid chocolatiu și se injectează soluție Callot.

11-IV-930 Pachetul ganglionar se tumefiază din nou, dar nu este prea sensibil. Se aplică comprese reci.

14-IV-930 Fluctuația tumefacțiunii ganglionare este bine perceptibilă. Se puncționează din nou scofându-se un lichid purulent.

18-IV-930 Deoarece până acum nu sa putut obține resorbțiunea focarului inflamator, se decide pentru intervenție. Se incizează bubonul în anestezie prealabilă cu novocaină. Apare o masă ganglionară ramolită, se elimină o cantitate mare de puroi chocolatiu; se raclează toată cantitatea ramolită, se tund marginile plăgii, se drenează cu tifon iodoformat și pe deasupra se aplică comprese cu sol. Bourow.

19-IV-930 Din părțile laterale ale plăgii la presiune se scurge puțin puroi din mai multe focare mici. Se drenează cu tifon iodoformat.

23-IV-930 În colțul superior extern, deasupra plăgii, apare un alt focar de supurație, de mărimea unei alune. Se deschide și se unește incizia cu plaga primitivă. Fondul plăgii este curat, se pansează cu tifon iodoformat.

26-IV-930 Se aplică acid salicilic pentru a curăți plaga de anfractuozități.

28-IV-930 Se face incizia unui focar purulent din partea laterală și internă și se unește cu plaga inițială. Se aplică acid salicilic în praf pe suprafața ulcerată.

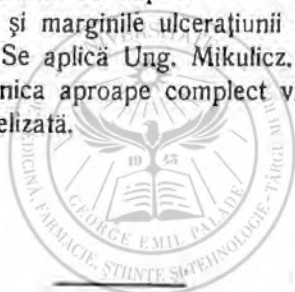
29-IV-930 Se cauterizează marginile subminate ale ulcerățiunii și se aplică acid salicilic.

7-V-930 Se raclează și se tund marginile subminate și se aplică tifon iodoformat.

10-V-930 Se raclează marginea superioară șancrizată și se pansează cu alifie cu sulfat de cupru.

14-V-930 Fondul și marginile ulcerățiunii sunt curate și evoluează spre cicatrizare. Se aplică Ung. Mikulicz.

17-V-930 Părăsește clinica aproape complet vindecat, prezentând o mică porțiune neepitelizată.



CONCLUZIUNI.

Limfadenita inghinală sau bubonul este cea mai frecventă complicațiune a șancrului moale.

Agentul patogen este streptobacilul Ducrey-Unna, care se propagă dealungul căilor limfatice la ganglioni producând fenomene inflamatorii.

Complicațiunile ganglionare ale șancrului moale sunt favorizate de: oboseală, eforturi, traumatisme, tratament rău aplicat, infecțiuni secundare, și o stare de rezistență slăbită a organismului.

În mod clasic bubonul evoluează în trei faze: a) faza de cruditate, b) faza de ramolifție, și c) faza de evacuare sau șancrizare.

După localizare, șancri de pe fren dau mai frecvent complicațiuni ganglionare.

Pentru confirmarea diagnosticului etiologic se pot întrebuința: examenul microscopic, însemnăturile pe medii de cultură, autoinoculările și intra-dermo-reacția cu vaccin antistreptobacilar.

Durata tratamentului depinde de virulența microbilor, de faza în care se prezintă bolnavul la tratament și de metoda care i-se poate aplica.

Concomitent cu tratamentul local se poate aplica cu rezultate bune: vaccino-terapia, proteino-terapia, și mai puțin auto-hemo-și pio-terapia.

Vaccinațiunea preventivă s'a încercat dar rezultatele nu sunt concludente.

În clinica D-lui Prof. Tătaru din Cluj, în timp de 11 ani au fost tratați 1790 bolnavi cu șancru moale, dintre cari 31,39% au prezentat complicațiuni ganglionare.

Șancru moale precum și complicațiunile sale s'au găsit în proporția cea mai ridicată (37,8%) la indivizi între 21 și 25 ani, rezultat perfect asemănător cu al altor statistici streine.

După sex, bărbații fac buboane în 28,48%, iar femeile în 2,9% a cazurilor.

Numărul cazurilor de șancru moale și complicațiuni la noi sunt mai frecvente în lunile de iarnă și mai reduse primăvara și vara.

Văzută și bună de imprimat.

Președintele tezei :

Prof. Dr. C. Tătaru

Decan :

Prof. I. Drăgoiu.



