

**Sifilidele terțiare**  
ale  
**extremității cefalice**  
**Statistică între anii 1924-1938.**



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE 9 MARTIE 1939.

DE

MANDEL GHEORGHE

# Sifilidele terțiare

ale

## extremității cefalice

Statistică între anii 1924-1938.



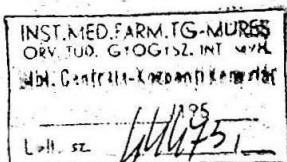
DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ IN ZIUA DE 9 MARTIE 1939.

DE

MANDEL GHEORGHE

24 MAY 2005



# UNIVERSITATEA DIN CLUJ

## FACULTATEA DE MEDICINĂ

---

**Decan : D-l Prof. Dr. I. DRAGOIU**

**Profesori :**

Clinica stomatologică . . . . .	Prof. Dr.	ALEMAN I.
Bacteriologie . . . . .	"	BARONI V.
Fiziologia umană . . . . .	"	BENETATO GR.
Istoria medicinei . . . . .	"	BOLOGA V.
Patologia generală și experimentală . . . . .	"	BOTEZ A. M.
Clinica oto-rino-laringologică . . . . .	"	BUZOLANU G. H.
Istologia și embriologia umană . . . . .	"	DRĂGOIU I.
Semiologia medicală . . . . .	"	GOIA I.
Clinica ginecologică și obstetricală . . . . .	"	GRIGORIU CR.
Clinica medicală . . . . .	"	HATIEGANU I.
Medicina legală . . . . .	"	KERNBACH M.
Chimia biologică . . . . .	"	MANTA I.
Clinica oftalmologică . . . . .	"	MICHAIL D.
Clinica neurologică . . . . .	"	MINEA I.
Igiena și Igiena socială . . . . .	"	MOLDOVAN I.
Radiologia medicală . . . . .	"	NEGRU D.
Anatomia descriptivă și topografică . . . . .	"	PAPILIAN V.
Clinica chirurgicală } . . . . .		POP A.
Medicina operatoare } . . . . .		POPOVICIU GH.
Clinica infantilă . . . . .	"	POPOVICIU GH.
Farmacologia și farmacognozia . . . . .	"	STURZA M.
Balneologia . . . . .	"	TĂTARU C.
Clinica dermato-venerică . . . . .	"	ȚEPOSU E.
Clinica urologică . . . . .	"	URECHIA C.
Clinica psihiatrică . . . . .	"	VASILIU T.
Anatomia patologică . . . . .	"	RACOVITĂ E.
Biologia generală . . . . .	"	SECĂREANU Ș.
Chimia . . . . .	"	ZOLOG M.
Igiena generală . . . . .	"	BĂRBULESCU N.
Fizica medicală . . . . .	Conf.	"

### JURIUL DE PROMOȚIE

Președinte : Prof. Dr. CORIOLAN TĂTARU

Membrii : { Prof. Dr. HATIEGANU I.  
 " " BOLOGA V.  
 " " BUZOIANU GH.  
 " " ALEMAN I.

Supleant : Dl Doc. Dr. GAVRILĂ

## INTRODUCERE.

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

În genere deosebim trei mari etape în evoluția sifilisului. Începând din momentul infecției și evoluând cu prima incubatie se ajunge la faza sifilomului primar. Din acest infiltrat inițial *treponema* se răspândește în tot organismul producând erupțiuni în puncte multiple ale pielei și în viscere. După această fază septicemică sifilisul se stinge, *treponemul* devine liniștit și nu mai dă accidente, decât din loc în loc precum în bolile chirurgicale, poemia urmează septicemiei.

Aceste manifestări localizate constituie perioada terțiară a sifilisului. Simptomele terțiarismului se pot desvolta timp de mai mulți ani în cursul bolii și uneori după un interval lung dela apariția șancrului, la 20-40 ani sau și mai târziu. *Treponemul* supraviețuește ducând o viață latentă în diferite puncte ale pielei, ale mucoaselor sau ale viscerelor și diferiți factori pot să-l redestepte, producându-se manifestări sifilitice nouă.

Fournier acordă tratamentului un rol considerabil în etiologia terțiarismului. După statistica lui 78% dintre bolnavii cu sifilis terțiar nu au urmat nici un tratament sau un tratament foarte incomplet; 19% a fost tratat nesistematic și cel mult 3% a fost „bine tratat“.

Tot tratamentul trebuie să atribuim scăderea numărului bolnavilor prezentați cu leziuni sifilitice terțiare la dispensarul clinicei Dermato-Venerice în ultimii 15 ani (dela 1 Ianuarie 1924—31 Decembrie 1938).

