

7022
UNIVERSITATEA REGELE FERDINAND I. DIN CLUJ
Facultatea de Medicină.

- No. 950.

CONSIDERAȚIUNI

ASUPRA

SIFILISULUI BUCAL DOBÂNDIT



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE 13 FEBRUARIE 1936

DE

DUMITRU DUMITRESCU

C L U J

INSTITUTUL DE ARTE GRAFICE „ARDEALUL“
Str. Memorandului 22.

CONSIDERAȚIUNI
ASUPRA
SIFILISULUI BUCAL DOBÂNDIT



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE 13 FEBRUARIE 1936

DE

DUMITRU DUMITRESCU

23 MAY 2005



CLUJ

INSTITUTUL DE ARTE GRAFICE „ARDEALUL”
Str. Memorandului 22.

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Decan: Domnul Prof. Dr. D. MICHAÏL.

Profesori :

Clinica stomatologică	Prof. Dr	Aleman I.
Istoria medicinei	" "	Bologa V.
Bacteriologie	" "	Baroni V.
Patologia generală și experimentală	" "	Botez A. M.
Clinica oto-rino-laringologică	" "	Buzoianu G.
Istologia și embriologia umană	" "	Drăgoiu I.
" ginecologică și obstetricală	" "	Grigoriu Cr.
Semiologie medicală	" "	Goia I.
Clinica medicală	" "	Hațieganu I.
Clinica chirurgicală	" "	Pop A.
Medicina operatoare	" "	Kernbach M.
Medicina legală	" "	Popovici Gh.
Farmacologia și farmacognozia	Supl. "	Popoviciu Gh.
Clinica infantilă	" "	Michail D.
Clinica oftalmologică	Prof. "	Minea I.
" neurologică	" "	Moldovan I.
Igienă și igienă socială	" "	Negru D.
Radiologia medicală	" "	Papilian V.
Anatomia descriptivă și topografică	" "	Drăgoiu I.
Fiziologia umană	Supl. "	Sturza M.
Balneologie	Prof. "	Tătaru C.
Clinica dermato-venerică	" "	Țeposu E.
" urologică	" "	Thomas P.
Chimia biologică	" "	Urechia C.
Clinica psihiatrică	" "	Vasilii T.
Anatomia patologică	" "	

JURIUL DE PROMOȚIUNE

Președinte : Domnul Prof. Dr. I. Aleman

Membrii :	}	Domnul Prof. Dr. V. Bologa
		" " " M. Kernbach
		" " " Gh. Popovici
		" " " I. Vasiliu

Supleant : Domnul Doc. Dr. V. Cimoca

Introducere.

Infecțiunea sifilitică își poate găsi poartă de intrare în organism în oricare regiune a tegumentelor. Inșă ca infecțiunea să se facă, se impune o condițiune absolută din partea tegumentelor și anume: ele trebuie să prezinte o lipsă de continuitate a stratului protector epitelial. Această lipsă se întâlnește mai frecvent la nivelul mucoaselor, unde epiteliul este subțire și mai ales foarte fragil, din cauză că e scaldat veșnic de secrețiunile fiziologice. Traumatismele neînsemnate, pot să-l îndepărteze cu destulă ușurință și să creeze astfel o poartă de intrare.

În afară de acest fapt important, mucoasele tapetează cavități, cari prin poziția lor, prin funcțiunea lor fiziologică, sunt mai deseori expuse contactului cu materialul infecțios, decât o altă regiune indiferentă a tegumentelor. E vorba în special de mucoasa genitală și bucală.

Accidentele sifilitice primitive sau secundare ale gurii pot de multe ori să rămână nedescoperite de cel care le poartă. Ne dăm seama, ce pericol reprezintă acest individ, pentru cei din jurul lui și pe cari îi poate contamina cu destulă ușurință, după cum vom vedea.

Din punct de vedere epidemiologic, infecțiozitatea cea mai mare o au leziunile secundare, cari pe lângă că conțin un număr enorm de spirocheți

sunt și multiple. În al doilea rând vine sifilomul primar, care la fel conține spirocheți în număr mare, dar ca leziune este solitar. În al treilea rând vin gomele cu un număr redus de spirocheți. Foarte rar se pot descoperi spirocheți la examenul ultra-microscopic, al conținutului gomei.

Cavitatea bucală este locul cel mai sigur unde se pot găsi în mod aproape constant manifestări secundare sau terțiare. Este un fapt de importanță mare pentru depistarea infecțiunii specifice cu aspect de falsă latență. În deosebi manifestările secundare ale cav. bucale, au un caracter mult mai constant, decât cele similare cutanate. În fazele de pseudolatență când tegumentele nu arată nimic patologic, singurele leziuni, cari trădează infecția sunt cele bucale.

Se pune întrebarea: de ce manifestările secundare și terțiare se localizează cu atâta predilecție la nivelul cav. bucale? Explicația se găsește în faptul că inflamațiile banale, cari sunt frecvente în cav. bucală, formează un „locus minoris resistentiae“, mult iubit de infecția sifilitică.

Înainte de a intra în tratare, țin să mulțumesc domnului profesor I. Aleman, pentru încrederea ce mi-a acordat-o, dându-mi să tratez acest subiect, pe care voi căuta să-l expun cât mai complex, în limitele ce le permite cadrul unei teze. Domnului dr. V. Vasilescu, asistent al clinicei stomatologice îi mulțumesc și îi voi fi întotdeauna recunoscător pentru sfaturile și îndrumările date, în buna reușită a acestei teze.

CAP. I.

Sifilomul primar al gurii.

Localizarea accidentului primar sifilitic, este destul de frecventă la extremitatea cefalică. Fournier, într'o statistică, a constatat că dintr'un număr total de 849 șancre cefalice, 567 erau localizate pe buze, 75 pe limbă, 69 pe amigdale, 15 pe gingii, 4 pe bolta palatină și numai 1 pe mucoasa obrazilor. Restul de 118, erau localizate în altă regiune a extremității cefalice.

Explicația deseori localizării la nivelul cavității bucale, este destul de ușor de găsit. Virusul sifilitic, întâlnește mai ușor soluțiuni de continuitate la nivelul mucoasei bucale, cu o construcție mult mai fragilă decât restul tegumentelor.

Virusului sifilitic îi trebuiesc două condițiuni esențiale pentru a putea pătrunde în organism. Prima condiție este existența porții de intrare. A doua, contactul cât mai intim cu un material infectat cu spirocheți. Prima condițiune este satisfăcută de leziunile stratului cutanat sau mucos al buzelor și cavității bucale, cauzate prin temperatură, obiceiul ce-l au unii de a-și mușca buzele, erupțiunile herpetice, traumatismele provocate de marginile tăioase ale dinților cariati sau de aparatele protetice rău aplicate, intervențiunile sângerânde făcute de spe-

cialiști, etc. A doua condițiune este îndeplinită prin contactul intim cu plăgi sau ulcerațiuni sifilitice. În special erupțiunile secundare sunt foarte infecțioase, fiindcă conțin spirocheți virulenți în cantitate enormă. Contactul intim se face adeseori direct prin sărutul între un individ sănătos și altul bolnav (sifilitic). Un exemplu demonstrativ îl constituie obiceiul ce există în orașul Colonia, ca în timpul Carnavalului, indivizii să se sărute între ei, fără nici o precauțiune, având ca rezultat creșterea numărului accidentelor primare ale gurii. Alt mod direct de infecție este alăptarea unui copil sănătos, de o doică sifilitică.

Indirect, infecția se poate transmite, prin întrebuințarea în comun a obiectelor: pahare, perii de dinți, pipe, tacămuri, etc. Contaminare indirectă mai poate avea loc în timpul extracțiunilor sau altor operațiuni dentare executate cu instrumente infectate. Fournier amintește un caz de șancru gingival, apărut în urma unei extracții dentare dificile. După el au fost și alții cari au semnalat acest fapt, încât se pune întrebarea dacă șancrul gingival e de natură veneriană sau e un șancru produs accidental prin instrumente infectate?

A doua părere a câștigat din ce în ce mai mulți aderenți, astfel că Emery și Lacpère încă în 1908, au scris într'o revistă de specialitate că: „șancrul gingiei e mai întotdeauna datorit contactului cu un instrument septic“. Dealtfel aceasta a fost și părerea unanimă la congresul de sifilografie dela Paris, ținut la o dată mult mai recentă.

Acest fapt constatat, în caz de localizare gingivală, pune problema responsabilității medicale. De aceea se cere ca dentistul să nu fie un simplu tech-

nician, ci doctor cu pregătire temeinică, cu cunoștințe despre contagiunea bolilor în general și a sifilisului în special. Desinfecția instrumentelor prin fierbere după fiecare intervenție, se impune ca o lege. Dl Conferențiar Dr. C. Dumitrescu, în lucrarea sa „Particularități clinice ale sifilisului buco-dentar“ pe drept cuvânt spune despre dentist că: „El trebuie să fie în primul rând clinician, iar nu un comerciant de coroane și bridge“.