BIBLIOGRAFIE

- Balzer F.* Maladies Veneriennes. Paris 1920.
- Barthelemy* : Traitement local du chancre mou en clientèle de la ville. Annales des Maladies veneriennes. Mars 1928.
- Bezançon F.* Precis de Microbiologie Clinique Paris 1920.
- Bezançon F.* et *Philibert A.* Precis de Pathologie Medicale t. I Paris 1926.
- Brocq L.* : Precis-Atlas de Pratique Dermatologique. Paris 1921.
- Buschke et Longer E.* L'epidemiologie du chancre mou. Münchener medizinische Wochenschrift t. LXXIV nr. 19-13 Mai 1927 și Presse Medicale nr. 49 18 Jun. 1927.
- Bratzlavsky et M. Moreyns* : Contribution à l'étude de la reaction intradermique avec le pus vaccin dans le chancre mou. Roussky Vestnic Dermatologii Martie 1929.
- Carriga M.* Chancre y adenitis venéreas recidivantes despues dela vacunacion especifica. Aparicion posterior nuovo chancro gangrenoso. Actas Dermo-sifilograficas April 1929.
- Cascio Rocca* : Traitement du chancre mou et ses complications par le vaccin de Nicolle en injections intramusculaires. Cultura Medica Moderna 1928.
- Darier* ; Precis de Dermatologie — Paris 1923.
- Dopter Ch.* et *Sacquépée.* Precis de bacteriologie Paris 1921.
- Durand M. P.* Nouvelles recherches sur la prezenze constante du streptobacille de Ducrey dans le bubon chancrelleux. Bul. de la soc. Franc. de derm. et de Syphiligr. 1928.
- Frey Wilhelm* : Zur bacteriologie des Ulcus — Erregers Archiv für Dermatologie und Syphilis 1928.
- Frenkel B-I.* Contribution à l'épidemiologie du chancre mou. Vrat-chebnoie Délo nr. 7 15 April 1928.
- Gjorgjevitch et Bugarski* : Effets medicamenteux des injections

- intramusculaires d'iodoforme sur le chancre mou. *Annal de Mal. venn.* 1926.
- Gjorgjevitch et Stephanovitsch* : Les chancres mous et leurs complications traités par les injections intraveineuses de Dmelcos. *Annal de mal. veneriennes* nr. 2 1927.
- I. Iadasson* : Edmud Lessers Lehrbuch der Haut-und Geschlechtskrankheiten. Berlin 1927.
- Jullien Luis* : *Traité Pratique des Maladies Veneriennes* Paris 1886.
- Lop* : Du traitement chirurgical des adenites inghinales supurées. *Ann. de Mal. venn.* 1926.
- Laurent Ch.* *Traitement du chancre mou par le vaccin.* Le Loir Medical 1929.
- Maggiuli G.* La vaccination intradermique contre le chancre mou et ses complications. *Pensiero medico* fasc. 35 Dec 1927.
- Milian* : Bubon chancrelleux de l'aîne sans chancre mou *Revue de Derm. et de syphiligr.* 1926.
- Nicolas, Moutot Durand* : *Therapeutique de la Syphilis et des maladies vénériennes* Paris 1928.
- Nicolas et Lacassagne.* *Traitement des bubons chancrelleux par l'autohemotherapie.* *Jurn. de med de Lyon* 1925.
- Nicolau et A. Banciu.* Essais de vaccinothérapie dans la chancre mou et ses complications, *Annales de Mal. Vennériennes* Juin 1927.
- Nouger More S.* Los metodos biologicas de fratomiento especifico de chancroide y sus complicaciones *Ars Medica* 1929.
- Platovsky A.* Essais d'application de la vapeur de l'iod cristaloide dans le traitement du bubon chancrelleux. *Vratchebnoïe Délo Martie* 1928.
- Pop Leonida* : *Studiu statistic asupra șancrului simplu și al complicațiunilor sale.* *Clujul medical* 1928 pg. 146.
- Sinani-Chapiro* : *Contribution à l'épidemiologie, la statistique et la Clinique du chancre mou d'après les donnes de 10 ans.* *Recueil Jubilaire des traveaux de l'Institut Demato-Venerologic d'Odessa* t. I pg. 485—492.
- Vigne P. Furnier A. et Acquaviva* : *Etude critique et comparative des divers traitements generaux des bubons chancrelleux* *Annales de Mal. venn.* 1928.
- Testut Jacob* : *Traité D'anatomie topographique* t. II Paris 1922.
- Teisser P. Reilly et Rivallier* : *Le mode d'action de la vaccinothérapie specifique.* *Annales de Medicine* Febr. 1929.