La aceste consultații anual se prezintă 3500—4700 bolnavi cu diferite boli dermatologice sau venerice, numărul lor crescând în ultimii ani atinge în 1938 cifra de 4716. Dintre acestea în 1924 au prezentat leziuni sifilitice terțiare manifeste 101 bolnavi; în 1925, 88; în 1926, 72; în 1927, 63; în 1928, 69; în 1929, 69; în 1930, 75; în 1931, 40; în 1932, 25; în 1933, 35; în 1934, 43; în 1935, 27; în 1936, 26; în 1937, 20; iar în 1938 20. Deci 101 cazuri în 1924 și 20 cazuri în 1938, o scădere de 80% în 15 ani. De sigur în această statistică nu intră decât sifilisul terțiar cutanat, al mucoaselor nazale, bucale și faringiene.

Deci factorul esențial al terțiarismului este lipsa sau insuficiența tratamentului. După Fournier un alt factor este geniul morbid ceace azi se numește virulență specială a germenului. Milian adaugă rezistența față de medicamente, care fără îndoială este în raport cu rasele treponemelor produse prin tratamentele anterioare insuficiente, fie însuși la pacient, fie la contaminatori.

Stările morbide ale individului predispun și ele la accidente terțiare. Astfel e tuberculoza, alcoholismul, paludismul.

Influențele depresive: mizeria, excesele de tot feluri, grijele vieții, surmenajul psihic, intelectual și venerian au importanță secundară (Fournier).

Influențele locale au o importanță mult mai mare în apariția accidentelor sifilitice. Tutunul este un factor de atracție pentru leucoplazie; varicele, traumatismul, contuziunile, cât și plăgile constituie atâtea puncte de chemare pentru treponemă. Plăgile chirurgicale deasemenea se pot complica în momentul cicatrizării cu leziuni sifilitice ulcerose.

Rolul traumatismului pare a fi fost exagerat. V. Tătaru în teza lui din 1190 cazuri de sifilis terțiar n'a găsit în antecedente traumatismul, decât în 14 cazuri.

După statistica lui Fournier din 5762 cazuri de sifilis terțiar, 1851 sunt afecțiuni ale sistemului nervos, 1418 afectează pielea, restul sifilis visceral. Azi sifilisul visceral este mai bine cunoscut și trebuie să-l considerăm ca fiind mult mai frecvent, decât reese din statistica lui Fournier.

Cât privește sexul, din cele 773 cazuri ale clinicei din Cluj, au fost 344 bărbați și 429 femei. Deci femeile par a fi atinse într'un procent mai mare. (55.5%)

## Simptomatologia

În acest capitol vom trata simptomatologia generală a sifilisului terțiar cutanat și al mucoaselor cu considerațiuni speciale asupra leziunilor extremității cefalice (nas, cap, față, cavitatea nasală și bucală).

Sifilisul terțiar se manifestă la nivelul pielei și mucoaselor sub următoarele forme:

1. Gome.
2. Sifilide tuberculoase.
3. Eritem terțiar.

## Gomele sifilitice

Gomele sunt forme tumorale circumscrie sau difuze, cari trec prin stadiile succesive de îndurație sau cruditare, de ramoliție și de ulcerare, urmată de cicatrizare. Cicatrizarea spontană se poate produce.

Termenul de gomă este destul de general, există gome sifilitice, tuberculoase, sporotrichozice, etc. având fiecare caracterul lui propriu.

*Goma sifilitică* se dezvoltă oriunde: în țesutul celular subcutanat, în țesutul celular mucos, în mușchi, în oase, în viscere etc. și se prezintă sub două aspecte principale: gome circumscrie și gome difuze. Pe noi ne interesează gomele subcutanate.

Gomele subcutanate se dezvoltă în ipoderm. Apariția gomelor este mai tardivă decât a celorlalte accidente cutanate. Se găsește destul de frecvent în primii 15 ani ai bolii; după al 15-lea an se menține în aceeași proporție până la

al 20-lea an, pe când frecvența celorlalte leziuni scade în această epocă. E manifestată sifilitică cea mai tardivă ce se poate observa.

Sediul: 42% gome cu localizări multiple cu maximul la gambă; în al doilea rând vin gomele membrului superior, în al treilea rând gomele capului, în al patrulea rând vine abdomenul și toracele (Fournier).

În statistica noastră gomele extremității cefalice formează mai mult de jumătate din gomele cutanate și mucoase.

Forme:

1. *Goma clasică* trece prin fazele deja amintite;

a) *Stadiu de cruditate*. Sub tegument apare un nodul de mărimea unui bob de fasole sau a unei alune, de consistență dură, indoloră, mobilă, fără aderențe și fără semne inflamatorii;

b) *Stadiu de ramoliție*. În acest stadiu tumoara se prinde de piele, care se subțiază și ia o culoare roșie lividă. În același timp în interiorul gomei se produce o ramoliție centrală;

c) Urmează *stadiul de ulceratie*, când pielea se ulcerează și se scurge o cantitate mică de substanță semilichidă sirupoasă. Ulcerațiunea este circulară, rotundă sau ovalară cu margini dure, tăiate „à pic“, proeminente, de culoare roșie brună. Fondul este neted, îndurat, acoperit cu un țesut necrotic slăninol galbui-albicios;

d) După un timp fondul ulceratiunii se debarasează de resturile necrotice care-l acoperă, apare un țesut de granulație pe fondul neted, iar dinspre marginea ulceratiunii pornește un burelet de cicatrizare. Cicatricea la început este violacee, ca la urmă să devină albă; este netedă, regulată, cu margini hiperpigmentate, cu fine striatiuni vasculare.