* *

I. *Sifilomul buzelor* deține cam $\frac{2}{3}$ din totalul localizărilor cefalice, după statistica lui Fournier. Leziunea este de obicei solitară. Rareori pot exista leziuni multiple, când infecția e masivă și simultană. Se întâlnesc uneori două sifiloane simetrice, unul pe buza inferioară, iar celălalt pe buza superioară; în astfel de cazuri autoinfecția s'a produs precoce și intens. Într'o fază mai înaintată a accidentului primar, această multiplicitate nu este posibilă, căci anticorpii formați, conferă imunitate față de o nouă reinfecție sau autoinfecție. Sifilomul debutează cu o eroziune discretă, cât un bob de linte, ridicată deasupra nivelului mucoasei; această denivelare poate chiar lipsi. Baza leziunii este îndurată, de consistență cartilaginoasă. Suprafața e liberă când leziunea este situată pe mucoasă, sau e acoperită cu o cuticulă lucioasă, ca de lac, când e localizată pe regiunea cutanată. Cu timpul, leziunea crește până la mărimea unei monede de 50 bani, fără să fie dureroasă.

Forme clinice: a) *Forma erosivă simplă* pe care am descris-o mai sus.

b) *Forma papulo-erosivă* se caracterizează la început printr'o ridicătură inflamatorie de dimen-

siune mică. Mai târziu se ulcerează, se acopere cu o crustă negricioasă, greu detașabilă, ce lasă în urmă o suprafață sângerândă. E o formă cu tendință la infiltrație profundă.

c) *Forma hipertrofică* cu o infiltrație profundă și dură a țesuturilor. Buza e hipertrofiată și se răsfrânge în afară lăsând să se scurgă salivă din gură.

d) *Forma ulceroasă*, dă buzei un aspect elefantiazic și se produce în urma infecțiilor mixte. Fondul este neregulat, lardaceu, cu cruste formate din puroi concretat. Baza, ca de obicei, prezintă inducție caracteristică.

Diagnosticul diferențial:

1. *Herpesul buzei* se prezintă ca o leziune superficială, formată din vezicule multiple reunite, așezate pe un fond hiperemic. Mai târziu conținutul se concretizează și se transformă în crustă. Evoluția este scurtă, fără adenită regională.

2. *Furunculul buzei*, are caracter inflamator și evoluează spre supurație în câteva zile, fiind foarte dureros.

3. *Epiteliomul buzei*, s'ar putea ușor confunda cu forma hipertrofică și ulcerativă a sifilomului, dar evoluția și durata fiecărei leziuni ne clarifică. Debutul sifilomului e mult mai rapid, pe când al epiteliomului este lent, insidios. Sifilomul evoluează ciclic și se caracterizează prin apariția mai de vreme sau mai târzie a manifestațiilor secundare, pe când epiteliomul durează ani de zile. Durerile în sifilom sunt inexistente, pe când în epiteliom sunt dela început vii. Sifilomul produce o adenopatie precoce, ganglionii sunt separabili, mobili, în epiteliom adenopatia e dură, lemnoasă, ganglionii sunt prinși în masă, neseparabili și imobili.

4. *Ulcerul tuberculos* se diferențiază de sifilom prin durata evoluției ce poate ține luni, sau ani de zile. Ulcerele tuberculoase sunt foarte dureroase, simptom ce lipsește în sifilom. Adenopatia fiecărei afecțiuni, e destul de caracteristică. Examenul de laborator ne luminează în cazuri de îndoială.

5. *Plăcile mucoase* cât și alte ulcerăriuni ale perioadei secundare, pot simula un accident primitiv. Diagnosticul poate fi uneori destul de dificil, dar ne putem clarifica examinând cu atenție, pielea, regiunea anală, etc. Practic acest diagnostic diferențial, n'are importanță, conduita terapeutică fiind aceeași.

6. *Șancrul moale*, se întâlnește rar. Dacă se întâmplă totuși să apară și la nivelul cavității bucale, atunci e multiplu, cu contururi neregulate, adânci, marginile subminate, tăiate „à pic”, net delimitate de restul țesutului și sensibile. Fundul șancrului e anfractuos, acoperit cu o secreție purulentă, murdară. Baza n'are nici unul din caracterele sifilomului. E moale, fără urme de indurație. Autoinocularea este pozitivă în șancrul moale, excepțională în accidentul primar sifilitic. În fine, adenopatia este monoganglionară în șancrul simplu și poliganglionară în sifilom.

Caracterul adenopatiei sifilitice.

Adenopatia satelită sifilitică, este un simptom constant și obligatoriu. Nu există infecție sifilitică fără această adenopatie. E atât de constantă încât *Ricord*, spune că „adenopatia urmărește sifilomul, întocmai cum umbra urmărește pe om”. Această adenopatie, constituie dovada sigură a invaziei spiro-

chetului, prin căile limfatice, în ganglion. Ganglionul, e ultima rezistență pe care o opune organismul, generalizării infecției. Reacția adenopatică nu apare după un timp precis dela infecție. Normal, apare la sfârșitul primei săptămâni, sau în primele zile din a doua săptămână, ce urmează apariției leziunii. Exceptional poate să apară și mai târziu.

Ganglionii prezintă următoarele caractere:

a) Au dimensiuni mijlocii, de mărimi diferite, variind dela mărimea unui bob de porumb, până la o migdală mică.

b) Aspectul este neinflamator. Nu există temperatură locală; tegumentele nu sunt modificate ca aspect și nu sunt aderente de ganglionii. Deci au caracterul general al leziunilor specifice.

c) Duritatea palpatorie e mijlocie. Subiectiv, sunt îndolori.

d) Adenita este pluriganglionară, acolo unde sunt mai mulți ganglionii și monoganglionară acolo unde este un singur ganglion.

Adenopatia sifilitică nu supurează niciodată când este neasociată și are tendință la vindecare spontană ca și sifilomul. Importanța ei este covârșitoare în punerea unui diagnostic de infecție specifică. Valorează mai mult chiar decât însuși sifilomul, care de multe ori poate să rămână nedescoperit. E tocmai cazul leziunilor bucale pe cari bolnavul le poate trece neobservate, fiind indolore și mai puțin accesibile vederii, ca cele de pe o altă regiune a corpului.

Precizarea diagnosticului în caz de sifilom bucal, depinde mult de această adenopatie. Motivul îl vom vedea imediat. Prin ultramicroscopie, leziunea suspectă se poate diagnostica precis și destul de

ușor în toate localizările. Ceva mai greu în localizările bucale și de aceea fenomenele ganglionare, au aici o mare importanță. Diagnosticul ultramicroscopic este mult mai precoce și un tratament abortiv energetic, poate fi încununat de succes deplin. Acest diagnostic în caz de sifilom bucal, întâmpină dificultăți, datorite prezenței unei întregi serii de spirili saprofiți, ce se găsesc, în mod obișnuit, în cavitatea bucală. Un ochi experimentat, îi poate deosebi unii de alții după caracterele morfologice și după mobilitate:

a) *Spirocheta bucalis* se găsește des în tartrul dentar. E mai groasă și mai lungă ca treponematurile de spiră sunt mai laxe, neregulate și au mișcări cari îi schimbă încontinuu forma.

b) *Spirocheta dentium* se găsește abondentă în cariile dentare. Are spirale fine, egale și se confundă ușor cu spirocheta palidă. Se deosebește totuși de spirocheta palidă, fiind mai groasă și cu un număr de spire mai mic, având o mobilitate mai redusă.

c) *Spirocheta refringens* e foarte răspândită și des asociată cu spirocheta palidă. Turele de spiră sunt laxe, mai puțin regulate și cu mișcări bruște.

d) *Spirocheta trimerodonta*, descrisă de Hoffman, are spirele regulate ca și spirocheta palidă, deosebindu-se de ea printr'o inflexiune a celor două extremități.

După cum se poate vedea din descrierea de mai sus, diferențierea spirocheților este destul de grea. Pentru acest motiv, nu trebuie luate în considerare decât formele caracteristice. Agentul specific al sifilisului se prezintă ca un spiril foarte fin, cu ture de spiră, strânse și neregulate, cu extremi-

tățile subțiate și dotate cu o mobilitate extremă (propulsiuni prin strângerea spirelor, mișcări ondulatoare, mișcări de tirbușon, etc. toate foarte vii).

Pentru punerea în evidență a spirochetei palide prin ultramicroscop, cel mai potrivit procedeu este examenul în stare proaspătă, în stare vie, permițându-ne observația exactă a formei și caracterul mișcărilor, condiție importantă pentru diagnosticare.