2. *Goma cianotică* are un halo cianotic, se găsește pe gambă.

3. *Goma adipoasă* ipodermică simulează lipomul.

4. *Goma scleroasă* evoluează spre scleroză. Aici amintim goma cheloidiană cu aspect de cheloide pestrificate de

gome sifilitice și ulcerate. Tratamentul cicatrizează ulcerarea gomoasă și însuși infiltratul scleros retrocedează în mod progresiv.

5. *Gome „en nappe“* în loc să fie globuloase ovoide, pot ocupa o suprafață mai mare cu o grosime relativ minimă. Ele se deschid în mai multe puncte formând astfel cratere pe o regiune infiltrată. Confluența acestor ulcere poate da naștere la plăgi imense.

Numărul gomelor: în 60% a cazurilor sunt izolate după Fournier, dar se pot găsi în număr de 4—5 până la 15. Cazenave raportează un caz cu 50 gome.

## Sifilidele tuberculoase

Pe lângă neformațiunile mari tumorale, care constituiesc gomele, sifilisul poate produce în perioada terțiară leziuni mult mai mici, localizate în dermul profund.

Acestea sunt niște noduli mici, în medie cât volumul unei mazăre, cari abia proemină deasupra pielei, contrar papulelor mai superficiale cu sediul în derma capilară.

Unii autori, ca Milian, preferă denumirea de sifilide nodulare celei tuberculoase. Acești noduli evoluează ca și gomele, fie spre scleroza, dând naștere unei scleroze cutanate, fie spre ulcerare, constituind sifilidele tuberculo-uceroase.

Există forme intermediare între leziunile papuloase secundare și sifilidele tuberculoase terțiare, numite sifilide papulo-tuberculoase.

Sifilidele tuberculoase de obicei sunt grupate, alteori sunt diseminate sau răsfirate în grosimea pielei.

1. *Sifilidele tuberculoase diseminate.* Acestea sunt tumorete mici solide, rezistente la palpate, rotunde, ușor convexe la suprafață de volumul unei gămălii până la al unei mazăre. Culoarea este arămie sau a jambonului; suprafața nodozității devine uneori ușor scaumosă. Nodulul poate fi unic sau multiplu diseminat. Evoluția spre rezorpție spontană este posibilă și frecventă, lăsând în locul lui o maculă brună pigmentată sau o pată albă; nu se ulcerează nici-



odată. Aceste sifilide diseminate sunt nedureroase și apruriginoase.

2. *Sifilidele tuberculoase grupate*. Sunt mai frecvente și mai caracteristice decât precedentele. Ele se adună în grupe de dimensiunea unei palme cu 10—20 tuberculi sau și mai mulți. Aceste varietăți ale sifilidelor tuberculoase au ca sediu predilect nasul, fruntea (corona veneris terțiar), pielea păroasă, sprâncenile, buza superioară, dar se găsesc în orice parte a corpului. Gruparea se face după formele următoare :

a) *Sifilide grupate în formă de urme de alice sau în boschetă*.

b) *Sifilide orbiculare* : cercuri găurite de nodozități tuberculoase ; o formă specială o constituie sifilidele „en collier de perles” situate la baza gâtului ca un colier în care nodulii de multe ori sunt separați unul de altul printr'un interval de piele sănătoasă.

c) *Sifilide arciforme și circinate* concentrice cu leziuni în diferite stadii evolutive, procesul regresând central și progresând periferic, luând forme bizare cu un caracter serpiginos (*sifilide tuberculo-serpiginoase*).

3. *Sifilide tuberculoase „en nappe”*. Infiltratul sifilitic în loc să formeze noduli separați, se întinde în grosimea pielii.

*Sifilide tuberculo-ulceroase*. Sifilidele tuberculoase, ale căror noduli se topesc și se ulcerează în mod secundar, se numesc tuberculo-ulceroase sau ulcero-gomoase. Ele se mai numesc tuberculo-crustoase, când ulcerarea se acoperă cu o crustă groasă de câțiva milimetri, rotundă, de culoare închisă, neagră sau uneori galbenă-verzue, alteori verde brună sau chiar brună. Ulcerarea este profundă, de formă rotundă ori policiclică, cu margini aderente de fondul plăgii. Uneori se infectează și devine fetidă, gangrenoasă, cu caracter fagedenic.

Forme :

1. *Forma mixtă* compusă din sifilide tuberculoase și sifilide ulceroase.

2. *Forma serpiginoasă*.

3. *Forma ipertrofică-iperplazică* în care apar adevărate plăci de sifilide tuberculoase combinate cu leziuni nodulare propriu zise. Această formă poate simula adevărate stări elefantiazice. Astfel de infiltrații găsim mai ales la nivelul buzelor, nasului, vulvei, dar și în alte părți.

*Diagnosticul diferențial* trebuie făcut față de *sifilomul primar* extragenital localizat pe față, care produce un edem al întregii buze, acoperit de cruste groase și acompaniat de adenopatie. Examenul ultramicroscopic confirmă diagnosticul. *Lupusul vulgar ulcero-serpiginos* se deosebește prin fondul neregulat moale și marginile neregulate, subminate, crustele sunt gălbui superficiale. *Acneea necrotică* are un caracter net inflamator cu localizare caracteristică pe frunte, la marginea pielei păroasă a capului, pe aripioarele nazale și șanțul nazo-genian. Elementele sunt distincte, izolate, superficiale și edemateiate cu tendință la necroză purulentă. Cicatricile sunt rotunde, cupuliforme, semănând cu cele din variolă. Există o varietate de acnee descrisă de Kaposi sub numele de acnee ulcero-serpiginoasă, localizată pe nas și formată din noduli rozi, moi, cu evoluție rapidă spre supurație și cu alură serpiginoasă. Se vindecă în câteva luni lăsând cicatrici neregulate și mutilante. *Iodismul și bromismul* poate da loc la confuzii. Apariția lor bruscă acompaniată de turburări generale, diaree, albuminurie și dispariția lor prin suprimarea cauzei ne ajută la diagnostic.

*Eritemul terțiar*. Este o formă rară a manifestărilor terțiare descrisă de Fournier. Nu survine pe extremitatea cefalică.

Varietăți anatomice după regiuni.

#### A) **Pielea păroasă a capului.**

*Sifilidele tuberculoase* pot ocupa oricare parte a pielei păroase, dar de cele mai multe ori se observă în regiunea frontală și câteodată jumătate pe regiunea păroasă, jumătate pe pielea glabră. Sifilisul poate fi de dată foarte veche și chiar seroreacția bolnavului poate fi negativă. Vom putea găsi oricare din formele descrise.

*Forma nodulară* nefiind pruriginoasă trece neobservată, se ulcerează și bolnavul se alarmează numai când apar crustele. Acestea sunt izolate, de mărimea nodurilor, pe care le acoperă și fixate pe loc prin părul pe care-l înglobează. Crusta poate fi subțire, pergamentoasă sau mai groasă, ceea ce ne face să-o confundăm cu impetigo. Spre deosebire însă de impetigo, dacă îndepărtăm crusta rămâne o ulceratăie dermică înconjurată de un halo violaceu. Leziunea are un caracter serpinios cu tendință foarte redusă la cicatrizare.

Diagnosticul diferențial se face cu *zona*, care însă are o evoluție mult mai rapidă; *impetigoul* nu este ulceros și nu lasă cicatrici; *tuberculoza* locală este aproape inexistentă la nivelul pielii păroase a capului, are un caracter mai mult vegetant, decât ulceros. Diagnosticul față de aceea ulceroasă a fost descrisă.

Din cele 81 cazuri ale clinicei, am găsit 10 cazuri de leziuni sifilitice tuberculoase ale capului și două cazuri, cari au interesat capul și fața.

*Goma frontală.* Goma sifilitică a pielii păroase survine aproape totdeauna la nivelul boselor frontale. Se localizează lateral, rar în plină piele păroasă, mai des pe liziera sa anterioară. Ca orice gomă, se prezintă ca o largă extumescență a pielii. În cursul evoluției se ulcerează și dacă-i explorăm fondul cu un stilet, observăm că leziunea ajunge până la os, al cărui periost a dispărut; chiar și osul suferă o necroză producând un sechestr. Este nevoie de ablația chirurgicală a sechestrului osos.

Diagnosticul diferențial trebuie făcut față de sarcom. Uneori nici biopsia nu ne poate ajuta și numai un tratament ex juvantibus lămurește etiologia. Reacția Wassermann negativ nu exclude posibilitatea gomei.

Din cazurile noastre am găsit șase cu gome ale capului, două cu gome cari au interesat capul și fața, două capul și fruntea și 21 numai fruntea. Din toate aceste cazuri 10 au interesat și alte părți ale corpului.

## B) Sifilide terțiare ale buzelor.

Pe pielea buzelor găsim, ca în alte părți, sifilide tuberculoase sau tuberculo-ulceroase, grupate sau „en nappe“.

*Sifilidele ulcero-tuberculoase* sunt de obicei crustoase; ele nu prezintă nimic deosebit, afară de infiltratul care este foarte caracteristic. Buza își dublează sau triplează volumul, devine violacee, renitentă, la presiune, degetul nu lasă urme, cu toată aparența unui edem.

*Gomele buzelor* au de cele mai multe ori caracterele obișnuite. Uneori însă gomele difuze ale buzei inferioare ne pot surprinde. Adevărate sifiloame difuze prezintăndu-se ca un infiltrat violaceu de aspectul jambonului, ocupând aproape totalitatea buzei inferioare, până la șanțul labio-mentonier și toată lățimea buzei; la dreapta și la stânga buza este îngroșată și îndurată. Această îndurație difuză de consistența jambonului este lipsită de împăstare ganglionară concomitentă. De multe ori, natura bolii ne fiind recunoscută, evoluția în unele puncte devine nodulară, nodulii suferă ramoliție centrală, dând naștere la ulcerății crateriforme, acoperite sau nu de o crustă neagră.