II. *Sifilomul limbii*, este un accident ce se observă mai des la bărbați și se localizează mai mult pe jumătatea anterioară a feței superioare a limbii, mai rar pe margine și pe partea posterioară a ei. Excepțional se găsește și pe fața inferioară.

Clinic, se deosebesc următoarele forme:

a) *Forma erosivă superficială*: eroziune perfect rotundă sau ovalară cu axul cel mare în acel al limbii. Este însoțită de o indurație superficială lemnoasă.

b) *Forma ulceroasă* se prezintă ca o leziune scobită, însoțită de o indurație mai pronunțată. Leziunea se poate greșa pe fisurile normale ale limbii, luând un aspect linear-fisural. Uneori când aceste fisuri se întretaie, leziunea ia un aspect stelat.

c) *Forma ulcero-scleroasă*, e o formă mai rară și se localizează mai ales la extremitatea limbii. Ulcerația este așezată pe o bază infiltrată difuz în parenchimul organului. Papilele prinse de această invazie, sunt mărite ca volum și dureroase, jenând mișcările normale. Această formă dă tulburări funcționale, destul de însemnate în deglutiție, vorbire, masticatie, fiindcă extremitatea anterioară a limbii, este transformată într'un bloc dur, scleros și hiper-

trofic, care obligă pe bolnav să stea cu gura deschisă.

Mai rar, sifilomul se poate localiza în grosimea limbii, neobservându-se decât o tumefacție la acest nivel, fără modificări mai însemnate ale mucoasei. Natural, adenopatia satelită nu lipsește. Sunt prinși ganglionii submaxilari; uneori și suprahioïdienii.

Diagnosticul diferențial trebuie făcut cu:

1. *Leziunile traumatice* cari survin mai des la persoanele cu tartru dentar sau cu rădăcini colțuroase. Pe marginea limbii, în dreptul acestor dinți, se observă eroziuni mici, ce se pot îndura, făcându-ne uneori să șovăim asupra naturii acestei eroziuni. Dacă vom căuta cu atenție cauza, adică dintele colțurat, sau tartrul dentar, ce joacă rolul unui spin iritativ, nu vom putea greși diagnosticul.

Diagnosticul e mai greu, când coexistă ambele leziuni, leziunea primitivă produsă de dinte servind ca poartă de intrare pentru infecția sifilitică. În astfel de cazuri se știe că leziunea sifilitică este mai dezvoltată, indurația mai pronunțată și simptomul capital, adenita specifică regională. Pentru a confirma diagnosticul, recurgem la examinarea ultramicroscopică a secrețiunii din leziune.

2. *Ulcerațiile tuberculoase* sunt de obicei multiple și sunt localizate atât pe fața superioară, cât și pe cea inferioară a limbii. Marginile au un aspect geografic, sunt deslipite, există o oarecare pierdere de substanță. În jurul ulcerației, imediat, găsim puncte gălbui, cari nu sunt altceva decât tuberculii cazeificați, descriși de *Trélat*, având o valoare diagnostică indiscutabilă. Baza leziunilor tuberculoase este moale, n'are indurație. Adenopatia eventuală

poate supura, n'are caracterul celei sifilitice. Co-existența acestei ulcerăriuni, cu focare de tuberculoză pulmonară, este frecventă. Când avem vre'o urmă de îndoială, examenul microscopic și ultramicroscopic, ne lămurește.

3. *Epiteliomul limbei*, prezintă aceleași caractere diferențiale ca și epiteliomul buzei.

III. *Sifilomul gingii*, ne pune în fața unei leziuni mai greu de diagnosticat, dată fiind localizarea rară pe de o parte, și constituția normal dură a gingii pe de altă parte, cari fac să nu putem depista indurația datorită infecției sifilitice. Predilect, se localizează pe gingia superioară, pe fața sa anterioară, în regiunea incisivilor și mai rar în spre molari. Leziunea atinge mărimea unei monede de un leu. Forma cea mai deasă, este cea semilunară descrisă de Fournier. Concavitatea e îndreptată spre marginea liberă a gingii; convexitatea, spre șanțul vestibular respectiv. Suprafața leziunii este de obicei plană, ca o simplă eroziune, de culoare roșie carmin cu aspect de carne musculară. În urma unei inflamații subiacente, leziunea poate eși în relief, luând caracterul șancrului papulo-erosiv. Alte ori, în urma unei infecțiuni secundare, leziunea se poate acoperi cu o membrană falsă, de o culoare galbenă murdară. E un șancru difteroid. Mult mai rar marginile pot lua o formă neregulată, neamintindu-ne nimic de aspectul caracteristic al sifilomului. În fine, la indivizii cu o proastă igienă bucală, poate lua un caracter fagedenic.

Adenopatia interesează în primul rând ganglionii submaxilari. Mai poate fi interesat grupul submentonier, jugal și preauricular. Sifilomul gin-

gii e destul de greu diagnosticabil, din motivele văzute mai sus. In afară de aceste motive, anamneza bolnavului, nu ne dă nici o dată demnă de luat în seamă, acest accident fiind datorit unei infecțiuni indirecte, prin instrumente nestenilizate.

Diagnosticul diferențial:

1. *Gingivitele* au caracterul clasic al inflamațiilor: roșeață, căldură și tensiune la nivelul gingiilor. Ulcerația se ivește repede. Suprafața ei se poate acoperi cu o peliculă albicioasă, constituită din epiteliul descuamat. Papilele interdentare sunt deslipite, gingia la nivelul colului dentar, prezintă un lizereu roșu intens ce se transformă repede într-o ulcerăție circulară. Colul, încetul cu încetul, e desbrăcat de părțile moi, devenind vizibil. Infecțiunea netratată, poate să pătrundă în cavitatea alveolo-dentară și să afecteze ligamentul, periostul și osul, când se prind și ganglionii.

Existența tartrului, a rădăcinilor infectate, a unor intoxicații anterioare, mai ales cu fosfor, sau un traumatism anterior, ne vor indica diagnosticul.

2. *Poliartrita alveolo-dentară, sau pioreea alveolară*, este o afecțiune cronică cu mers progresiv și foarte rebelă la tratament. Debutază, de obicei, la incisivi, prinzând încetul cu încetul dinții vecini. In cazurile grave la nivelul colului dentar, pot lua naștere fungozități ce sângerează foarte ușor. Temperatura locală e urcată, gustul e neplăcut. Dinții au aspect sănătos, sunt însă, deviați, alungiți și se mișcă în alveole. La apăsarea gingiei din marginea alveolară, ese o secreție purulentă. Ganglionii nu sunt prinși.

3. *Plăcile mucoase simple sau hipertrofice*, sunt manifestațiuni sifilitice secundare și pot lua

aspectul semilunar al sifilomului. Leziunea este însoțită de manifestări asemănătoare pe fața internă a obrazilor, sau în altă regiune a cavității bucale. Plăcile mucoase hipertrofice sunt excepționale și se prezintă în stare izolată.

4. *Gomele* maxilarelor sunt rare. Când există, interesează regiunea marginii alveolare, corespunzătoare incisivilor, care reprezintă osul intermaxilar al embrionului. În acest loc și șancrul gingiei este mai des. Gomele sunt multiple, în număr de două-trei. Apar ca o tumefacție cu edem și au o culoare arămie. Dinții contrastează tabloul, prin perfectă lor stare. Conținutul gomei se elimină la nivelul unei alveole, din care s'a extras dintele, sau între doi dinți, unde formează o scobitură cu margini roșii, îngroșate și tăiate drept. În cavitate se găsește o substanță albicioasă, scăldată într'un lichid seropulent. Adenopatia este absentă în leziunile terțiare.

5. *Epulisul* e o tumoară ce ia naștere din papila interdentară, sau dela nivelul marginii dentare a gingiei. Tumoara poate fi, mai mult sau mai puțin, pediculată și acoperită cu o mucoasă integră neulcerată. Volumul e variabil ca o alună sau mai mare. Debutul se face prin dureri violente, atribuite unui dinte, ce devine mobil și cade spontan. Durerile încetează imediat, iar din alveola golită, apare o tumoară mică, netedă, roșie și consistentă la început; moale mai târziu, crescând progresiv în volum. Adenopatia lipsește. În caz de confuzie cu un sifilom, biopsia pe lângă ultramicroscop, ne va indica natura leziunii.

6. *Osteo-mielita maxilarelor* se deosebește de sifilom, prin debutul brusc, dureri mari, febră, edem difuz, fistule și secvestre.

7. *Necroza fosforică* survine în intoxicația cu acest element. Are evoluție analoagă, dar e însoțită de fenomene generale. Anamneza ne clarifică.

8. *Arsurile prin caustice*: ulcerul, șancrul arsenical ce se produce când pansamentul cu acid arsenios, pentru devitalizarea pulpei dentare, e prost aplicat și alunecă pe gingie. Ulcerele produse de alte caustice ce se folosesc în terapeuțica dentară.