Pe buza superioară simptomatologia este analoagă, însă tumelierea este mai intensă. Duce la un adevărat prognatism cutanat, dând aspectul buzei de tapir. Adeseori acest sifilom care de altfel se rezoarbe greu, se complică cu puseuri streptococice. Uneori se adaugă un lupus, care îngreunează și mai mult rezorbția.

*Sifilidele mucoasei labiale.* La nivelul buzei se pot observa fisuri lineare sau circinate ușor de diagnosticat, mai ales când se însoțește de leucoplazie ușoară sau accentuată. Din contră, există ulcerățiuni nu lineare, ci circulare de multe ori călare pe mucoasă și pe piele, înconjurate de leucoplazie de partea mucoasă. Sunt infiltrate, dure, putând simula cancerul, ulcerăția pseudo-cancroidă a lui Fournier. Numai existența unui burelet periferic, zona de invazie a cancerului ne va permite diagnosticul. În unele cazuri singur biopsia fixează în mod rapid și sigur diagnosticul.

Printre cazurile clinice am găsit 15 cazuri de sifilide tuberculoase cari interesau numai buzele, trei buza și fața, 6 buza și nasul. Dintre aceștia un caz de macrochelie cu sifilide tubero-ulcer-serpiginoase un caz de sifilide tubero-ulcer-serpiginoase ale buzei inferioare și ale palatului moale cu cicatrice sifilitice pe buza superioară. În câteva cazuri leziunile interesau toată regiunea peribucală. Dintre cazurile de gome sifilitice am găsit 14 cazuri cu gome la nivelul buzei, două la nivelul buzei și feții, șase cu gome ale buzei și nasului interesând, fie septul, fie aripioarele nazale.

### C) Sifilisul nazal terțiar.

Terțiarismul nazal se observă, după Fournier în 5,20% a cazurilor de sifilis. Maximul de frecvență poate fi între al cincilea și al zecelea an al infecției. Femeile par a fi atinse mai frecvent decât bărbații.

Forme după localizare

a) *Infiltrațiile gomoase difuze* generalizate (Bernoud), interesând toată fosa nazală. Este o formă rară. Fenomenele exterioare sunt foarte accentuate și întinse.

b) *forma mediană* sau a septului este localizarea cea mai frecventă, interesează porțiunea osoasă (tuberculoza atinge părțile cartilaginoase ale septului) vomerul, lama perpendiculară a etmoidului, pe care o poate interesa aproape în întregime. Ca simptome avem tumefierea bilaterală a septului urmată de perforație.

c) *Forma anterioară* este destul de frecventă. Leziunea se localizează la nivelul oaselor proprii ale nasului și apofiza montantă a maxilarului superior. Se manifestă prin îngroșarea și sensibilitatea rădăcinei nazale. Goma evoluează spre ulcerarea și perforarea rădăcinei și laturilor nasului.

d) *Forma externă* sau a peretelui extern al foselor nazale interesează mai mult cornetul inferior.

e) *Forma inferioară* sau a planșului.

f) *Forma posterioară*.

În realitate aceste forme se combină între ele.

Unele leziuni datorite, verosimil, unui sifilis învechit, se îndepărtează de forma clasică. Leziunea scheletului poate

fi absentă sau foarte redusă, iar evoluția cronică torpidă.

Dintre cei 773 bolnavi de sifilis terțiar prezentați la dispensarul Clinicei Dermato-Venerice din Cluj în ultimii 15 ani, 45 au avut gome în interiorul nasului, 19 au avut gome nazale cutanate, 24 gome ale nasului și palatului moale și dur, cinci ale nasului și faringelui, cinci ale nasului și feții, șase ale nasului și buzei, unu gome nazale cu dacriocistită. Sifilide tuberculoase și tubero-ulceroase ale nasului au prezentat 13, ale nasului și feții doi, ale nasului și buzei șase, unu leziuni tuberculo-ulcero-serpiginoase ale nasului și regiunii intersprâncenoase; unu a prezentat leziuni ulcero-serpiginoase ale nasului și palatului. Deci gome în 105 cazuri, sifilide tuberculoase în 23 cazuri, în total 128, adică 16,5% din toată sifilide terțiare și 30,8% din sifilidele terțiare ale extremității cefalice.

#### D) Sifilisul terțiar al pleoapelor.

*Sifilidele tuberculo-ulcero-crustoase* ale pleoapei sunt relativ rare. Hutchinson descrie niște fisuri comisurale (sifilidele comisurilor) acompaniate de fenomene dureroase.

*Gome cutanate palpebrale și ale sprâncenelor.* La nivelul pleoapelor goma izolată seamănă mult cu un chalazion. Este indoloră, de consistență fermă, de volumul unei mazăre până la al unui ou de porumbel. Dacă nu se instituie tratamentul antisifilitic, goma suferă o ramoliție și se exulcerează lăsând deformațiuni palpebrale.

La sprânceni leziunile pot surveni izolat sau simultan cu leziunile sifilitice ale pleoapelor sau altor regiuni. Mutilarea palpebro-sprâncenoasă sifilitică cauzată de gome (cu alură fagedenică azi este excepțională.

Gome am găsit într'un singur caz la rădăcina pleoapei; în cinci cazuri la nivelul unghiului ocular intern. Leziuni tuberculo-ulcero-serpiginoase au survenit într'un singur caz la nivelul pleoapelor.

#### E) Sifilisul terțiar al cavității bucale.

*Sifilisul palatului moale.* În perioada terțiară vom găsi la acest nivel sifilide ulceroase, sifilide tuberculoase și

mai ales gome. Forma cea mai frecventă este goma difuză infiltrând tot vălul, care ne face să ne gândim mai mult la o angină, decât la gomă. Tot vălul palatului este infiltrat și roșu, fără simptome generale și locale. Vălul este însă imobil, din care cauză bolnavul se plânge de reflexul alimentelor în nas. Dacă nu se institueu un tratament antisifilitic, vălul se ulcerează și se perforază sub forma unei eşancruri marginale sau a mai multor găuri cari dau vălului un aspect ciuruit; alteori vălul se distruge complect ori parțial.

*Sifilisul boltei palatine.* Pe bolta palatină pot apare sifilide tuberculoase ori sifiloame „en nappe“ cari umplă domul palatin. Accidentul cel mai obișnuit este perforația boltei palatine; această perforație se face dinspre fosele nasale spre cavitatea bucală; este o osteită a planșeului nazal, care fără nici o durere și fără semne funcționale se transformă într'un mic abcès gomos al boltei și prin o ulceratie progresivă se produce o comunicație între gură și fosele nazale. Prin tratament se poate înfrâna progresarea procesului, dar nu se poate obține o vindecare. Oasele plate ale cutiei craniene n'au nici o tendință la procese reparative. Pentru corectarea turburărilor fonetice și de alimentație se recurge la proteze sau plastii.

Sifilidele palatului sunt manifestatiunile terțiare cele mai frecvente. Le-am găsit în 100 de cazuri localizate numai la nivelul palatului dur sau moale (inclusiv lueta); în 24 cazuri a interesat nasul și palatul; în trei cazuri nasul, vălul palatului; în șase cazuri nasul, buzele și palatul, (cazurile cari interesează și nasul, au fost amintite și la capitolul sifilidelor nazale), în total 133 cazuri, deci în 17,2% din sifilidele terțiare și în 32% a sifilidelor terțiare ale extremității cefalice. Aceste leziuni au survenit în 47 cazuri la bărbați și în 86 cazuri la femei, adică femeile au fost atinse în 64,66% a cazurilor.

*Sifilisul terțiar al limbei* este atât de frecventă, încât Fournier spune că limba trebuie examinată la orice bolnav suspect de sifilis. Survine în al doilea până la al zecelea an al infecției. Sifilisul lingual nu există în mod practic la femei.

### Forme:

*Glosita ulceroasă* se prezintă sub formă de fisuri și ulcerări. Fisurile se localizează pe margine, paralel cu aceasta sau în formă de Y, H, Z sau de stea. Sifilidele ulceroase ale limbei sunt mai rare, sa localizează pe dosul limbei și nu pe margine.

*Glosita scleroasă* se localizează pe fața dorsală în partea mijlocie, superficială sau profundă, se prezintă ca niște insule mici roșietice, de formă rotundă sau ovalară. La palpate se simte net indurația cartilaginoasă a straturilor superficiale. *Glosita scleroasă profundă* invadează mucoasa și mușchii, ocupă partea anterioară a limbii, care este tumefiată, roșie inflamatorie sau albă decolorată, leziunea este indoloră.

*Gomele* mucoase sunt în realitate leziuni tuberculo-ulceroase grupate. *Gomele* musculare situate mai mult la margine, pot fi multiple cu 5—10 nuclei sau difuze când limba se tumefiază simulând limfadenomul. În formele sclerogomoase țesutul gomos este traversat de bande de scleroză.

În cazistica clinice am găsit numai 20 cazuri de glosită și șase cazuri de gome linguale.

*Leucoplazia* apare în cavitatea bucală, nu este specifică sifilisului, însă de cele mai multe ori apare în terțierism, acompaniază toate glositele terțiare ulceroase sau sclerogomoase, cât și sifilidele terțiare ale mucoasei bucale.

*Gomele maxilarului superior* se localizează uneori la nivelul osului inciziv. Printre cazurile clinice am găsit astfel de leziuni în două cazuri.

### Asociațiunile sifilisului terțiar cutanat

Printre microbi streptococul, stafilococul pot complica în mod secundar sifilisul. De multe ori *erizipelul* pornește dintr'o excoriație sifilitică a mucoasei nazale. La fel ragașele buzelor se pot infecta cu streptococi, producând *elefantiaza streptococică a buzelor* pe teren sifilitic și care se confundă de multe ori cu scrufoloza. Impetigoul poate complica sifilidele. Noi am găsit un caz asociat de erizipel.