În sfârșit, diferențierea mai trebuie făcută de tuberculoza gingiilor, sporotrihoză, nomă și scorbut.

Prognosticul șancrelor cefalice. Fournier nu le atribuie o malignitate deosebită de cele ale altor regiuni. Janselme, din contră, le consideră ca având o deosebită gravitate, prin faptul că diseminarea pe cale limfatică spre centrii nervoși, s'ar face mult mai ușor, luând în considerare apropierea dintre sediul leziunilor și creier. Deci accidentele nervoase ar fi mai frecvente în localizările cefalice ale accidentelor primare. Această părere se sprijină pe faptul că cefaleea, se institue precoce și intens. Chestiunea nu este încă pe deplin demonstrată. S'ar putea admite că șancrele extragenitale, mai ales cele gingivale, pot rămâne de multeori necunoscute și deci netratate. În consecință, accidentele grave, în deosebi cele nervoase, devin inevitabile.

CAP. II.

Sifilisul secundar al gurii.

Perioda secundară a sifilisului, constituie prima etapă evolutivă, după generalizarea infecției. Incepe la sfârșitul celei de a doua perioade de incubație, cam la 5—7 săptămâni după accidentul primar. În această perioadă se cuprind toate manifestările ce se observă în cursul celor 2—3 ani, dela contaminarea organismului. Manifestările nu sunt continui. Fazele de latență, alternează cu fazele de recidivă.

Sub numele de *sifilide*, se cuprinde toată gama manifestărilor cutanate și mucoase din perioada secundară. Spre deosebire de manifestărilor cutanate, cari sunt supuse, de cele mai multe ori la remisiuni de durată mai lungă, manifestărilor bucale, prin prezența lor aproape constantă, sunt singurele semne obiective, cari indică existența infecției specifice. Acest fapt este de o importanță practică neîndoieabilă, cunoscută fiind infecțiozitatea lor extraordinară. Dentistul este chemat să le depisteze și să atragă atențiunea bolnavului, asupra pericolului ce-l reprezintă pentru cei din jurul lui.

Intr'adevăr, în cavitatea bucală e dată posibilitatea ca leziunea de pe mucoasă, să rămână deschisă, prin anumite condițiuni favorizante: finețea

tesuturilor, scaldarea fiziologică prin salivă, sau patologică prin alte secrețiuni.

Apariția sifilidelor bucale, fie concomitent cu rozeolele cutanate, fie înainte de apariția acestora, constituie simptomul inaugural al perioadei secundare. Dar aceste sifilide pot apărea și tardiv, cu tendință la recidivă, din cauza iritațiilor produse prin alcool, fum de tutun, carii, tartru dentar, rădăcini colțuroase, aparate protetice rău aplicate, sau rău ajustate.

Ca dată, recidivele se pot produce în primele luni, în primii ani sau mai târziu, constituind *sifilisul secundar tardiv* al lui *Fournier*.

La fel o igienă bucală defectuoasă, o dentițiune rea ce activează ca factor traumatic, sunt tot atâtea motive de iritație continuă, cari întrețin existența sifilidelor. Din acest motiv, stomatologul are partea lui de activitate, într'un tratament antisifilitic riguros condus.

Sifilidele mucoase, sunt considerate ca leziunile cele mai periculoase din punct de vedere al infecțiozității. Despre placa mucoasă, *Fournier* spune, că: „e o leziune neînsemnată, care se reproduce la infinit; căreia nu i se dă mare atenție, leziune care a permis la mulți sifilitici să transmită boala, în mod inconștient, pe câtă vreme ar fi ezitat s'o transmită prin șancru“.

Manifestațiunile secundare ale cavității bucale se localizează pe buze, limbă, amigdale, stâlpi, lueță, vălul palatin. Forma cea mai frecventă de leziune este *sifilida erosivă*, caracterizată printr'o leziune plană, circulară, sau eliptică, cu suprafață netedă, sau ușor rugoasă, de mărime diferită, fără reacție inflamatorie, de culoare roșie brună, ca șun-

ca afumată, sau brună gălbue ca arama, alteori cenușie închisă, sau opalescentă. Nu produce temperatură și după vindecare, nu lasă nici o urmă. Rareori poate lăsa în locul ei pigmențațiuni.

Prin infiltrarea stratului subiacent, leziunea proemină deasupra mucoasei sănătoase, formând *sifilida papulo-erosivă*.

Pot apărea chiar forme hipertrofice, când epiteliul este mult îngroșat cu suprafața de culoare cenușie sau gălbue. Sunt așa numitele *sifilide distrofice*.

Toate leziunile mai sus amintite, apar precoce. Uneori, însă, aceste accidente bucale ale sifilisului, apar într'o perioadă mult mai târzie decât de obicei, fie pentru prima oară, fie ca recidive, cam după 3 ani dela accidentul primitiv, putând să preceadă accidentele terțiare, sau să apară concomitent cu ele.

Plăcile mucoase bucale tardive, devin mai frecvente decât cele genitale sau anale, într'o fază mai avansată a sifilisului, (în cursul terțiarismului). După *Fournier*, această proporție este de 1:5, iar dintre toate regiunile, gura, limba, este sediul predilect al acestor leziuni tardive. În primii ani, leziunile sunt repartizate în mod egal și la gură și la genitale.

Aceste leziuni tardive din punct de vedere morfologic, prezintă cam aceleași varietăți ca și cele din perioada secundară normală și anume: plăci erozive, ulceroase, papulo-erozive și hipertrofice.

* *

I. *Sifilidele buzelor*, au aspect deosebit după localizare:

a) Pe fața internă a buzelor și în șanțul labio-

gingival, sifilidele iau aspectul eroziv, de formă rotundă, netede de culoare opalescentă.

b) Pe mucoasa externă a buzelor, aspectul *opalin-difteroid*. Pe buza cutanată, aspectul este *crustos*.

c) La nivelul comisurii, are aspectul unei *folde carte*, ocupând o parte din fața superioară a buzei inferioare și o parte din fața inferioară a buzei superioare, iar cutanat se prelungește în afară, sub forma unei fisuri. Fondul leziunii poate fi acoperit cu o crustă brună negricioasă și subțire, ce se ridică cu greu.

d) Leziunile cu aspect *eroziv-opalin* sau *opalin-difteroid* se localizează nu numai la partea externă a buzelor, ci se întâlnesc și pe mucoasa internă a buzei, în vecinătatea comisurii, sau în regiunea anterioară a mucoasei obrazului.

II. *Sifilidele limbei*, sunt localizate mai des pe fața superioară a limbei înaintea V-lui lingual, pe vârful limbei, pe fren; rar, chiar pe margini, mai mult în apropierea marginilor. Limba după cum am văzut, este sediul predilect al recidivelor tardive. Se disting următoarele forme:

a) *Forma erozivă* este constituită din leziuni, în număr de 1—3, cu margini superficiale, de culoare roșie închisă, cenușie sau opalescentă. În caz de fisuri, ocupă fundul lor. Este forma cea mai des întâlnită, localizându-se pe suprafața limbei în jumătatea ei anterioară.

b) *Forma papulo-erozivă*, constă din plăci mici lenticulare, perfect rotunde, erodate și de culoare roșie sau cenușie murdară. Leziunile pot fi separate discrete, sau dese și confluențe, formând suprafețe erodate, inegale, rotunde și șanțuri adânci.

c) *Forma papulo-hipertrofică*, face parte din manifestățiunile mucoase tardive și este foarte rară, localizându-se înaintea V-ului lingual, adică în partea posterioară a limbii. Constă dintr'o aglomerare de papule, luând un aspect boselat, asemănător cu un „spate de broască“.

d) *Forma în placă netedă* sau glosita depapilantă a lui *Fournier* este ca și cea de mai sus, o manifestățiune secundară tardivă. Leziunea are aspectul unei lipse parțiale a regiunii papilare, dar cu epiteliul normal. *Fournier* o aseamănă cu o livadă cosită. Mărimea leziunilor este cât un bob de linte, sau ceva mai mare. Pot fi izolate, sau confluențe, când se întind pe toată suprafața limbii.

Diagnosticul diferențial.

Accidentul primar al gurii, oricare ar fi variația lui clinică, are unele elemente constante, care ușurează diferențierea de alte leziuni. Când e vorba de diagnosticul diferențial al manifestățiunilor secundare ale gurii, diferențierea e mai grea. Polimorfismul leziunilor secundare, poate imita tabloul clinic al tuturor afecțiunilor bucale de altă natură. De mare ajutor, în această perioadă a sifilisului, este reacția Bordet-Wassermann, Kahn și alte probe de laborator, când procentualitatea pozitivității este până la 97%, cifră ce nu se găsește în perioada terțiară și cu atât mai puțin în cea primară.

Pe scurt, afecțiunile gurii care se pot confunda cu sifilidele secundare sunt:

1. *Eroziunile traumatice*, cauzate de alimente fierbinți, arsuri de țigări, eroziuni inflamatorii datorite unui dinte cariat, unei rădăcini, sgârieturi cu os, coaje de pâine, etc. Forma și localizarea leziunilor este variată, cu baza inflamată dureroasă. Leziunea cedează repede, după înlăturarea agentului.

cauzal și după desinfectarea gurii cu băi calde, ușor antiseptice. Uneori, diagnosticul este dificil. În aceste cazuri, reacția Bordet-Wassermann, ne clarifică.

2. *Herpesul bucal* este compus din vezicule mici, alburii, grupate pe un fond hiperemic. Aceste vezicule se pot rupe, rămânând o leziune, asemănătoare sifilidei erozive. Herpesul recidivant, se poate confunda cu sifilidele tardive. Ambele feluri de herpes, cedează repede tratamentului cu topice. Când nu avem siguranță, cercetăm la ultra microscop secreția și facem reacția Bordet-Wassermann.

3. *Aftele bucale*, survin mai des la femei, decât la bărbați. Incep cu leziuni rotunde de aspect papulos, confluențe uneori, de culoare cenușie, delimitate de un cerc. Se pot ulceră, dând naștere la forma papulo-ulceroasă. Debutul și evoluția lor este scurtă. Apar în 2—4 zile și durează 4—5 zile. Cedează ușor la desinfectante bucale slabe, sau la badijonarea cu nitrat de argint, clorură de zinc. Localizarea predilectă se face în fundul vestibulului bucal. Leziunile sunt însoțite de dureri vii, făcând alimentația, aproape imposibilă. Morfologic, aftele au aspectul unei sticle de ceasornic mai adâncite spre centru, conturate cu un lizereu roșu intens. Nu sunt, deci, plane și fără reacție inflamatorie ca sifilidele. Fundul aftelor este acoperit de o masă albă gălbue. La sifilide fundul este cenușiu murdar.

4. *Ulcerarea tuberculoasă* se poate asemăna cu o placă mucoasă. Evoluția lungă și punctele galbene ale lui *Trélat*, clarifică diagnosticul.

5. *Leucoplazia* se aseamănă mult cu sifilidele difteroidice și plăcile mucoase, mai ales formele localizate la unghiul gurii, cunoscute sub numele de

petele fumătorilor. În sifilidă, aspectul difteroid e datorit unui strat de fibrină ce dispare prin tratament, pe când în leucoplazie aspectul alb este datorit keratinizării stratului epitelial. De altfel leucoplazia, poate fi chiar leziune sifilitică, după *Gaucher* și *Sergent*. La capitolul parasifilisului, chestiunea va fi expusă mai pe larg.

6. *Glosita exfoliantă marginală* debutează totdeauna la marginea limbii. Leziunile sunt la început rotunde, de culoare cenușie devenind apoi roșii, confluează, luând aspect policiclic, festonat. Un alt caracter, este progresiunea excentrică a leziunilor, înconjurată întotdeauna la periferie de un chenar cenușiu-roșcat și proeminent. *Fourier* i-a dat numele de „glosită ambulantă“, fiindcă prin progresiune, își schimbă în continuu locul. Caracterul fix al sifilidelor, lipsa tendinței de progresiune, lipsa lizereului, etc. ne scot din încurcătură. *Gaucher*, a observat existența glositei exfoliante, cu o deformație numită „limbă scrotală“, după alți limbă plicata pe care el o consideră ca un semn de eredo-sifilis.

7. *Stomatita mercurială*, fie terapeutică, fie profesională, apare mai des la fumători. Leziunile bucale sunt asemănătoare cu cele sifilitice. Anamneza, suprimarea intoxicației și tratamentul cu anti-septice slabe, aduce vindecarea rapidă a acestor leziuni nespecifice.

8. *Ingestiunea de antipirină* în cantitate mai mare, poate produce, uneori, leziuni pe limbă, asemănătoare cu manifestățiunile secundare specifice. Concomitent apare și un exantem pe genitale. Anamneza bolnavului, apariția bruscă a leziunilor,

durerile vii, cât și exantemul genital, ne lămuresc asupra diagnosticului.

Din cele văzute mai sus, se poate deduce că sifilidele se pot foarte ușor confunda cu alte afecțiuni. Înainte de a se pune un diagnostic sigur de sifilis, vom face un examen general minuțios al bolnavului, pentru a depista și alte manifestări secundare. De mare ajutor ne vor fi, în această perioadă a sifilisului, seroreacțiile și examenul ultra-microscopic, pentru precizarea diagnosticului. Adenita regională din perioada primară, dispare în perioada secundară. În schimb există o micro-poliadenită generalizată.



CAP. III.

Sifilisul terțiar al gurii.

În perioada primară și secundară a sifilisului, leziunile, după cum am văzut, nu produc nici un fel de distrucție a țesuturilor. Ușoarele pierderi de substanță sunt superficiale, interesând epitelul, sunt ușor reparabile, nu dau naștere la cicatrice vizibile. Pot lăsa, cel mult, pigmențațiuni trecătoare.

Caracterul particular al leziunilor terțiare, consistă tocmai în tendința leziunilor la distrucțiuni, ce nu respectă nici un țesut. Localizarea leziunilor, nu mai este superficială, ci profundă, de unde progresează spre periferie, și prin ulcerarea ce se formează, elimină conținutul lor necrotic la exterior. Chiar fără necroză și eliminare la exterior, infiltratul leziunii terțiare după ce a ajuns un apogeu de dezvoltare, suferă o degenerescență scleroasă, rezultatul funcțional al organului atins fiind de același prognostic nefavorabil.

Apariția accidentelor terțiare, variază în limite de timp foarte mari. Leziunile caracteristice acestei perioade, pot apărea la un interval de câteva luni dela accidentul primar. Alteori după 3—6 ani, sau chiar mai târziu.

Manifestațiunile terțiare își găsesc des localizare la nivelul cavității bucale și atacă în mod pre-

dilect scheletul, mai ales bolta palatină și țesutul muscular. Mucoasa poate servi direct ca sediu de localizare, dar de multe ori este distrusă indirect de procesul subiacent, ce pornește dela os sau mușchi.

Leziunile mucoase, prezintă un poliformism asemănător cu al localizărilor cutanate. Cea mai deasă formă prin care se manifestă, este reprezentată de *sifilidele populose*. Sunt de mărimea unui bob de mazăre sau mai mari. În cursul evoluției se ulcerează, confluează, dând naștere la o rețea care întinzându-se progresiv, ocupă suprafețe mari, fie că au sau nu, tendință de vindecare la centru.

Punctul de plecare al ulcerațiilor mucoasei, poate fi alcătuit și de gomele submucoase, cari ramolindu-se, dau naștere la ulcerațiuni întinse. Astfel de leziuni se constată la nivelul buzelor, limbii și fundul gâtului. Aceste ulcerațiuni cu margini neregulate și fond anfractuos, sângerează ușor și se acopere cu un depozit muco-purulent nefetid. Baza este infiltrată, dură. Leziunile sunt indolore. O caracteristică importantă a leziunilor terțiare este că nu alterează ganglionii limfatici.

* * *

I. *Manifestațiunile terțiare ale buzei.*

Leziunea minimă incipientă este *tuberculul sifilitic*. Localizarea de predilecție se face pe buza superioară și mai rar pe cea inferioară. Acest tubercul, caracterizat printr'o infiltrație, își are sediul în derm, de unde evoluiază spre epiderm. Prin aglomerarea tuberculilor, iau naștere placarde eruptive. Spațiile libere dintre tuberculi se infiltrează, dând un aspect mamelonat placardului. Într'o fază

mai înaintată, tuberculul se ramolește și se ulcerează.

În afară de tuberculi sifilitici, se întâlnesc și *gome circumscrise*. Sunt reprezentate prin tumori, dure la început, cari se ramolesc mai târziu și deschizându-se, dau naștere la o ulcerație neregulată, cu o bază infiltrată. Ca toate leziunile sifilitice și goma este nedureroasă.

Labialita difuză se ivește frecvent la buza inferioară, pe care o infiltrează difuz. Este deci o gomă difuză, care dă naștere la mai multe ulcere gomoase. Ulcerațiunile sunt serpiginoase și se pot acoperi uneori cu cruste. Sunt rebele la tratamentul specific.

Diagnosticul diferențial:

1. *Lupusul* este o leziune tuberculoasă, cu sediul în derm. Tuberculii se văd prin transparența epidermului și au o culoare gălbue ca mierea de stup. Leziunea lupică este tot un placard. Este neregulată, cu mers excentric și cu tendință de vindecare centrală, unde se pot vedea tuberculii recidivanți. Ulcerațiunea e superficială, pe când în sifilis e profundă. Durata evoluției fiecărei leziuni este variată, constituind încă un simptom distinctiv. Lupusul evoluiază cronic, cu durată de luni sau chiar ani, pe când goma evoluiază în 2—3 săptămâni. Durerea este prezentă, aproape constantă, în lupus; în sifilis lipsește.