Sifilidele se pot complica cu *lupus*; n'am avut nici un astfel de caz. Am găsit cicatrici post-scrofulodermice la trei bolnavi.

Intr'un caz s'a găsit o dermatită herpetiformă, într'unu Boala lui Dercum și un caz de eritem nodos sifilitic.

*Sifilis și cancer.* Gomele pot fi urmate de un sarcom. Fournier descrie leziuni sifilitice epiteliomatoase ale limbii. După Darier sifilidele pot lăsa niște cicatrici pigmentate, pete melanice cari se pot degenera în melanosarcom.

O complicație gravă a ulcerărilor sifilitice este *fa-gedenismul*. Este o tendință rapidă spre extindere și destrucțiunea se face în profunzime, evoluția este mai acută și în 2—3 săptămâni distruge porțiuni întregi de organe ca nas, buze sau o parte din față. Aproape totdeauna se însoțește de febră, turburări disepitice, o stare de intoxicație care poate duce la moarte. De cele mai multe ori după ce a produs mutilațiuni importante, se vindecă prin cicatrici neregulate, brăzdate de bride groase, cari genează mișcările și obstruază orificiile după localizare.

### Tratamentul sifilidelor terțiare

*Tratamentul general.* Se introduce cu câteva injecțiuni de bismut sau mercur, de preferință mercur în injecții intramusculare și după 9—12 injecții se începe administrarea neosalvarsanului. Dl Prof. C. Tătaru recomandă aplicarea neosalvarsanului dela început împreună cu Bi sau Hg.

Prima injecție cu 0,15 neosalvarsan. Se urcă treptat doza ținând seamă de eventualele accidente, până la 0,60 neo., care se repetă în felul ca în prima cură bolnavul să primească 7—8 gr. neo. Între injecții de neo și bismut se aplică în toate cazurile iodură de potasiu bucal.

Prima cură va fi urmată cu repausuri de 6 săptămâni, în primul an și 8 săptămâni în anii ce urmează, fiecare cură cu 5—6 gr. neo. combinat alternativ cu Bi și Hg. plus iodură de potasiu.

Este greu de precizat, până când să se trateze astfel de bolnavi, în perioada terțiară seroreacția pozitivă este mai greu influențabilă, încât în unele cazuri această reu-

șește numai după un tratament de câțiva ani, chiar sunt cazuri unde acest deziderat nu se poate realiza.

A stabili vindecarea bolnavilor din perioada terțiară este posibil numai dacă bolnavii au urmat tratamentul, dacă ei au fost tratați aproximativ doi ani cu reacții umorale negative și dacă observați clinic și serologic timp de 4 ani după suprimarea tratamentului n'au prezentat nici o manifestare serologică și clinică pozitivă.

Când negativarea nu se produce după un tratament de 3 ani, nu vom forța tratamentul. Fiind considerată această perioadă ca una unde infecțiunea este localizată, în cazurile de mai sus putem suprima tratamentul, deși seroreacția este pozitivă; continuăm însă a ține pe bolnav sub control clinic continuu, pentru a preveni eventualele localizări organice.

Pe lângă neosalvarsan, în cazurile renitente la tratamentul de mai sus, ne vom recurge la malariterapia după procedeul lui Wagner—Jauregg, Kyrle. Se institue un tratament cu 3 gr. neo. după care se inoculează malarie terță. Lăsăm să facă bolnavul 8—10 accese. După aceste accese se cupează malaria cu chinină. Bolnavul după chininizare va primi imediat o nouă cură cu 3 gr. neo.

*Tratamentul local.* În formele scleroase se poate încerca pe lângă tratamentul general, aplicarea locală a unei pomezi cu calomel 10% în axunge. În cazurile de sifilide tuberculoase tratamentul local e inutil, când există o crustă bine aderentă; când observăm, că vindecarea întârzie, vom favoriza căderea crustei prin pansament umed și aplicăm pe ulcerări topice, dintre cari cel mai bun este emplastrul roșu al lui Vidal:

Cinabru ... ..	3 gr.
Miniu ... ..	5 „
Emplastru diachilon	52 „

Diforțiațiunile și mutilațiunile feții, postcicatriciale, se repară prin plastii.