2. *Ectima* este o leziune flictenulară autoinoculabilă, cu caracter inflamator acut. Evoluiază prin întindere excentrică, acoperindu-se cu cruste brune la centru, cenușii la periferie.

3. *Epiteliomul buzelor* se întâlnește frecvent la nivelul buzei inferioare, cu deosebire. Se poate confunda cu o leziune sifilitică din oricare perioadă evolutivă. Debutează printr'o ulcerăriune neînsemnată. Evoluiază lent, fără tulburări importante. Suprafața se erodează cu timpul, apărând o ulcerăriune ce se acopere cu o crustă neagră, greu detașabilă, lăsând în urmă o suprafață sângerândă. Marginile leziunii sunt dure, lemnoase. Prin creștere, eroziunea se transformă într'o ulcerăriune profundă, prinzând și ganglionii regionali. Crusta neagră dispore și ulcerăriunea se acopere cu o secreție purulentă galbenă-verzue și rău mirositoare. In ulcerăriunile întinse, leziunea pierde caracterul tumoral. Doar marginile dure și ușor ridicate, ne mai aduc aminte de tumora inițială.

Diagnosticul diferențial este dificil, mai ales că reacția B-W. în perioada terțiară, dă pozitivitate scăzută, iar căutarea spirocheșilor rămâne infructuoasă în cazul gomelor, numai biopsia ne mai poate ajuta. Absența adenopatiei în gome și tratamentul specific de probă, sunt deasemenea mijloace de diferențiere.

II. *Leziunile terțiare ale limbii.*

Leziunile terțiare ale limbii, au un caracter visceral. Se produc glosite, fie gomoase, fie scleroase. Aspectul lor este variabil, după cum infiltrația este superficială sau profundă; după cum întinderea este limitată sau difuză.

1. *Gomele* sunt mai rare decât scleroza. Apar sub formă de noduli mici, cât un bob de porumb sau fasole și sunt duri. Sediul lor este în submucoasă sau intramuscular, proeminând la suprafața limbii.

Sunt două forme de leziuni gomoase: forma circumscriasă; mai des întâlnită și forma difuză hipertrofică. Nodulii prin ramoliție, se deschid în afară, ulcerându-se. Caracterul morfologic al ulcerului gomos, este clasic: baza infiltrată, marginile tăiate perpendicular, fondul murdar cenușiu-galben. Uneori cicatricile sunt mici; nu dau diformajii. Nodulii pot fi diseminați pe fața superioară a limbii, înaintea V-ului lingual și dau la palpație, senzația unei pungi cu alice.

2. *Glosita scleroasă* este de două feluri: superficială sau corticală și profundă sau parenchimațoasă. În prima, limba are aspect neted, cartonat. În a doua, este infiltrată în toată grosimea, luând o constituție aparte. Suprafața este mată, din cauza papilelor atrofiate, sau mamelonată, din cauza bandelor fibroase, care înconjoară zonele nealterate. Funcțiunea limbii este alterată în urma acestui proces scleros. Procesul de scleroză înaintază, încet-încet, cuprinzând toată limba ce ia un aspect scrotal cerebriform, cu șanțuri dispuse fără regularitate. La palpate dă o senzație deosebită. Fournier a denumit-o „limbă de carton“. Netratată, scleroza atrofiază complet limba ce pare „legată cu sfoară“.

Mai amintim că dinții cariati, rădăcinile, dinții deviați, pot produce pe o astfel de limbă atrofiată, ulcerațiuni cari pot degenera în cancer.

Diagnosticul diferențial:

1. *Ulcerațiunile tuberculoase* se întâlnesc la fti-zici și se caracterizează prin leziuni ce progresează uneori rapid, producând destrucțiuni în profunzi-

me și dureri intense. Ganglionii sunt prinși, pe când la gome nu. Oricât de rapidă ar fi evoluția tuberculozei, nu se poate compara cu a gomei, care de multe ori e vertiginoasă. Tuberculozei îi trebuie luni ca să producă leziuni, pe cari goma le desăvârșește în 2—3 săptămâni, chiar mai repede.

2. *Ulcerațiunile dentare simple* se vindecă rapid prin îndepărtarea spinului iritativ și prin antiseptice bucale slabe.

3. *Epitelionul limbii* are, în general, cam aceleași caractere ca cel al buzei. Biopsia ne clarifică întotdeauna.

III. *Gomele vălului palatin* se localizează pe linia mediană, la punctul de unire al maxilarelor cu oasele palatine. De cele mai multe ori, goma se dezvoltă insidios în porțiunea nazală a boltei. De acolo distruge fără durere și pe neobservate, mucoasa nazală; pe urmă substanța osoasă și deodată, brusc, mucoasa palatinală. Bolnavul se culcă seara, fără să observe nimic și dimineța se trezește cu o perforație a boltei palatine. Rezultă imediat o infirmitate gravă în deglutiție și fonație. Prin cicatrizare, pot lua naștere aderențe între vălul palatului și perețele anterior al faringelui, dând o infirmitate tot atât de gravă.

Diagnosticul diferențial se poate face cu o perforație tuberculoasă. Aceasta face, însă, perforație laterală pe maxilare, nu mediană, sau posterioară. Cu fisuri palatine incomplete și foarte rar cu fisuri traumatice, protetice.

IV. Leziunile terțiare ale maxilarelor.

In afară de apofizele palatinale ale maxilarelor superioare, leziunile terțiare se pot localiza și pe corpul maxilarelor.

Găsim următoarele forme de manifestare.

a) *Hiperostoza sau exostoza* este frecventă la maxilarul inferior la indivizii tineri. Se dezvoltă obicinuît, în legătură cu o gomă, care produce o reacție periostală, rezultând acele proeminențe dure la palpat și nedureroase. Prin tratament nu sunt influenșabile. Evolutiv, după o lungă perioadă de liniște, se apropie de ramoliție, urmând cursul obicinuît al gomelor.

b) *Gomele circumscrise* își găsesc localizarea foarte des, la nivelul regiunii incisive superioare, unde se pot confunda cu chistele dentare și abcese dentare. Diferențierea se face ușor căci goma debutează insidios, fără durere. Primul semn ce atrage atenția bolnavului, este mișcarea anormală a dinților (incisivi) superiori, cari sunt necariați. Evoluția acestei gome se face mai departe, obișnuit.

Gomele celorlalte regiuni ale maxilarului superior, au caracterul morfologic și evolutiv clasic.

La maxilarul inferior goma circumscrisă, se localizează în regiunea unghiului. Ulcerația se face la piele sau în gură. Leziunea nu produce nici triomus, nici adenopatie.

c) *Leziunile difuze* sunt mai frecvente la maxilarul inferior. Debutul se face printr'o tumefacție torpidă, ce crește progresiv cu ușoară jenă. Tegumentele rămân intacte. Mai târziu tumefacția se ramolește, ulcerează părțile moi, fistulizează și lasă să se scurgă un puroi fetid. Uneori se însoțește de

o reacție inflamatorie ca în osteo flegmon, de origine dentară. Procesul acesta se încheie cu creierea unei pseudo-artroze, ce dă o infirmitate gravă, foarte greu de tratat.

Diagnosticul diferențial trebuie făcut cu: osteomielita maxilarului, abcesul dentar, granulomul chistul dentar și actinomicoza centrală. Toate au evoluție acută sau subacută și sunt însoțite de fenomene inflamatorii.



CAP. IV.

Parasifilisul bucal.

Noțiunea de parasifilis, a fost introdusă de *Fournier*, cuprinzând o sumă de afecțiuni disparate ce recunosc o infecție sifilitică anterioară. În acest cadru intră tabesul și paralizia generală progresivă. Leziunile parasifilitice bucale sunt:

I. *Leucoplazia*, o leziune caracterizată prin hiperkeratinizarea stratului epitelial și o scleroză a dermului. *Vidal*, care i-a dat numele de leucoplazie, o definește ca o afecțiune scuamoasă cronică, localizată pe fața dorsală a limbii, fața internă a obrazilor și a buzelor, caracterizată prin existența scuamelor albe groase și prin indurațiunea mucoasei, adeseori crăpată (formă de parchet) și exulcerată.

Această leziune nu este pur specifică. La producerea ei contribuiesc o serie de factori, din cari sifilisul pare să aibă o valoare echivalentă cu ceilalți. La producerea leucoplaziei, concurează două grupe de cauze:

1. *Cauzele locale*. Fumul de tutun prin căldură și nicotină, constituie un factor iritativ continuu. Intrebuințarea excesivă de alcool, oțet, condimente, ape de gură puternice, precum și dinții cariati, colțuroși, tăioși, rădăcinile infectate, sunt deasemenea cauze iritative locale.

2. Cauzele generale în cari intră sifilisul și artritismul.

Imbinarea acestor două grupe de cauze este evidentă. *Gaucher* și *Sergent* spun că un fumător inveterat, face leucoplazie dacă e un sifilitic vechi, pe când un sifilitic nefumător și sobru, va fi expus mai rar la leucoplazie. Femeia sifilitică, face mai rar leucoplazie bucală, tocmai pentru că nu e fumătoare. Face, în schimb, mai des leucoplazie linguală, fapt ce nu exclude posibilitatea intervenției unui alt factor iritativ local, din cei enumerați mai sus.

Etiologia leucoplaziei a fost și este mult discutată. *Landouzy*, admite sifilisul ca singură cauză. Alții, între cari *Merklen* și *Niculescu* nu admit nici un amestec al infecțiunii specifice în etiologia ei. A treia categorie de autori, nu dau sifilisului o atenție mai mare ca celorlalți factori.

După *Darier*, leucoplazia este ușoară și gravă.

a) *Leucoplazia ușoară* se caracterizează prin ștergerea papilelor și a șanțurilor mucoase, cari se colorează în cenușiu, albăstrui, sau alb pur, din cauza hiperkeratinizării. Leziunile sunt dispuse în pete de dimensiuni variabile, cu formă neregulată. Confluarea lor, dă naștere la pete întinse cu margini sinuoase, între cari se văd pete roz închise. Alteori suprafața leucoplazică, e uniformă sau cu centrul mai îngroșat.

b) *Leucoplazia gravă*, se caracterizează prin îngroșarea cornească a mucoasei, sub formă de plăci, localizate pe o veche leucoplazie sau pe o mucoasă sănătoasă. Culoarea acestei forme este sidefoasă, de consistență tare și inextensibilă. Grosimea stratului leucoplazic poate atinge câțiva milimetri.

Marginile se termină lent sau abrupt. Aderența cu dermul este intimă. Suprafața poate fi brăzdată de șanțuri și fisuri. Această formă se pretează adesea, la transformări neoplazice. Fiind efectul unei iritațiuni cronice, odată apărută, constituie o nouă iritație care nu e decât un apel pentru epiteliom. (Leloir).

Evoluția leucoplaziei este cronică, cu durată nedeterminată. Multă vreme staționează, apoi din timp în timp progresează cu perioade staționare. De multe ori sfârșitul se face prin degenerescență canceroasă.

1. *Eroziunile prin mușcătură* pot lua un aspect alburii, dar înlăturarea cauzei aduce vindecare rapidă.

2. *Ingestiunea de antipirină* poate da o descuație lăptoasă.

3. *Ulcerațiunile stomatitei mercuriale*. Anamneza, leziunile multiple, roșii și dureroase, sunt în deajuns pentru diagnostic.

4. *Lichenul plan*. La examenul atent cu lupa, se observă papulele inițiale și structura reticulară a lichenului. Lichenul bucal, e însoțit de leziuni similare pe tegumente și dispare prin tratament.

5. *Glosita lui Hunter*, se observă la bolnavii de anemie pernicioasă. Este o inflamație subacută sau cronică, a limbii și mucoasei bucale. Durerile sunt vii. Pe suprafața limbii și pe mucoasa obrazilor, iau naștere suprafețe netede, palide, atroifice, alături de zone de culoare brună. Examenul sângelui, ne arată alterațiuni grave, ale formulei sanghine.

II. *Ulcerul perforant bucal*, sau *maladia lui Williams*, este a doua leziune parasifilitică dela nivelul

gurii. Constă într'o ulcerajaie cu sediu fix pe marginea alveolară a maxilarului superior, în locul ce corespunde vârfului sinusului maxilar. Ulcerația este înconjurată de o margine proeminentă, nu sângerează, n'are tendință la cicatrizare, dovedind un caracter distrofic.

Debutează prin căderea spontană și nedureroasă a dinților, începând de obicei, cu molarul superior și continuând cu restul dinților de pe acest maxilar. Această cădere analgică a dinților, este precedată de accidente tabetice.

Un alt caracter al acestei afecțiuni, este rezorbția alveolară, care începe înainte de căderea dinților și continuă până la perforarea sinusului maxilar.

Procesul de topire celulară se face în două faze: aseptice și prin necroză. Resorbția aseptică, durează ani de zile și perforația mucoasei precedează dispariția osoasă. Când evoluția se face cu necroză, atunci ulcerajaia se formează după procesul necrotic a evoluat și tinde la eliminarea masei necrotice. Procesul nu se manifestă clinic, decât când creasta alveolară a maxilarului superior, a dispărut prin rezorbție, sau eliminare. Momentul când bolta palatină devine plană, constituie un semn patognomic, de o importanță capitală.

Bolta palatină plană tabetică, se caracterizează prin dispariția unghiului retro maxilor superior și prin venirea palatului, la același nivel cu vestibulul. Maxilarul superior, suferă deci, o regresivitate în masă. Când bolnavul închide gura, dinții maxilarului inferior, dacă mai există, ating mucoasa labială și jugală superioară. Nu mai ating ca în mod normal, partea anterioară a mucoasei palatului. Buza infe-

rioară în urma prognatismului compensator al maxilarului inferior, acoperă buza superioară.

Ulcerațiunea mucoasei și performanța sinu-ului maxilar, este de cele mai multe ori unilaterală. Poate fi însă și bilaterală. Funcțional bolnavul are tulburări în deglutiție și fonație. Lichidele introduse în gură, revin pe nas. Vocea este nazonată și de neînțeles.

Afecțiunea este însoțită de tulburări de sensibilitate ale feței, și obrazului. Nevralgiile faciale, durerile lancinante, ticul dureros al feței cu spasm al orbicularului pleoapelor și al mușchilor gâtului, precum și pervetirea gustului, sunt des întâlnite.

Anestezia tactilă, termică și dureroasă, la nivelul ulcerațiunii, pe marginile perforațiunii, pe limbă pe pielea feței, mai ales pe obraji și bărbie, variază ca întindere și intensitate, dela caz la caz. În general, aceste tulburări nervoase, sunt expresia meningitei sifilitice generalizate și alterațiunii marelui simpatic.

Diagnosticul diferențial:

1. *Ulcerul perforat sifilitic*, se localizează în regiunea mediană a bolții palatine, nu se însoțește de căderea analgică a dinților. Leziunea de debut e o gomă. Evoluția e inversă decât în perforația tabetică: ulcerație, fistulă osteo-mucoasă, perforațiune, cădere dureroasă a dinților.

2. *Perforațiile tuberculoase* se aseamănă ca evoluție cu perforația sifilitică, dar interesează numai palatul moale. Aspectul clinic și examenul bacteriologic, confirmă diagnosticul.

CAP. V.

Complicațiuni bucale în tratamentul autisifilitic.

În timpul tratamentului antisifilitic, pot surveni complicații renale, oculare, hepatice și bucale. Aceasta din urmă privește pe stomatolog.

Este o regulă în conduita medicului specialist, ca ori de câte ori se începe un tratament antisifilitic, să se facă în prealabil un examen amănunțit al cavității bucale. Alfel, în cazul unei guri neîngrijite, dinți, cariați, tartru, rădăcini neextrase, pot surveni așa zisele *stomatite terapeutice* între cari amintim:

I. *Stomatita mercurială* apare în cursul tratamentului mercurial, fie că mercurul a fost administrat sub formă de fricțiuni, pe cale digestivă, hipodermică sau intramusculară.

În etiologia stomatitei mercuriale, joacă un rol dominant idiosincrazia pe care o prezintă anumite persoane.

Simptomatologie: După profesorul Fournier, deosebim trei forme de stomatită mercurială.

a) *Forma ușoară* sau *stomatita de alarmă* se manifestă prin următoarea simptomatologie: stare de indispoziție, gust metalic în gură și salivație. Observăm deasemenea o ușoară fetiditate bucală, iar gingia incisivilor inferiori, este ușor tumefiată. Apăsând asupra ei, apar puncte de puroi.

b) *Forma mijlocie*. Pe lângă simptomatologia de mai sus, se caracterizează prin senzația de uscăciune a gurii și prin dureri la unghiul maxilarului. Aceste dureri influențează masticția care devine penibilă. Se observă încă senzația de alungire a dinților, când bolnavul își apropie arcadele dentare.

Din punct de vedere fizic, vom observa o tumefiere a gingiilor, cari sunt livide și la cea mai mică atingere, se produce hemoragie. Dinții devin mobili, sunt murdari și se îndepărtează unii de alții. Limba este albă murdară și tumefiată. Adeseori observăm pe ea, urmele dinților.