---



Tabel No. 2. Gome mucoase

Vârsta	Sept. muc. nazală		Palat și lueță		Faringe amigdale		Nas și palat		Nas și faringe		Maxil. sup. (os incisiv*)		Limba		Nas, palat, buze și faringe		Sept. muc. nas palat		Total		Total general	
	b	f	b	f	b	f	b	f	b	f	b	f	b	f	b	f	b	f	b	f		
	0-10	1	1		1				1											1		3
11-20	2	8	7	11	4	5	2	2		2			1						1	16	29	45
21-30	9	3	6	20	4	5	2	3						1		1			2	21	33	54
31-40	4	4	9	22	6	3	3	6		2			2	2	2	2	1		2	25	41	66
41-50	4	3	6	5			1	1		1	1	*		1		1	1		1	13	12	25
51-60	3	2	4	8			2	2	1		1	*							2	10	13	23
61-70	1		1																	2		2
71-80													1							1		1
Total	24	21	33	67	14	15	10	14		5	2		2	4	2	4	2	1	1	89	131	220
Din aceștia au prezentat leziuni și în alte părți ale tegumentelor		2		4		3				1												10

Tabel No. 3. Sifilide tuberculoase și tuberculo-ulcerose

Vârsta	Față		Buze		Buze și față		Nas		Nas și față		Buze și nas		Frunte		Cap		Frunte, nas		Ureche ceafă		Reg. aurica tempor.		Pleoașe		Menton		Nas palat		Cap față		Total		Total gen.
	b	f	b	f	b	f	b	f	b	f	b	f	b	f	b	f	b	f	b	f	b	f	b	f	b	f	b	f	b	f			
	0-10																																
11-20	2	4	1	1			1	1		1		1																	3	4	7		
21-30	2	4	2	5			3	2										1											8	16	24		
31-40	1	5	1								1	1	3	3		2											1	7	12	19			
41-50	1	4	2	2	1	1	2	1		2		2															1	7	13	20			
51-60	1	1		1			1	1														1							4	4	8		
61-70							1	1																					1	1	2		
71-80															1														1		1		
Total	5	15	6	9	1	2	7	6		2	2	4	1	3	7	3		1		1	1	1		1	1	2	1	1	1	3	50	81	
Dintre aceștia au prezentat sifilide și în alte părți ale tegum.	6		3				1				1				2																13		



## Concluziuni.

1. Frecvența sifilidelor terțiare a scăzut în ultimii 15 ani cu 80 la sută.

2. Factorul etiologic cel mai important al terțiarismului este lipsa sau insuficiența tratamentului.

3. Sexul feminin pare a fi atins mai des de sifilide terțiare (în 55,5% a cazurilor).

4. Sifilidele terțiare ale extremității cefalice formează 53,68% din cele ale întregului corp.

5. Raportul între sifilidele terțiare ale extremității cefalice este următorul:



Gome mucoase	... ..	53%
Gome cutanate	... ..	27,5%
Sifilide tuberculoase și tuberculeroase		19,5%

6. Eritemul terțiar nu apare la nivelul extremității cefalice.

7. Locul de predilecție în ordine descrescândă, este nasul, palatul moale, dur, lueta și faringele pentru gomele mucoase; fața, nasul, fruntea, buzele și regiunea submaxilară pentru gomele cutanate, iar pentru sifilidele tuberculoase și tubero ulcerose fața, buzele, nasul și pielea păroasă a capului.

8. Tratamentul sifilidelor terțiare este general și local. Cel general este specific, cronic intermitent cu o durată de câțiva ani. Tratamentul medicamentos se completează prin

cel chirurgical, care prin diferite procedee de plastii, reușește să redea feții, din punct de vedere estetic, aspectul său normal.

Văzută și bună de imprimat.

Cluj, la 20 Februarie 1939.

Decanul Facultății :

Președintele tezei :

(ss) Prof. Dr. I. DRĂGOIU

(ss) Prof. Dr. C. TĂTARU



## Bibliografie

- Baillat V.* Syphilis et tucerculose cutanées. Difficultés du diagnostic différentiel. Etude critique de la valeur semiologique du nodule dite lupique. Thèse, Lyon 1924.
- Balzer F.* Maladies Vénériennes. Paris 1924.
- Cimoca V.* Noțiuni elementare de venerologie. Cluj 1925.
- Darier J.* Nouvelle Pratique Dermatologique. Paris 1936.
- Jadassohn I.* Handbuch der Geschlechtskrankheiten
- Jeanselme* Traité de la Syphilis. 1934.
- Lannois M. et Gaillard René* La Syphilis nasale et son traitement. Monographie oto-rhino-laring. Internat Paris.
- Lacassange J. et M. Carle* Des maladies Vénériennes. 3 édition.
- Lengyel N.* Sifilis și traumatism. Clujul Medical 1923.
- Milian et Latté.* Syphilide ulcéro-gommeuse traumatique. Bul. de la Soc. Franc. de Derm. et de Syph. 1926.
- Pautrier L. M.* Syphilis quaternaire. Bul. de la Soc. Franc. de Derm. et Syph. No. 5. 1938 pag. 677.
- Sergent.* Syphilis. Traité de Path. Méd. XIX—XX. Paris 1921.



*Sabouraud.* Diagnostic et Traitement des affections du cuir chevelu. 1921.

*Ruppe Ch.* Pathologie de la bouche. 1931

*Tătaru C.* Tratamentul sifilisului în practică. Clujul Medical 1928.

*Tătaru C.* Răspuns la ancheta instituită de Clujul Medical referitor la profilaxia și tratamentul sifilisului. Clujul Medical 1931.

*Tătaru V.* Sifilisul terțiar. Statistică între anii 1920—1934  
Teză de doctorat. Cluj 1936.