Vom găsi glandele submaxilare, ganglionii submaxilari și retromaxilari, măriți, iar la presiune, sunt sensibili. Se instalează o sialoree, cu o salivă vâscoasă, care prezintă o particularitate caracteristică. Dacă o punem pe un obiect de aur, vedem că acesta se albește. Acest fenomen se explică și e datorit prezenței mercurului în salivă, care se elimină prin glandele salivare.

In ce privește starea generală a acestor bolnavi, ei prezintă neliniște, palpitații și inapetență. Uneori putem observa chiar febră, acompaniată de sindromul diareic și albuminuric.

c) *Forma gravă* se caracterizează prin accentuarea simptomelor descrise la celelalte două forme și în plus prin apariția pe gingii, a ulceratiilor fagedelice, gangrenoase. Limba mărită de volum, proemină din cavitatea bucală și e ulcerată. Pe mucoasa bucală, apar pete cenușii, ganglionii cervicali sunt măriți, febră, acompaniată de fenomene generale intense. Această formă, astăzi nu se mai întâlnește. Chiar când survine, nu e de natură terapeutică.

Diagnosticul diferențial, este destul de ușor, luând în considerare salivația abundentă și faptul că ea albește, obiectele de aur.

1. *Stomatita bismutică* are aproape aceiași simptomatologie clinică. Se deosebește însă, printr'o dungă gingivală, un lizereu de culoare violacee. Saliva nu albește obiectele de aur.

Pronosticul este benign, când imediat ce apar simptomele, se suspendă tratamentul.

Tratamentul profilactic, este cel care ne interesează, vom supraveghia funcțiunea renală și hepatică. O atenție deosebită, vom da gurii. Înainte de începerea tratamentului mercurial, vom extrage rădăcinile ascuțite infectate, vom îndepărta tartrul și vom obtura dinții cariști. Igiena gurii va trebui observată în tot decursul tratamentului mercurial. Se va face desinfecție zilnică cu o soluție antiseptică. Este preferată soluția de sublimat 1/4000, care are un efect preventiv și curativ foarte bun.

II. *Stomatita bismutică*. Stomatita mercurială, descrisă mai sus, servește ca tip al stomatitelor toxice. Stomatita bismutică face și ea parte tot din acest grup. Se caracterizează printr'o dungă, un lizereu gingival, negru-violaceu și plăci de aceiași culoare pe fața internă a obrazilor și fața inferioară a limbii. Salivația, feliditatea gurii și plăcile gangrenoase de pe mucoasa bucală, au aceleași caractere ca ale stomatitei mercuriale.

Diferențierea de cea mercurială, am văzut cum se face.

Tratament: suprimarea bismutului și antisepsie riguroasă a gurii.



Un caz clinic.

În clinica stomatologică se întâlnesc frecvent manifestări sifilitice bucale; majoritatea lor nu prezintă nimic deosebit, afară de un singur caz mai aparte. E vorba de un sifilom primar multiplu observat de domnul profesor Aleman:

Pacienta C. M. de 21 ani se plânge că în urma unui traumatism întâmplat înainte cu o lună, i-a apărut o leziune pe gingia superioară. Un medic pe care l-a consultat i-a făcut badijonări cu soluție de nitrat de argint, iar mai târziu cu tinctură arsenicoasă. Leziunile luând proporții mai mari, a fost trimisă la clinica stomatologică.

Subiectiv: La nivelul gingii nu are dureri. Simte dureri în deglutiție.

Obiectiv: Regiunea gurii este deformată din cauza unei ridicături localizate la nivelul buzei superioare în partea mediană. La un examen mai detaliat se constată că această deformare este cauzată parte prin tumefacția gingiei superioare, parte prin tumefacția buzei superioare. Alterațiunile cele mai importante interesează gingia corespunzătoare celor 6 dinți frontali superiori. Gingia are aspectul unei tumori ce coboară până aproape de marginea triturantă a dinților. Leziunea cu aspect de tumoră, are culoare roșie vie, iar spre marginea ei liberă are o zonă îngustă acoperită cu o membrană slăbinoasă discretă, care se poate detașa destul de ușor. Prin îndepărtarea membranei apare o suprafață erozivă, netedă, ușor sângerândă, care se acoperă repede cu o secreție transparentă. La palpate senzația de duritate este netă. Amigdalele sunt mărite de volum, congestionate și fără leziuni.

Pe spate în regiunea înfraspinoasă stângă, bolnava prezintă o leziune de mărimea unei piese de un leu, de formă ușor ovalară, proeminentă din nivelul pielii cu suprafața acoperită de o crustă brună, murdară. Crusta îndepărtată lasă să se vadă o suprafață roșie-vie, netedă cu scufundare centrală. Leziunea este de o consistență ușor dură, nedureroasă, izolabilă, trece pe neobservate în țesuturile din vecinătate. Ganglionii regionali sunt intacti.

La examenul anatomo-patologic al celor două leziuni, se constată un țesut de granulație compus din limfocite și mai ales din celule plasmatică. Vasele sunt dilatate pline cu polinucleare.

Bolnava e transpusă la clinica dermatovenerică, unde i-se face reacția Bordet-Wassermann cu rezultat pozitiv. Ținută sub observație, se constată după câteva zile pe marginea liberă a buzei superioare în linia mediană, pe un teritoriu mic, care vine în atingere imediată cu leziunea gingivală, o altă leziune mai mică cât un bob de fasole, de formă ușor ovală, de consistență foarte dură cu suprafața netedă, epitelizată, de culoare roșie, ușor violacee. Această leziune rezultată printr'o autoinoculare, este nedureroasă și trece în țesutul învecinat fără limite precise. Infiltrația dură este însoțită și de un edem ușor la baze, luând un aspect diform.

Ganglionii submaxilari, abia acum sunt măriți de volum în mod simetric, având dimensiunile unor alune mai mărișoare, nedureroși și izolați de țesuturile învecinate. Ganglionii axilari prezintă aceeași adenită caracteristică.

În urma unui tratament cu bismoiochina dr. Pamfil, leziunile dispar în 4 zile.

Discuția cazului. Din cele văzute mai sus, se desprind două caractere particulare, cari se observă foarte rara în evoluția unui accident primar: În primul rând multiplicitatea leziunilor și în al doilea rând apariția extrem de întârziată a adenopatiei regionale specifice.

Concluziuni.

1. Sifilisul bucal ca localizare deține locul al doilea, după regiunea genitală.

2. Manifestațiunile celor trei perioade, morfologic și ca varietăți clinice nu diferă de cele localizate în alte regiuni. Localizările depe mucoasa bucală pot lua un caracter aparte, din cauza condițiunilor particulare în cari se desvoltă.

3. Plăcile mucoase ale perioadei secundare, prin caracterul lor mai constant decât al celorlalte localizări depe tegumente, sunt de un real serviciu, pentru stabilirea diagnosticului.

4. Distrucțiunile pe cari le produc manifestațiunile terțiare, dau turburări funcționale grave și uneori ireparabile.

5. Odată cu începerea tratamentului antisifilitic și în tot decursul lui, se va face o riguroasă igienă bucală, pentru a preîntâmpina apariția eventuală a unei stormatite terapeutice.

Văzută și bună de imprimat.

Președintele tezei:

Decan:

ss. Prof. Dr. I. ALEMAN ss. Prof. Dr. D. MICHAIL.

Bibliografie.

Dr. I. Aleman — Un caz de sifilom primar al gingiilor cu inoculare directă pe mucoasa labială corespunzătoare. *Revista Stomatologică*, Nr. 1—2, 1926 — Cluj.

Dr. V. Vasilescu-Dr. Tr. Marinescu — Considerațiuni generale asupra sifilisului cavității bucale. *Revista Stomatologică*, Nr. 6, 1935 — Cluj.

Dr. C. Dimitrescu — Particularități clinice ale sifilisului buco-dentar. Ed. Sportul, 1926 — București.

Dr. D. D. Niculescu — Stomatologie. Ed. revistei stomatologice „Presa Dentară”, 1924 — București.

Bercher et Meville — Deux cas de syphilis tertiaire de la région du maxil. sup. *Rev. Stom.* — Avril 1923.

Emery et Lacépère — Diagnostic des accidents d'intoxication mercurielle et des accidents de la syphilis. *Ann. eds mal. ven.* — 1908.

Gaucher — Recherches du spirochaete pallida dans les accidents de la syphilis. *Journal des Prat.*, 1910.

Gaucher-Gougerot-Maux-Saint Mare — Osteite du maxil inf. chez un tabétique. *Bul. soc. de derm. et syph.* — Juillet 1922.

Miquel René — Le Chancre de la gencive. Th. 1924 — Paris.

Gourmec L. — Les accidents dentaires chez les syphilitiques. Th. 1923 — Paris.

Latour-Robert — Contribution à l'étude étiologique de la leucoplasie jugo-comiesurale. Th. 1919 — Paris.

Fournier — Chancres extra-génitaux — 1897.