

# Sifilis primar extragenital pe ultimii 10 ani

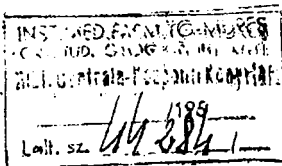


DOCTORAT IN MEDICINA ȘI CHIRURGIE  
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE 1 IULIE 1937

DE

PĂCURARIU TEODOR  
FOST EXTERN AL CLINICILOR PRIM CONCENTRAT

29 MAY 2005



1937

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

**Decan : Prof. Dr. D. MICHAİL**

**Profesori:**

Clinica stomatologică . . . . .	D=I	Dr.	Aleman I.
Bacteriologie . . . . .	"	"	Baroni V.
Fiziologia umană (supl.) . . . . .	"	"	Benetato Gr.
Istoria medicinei . . . . .	"	"	Bologa V.
Patologia generală și experimentală . . . . .	"	"	Botez A. M.
Clinica oto-rino-laringologică . . . . .	"	"	Buzoianu Gh.
Istologia și embriologia umană . . . . .	"	"	Drăgoi I.
Semiologia medicală . . . . .	"	"	Goia I.
Clinica ginecologică și obstetricală . . . . .	"	"	Grigoriu C.
Clinica medicală . . . . .	"	"	Hațieganu I.
Medicina legală . . . . .	"	"	Kernbach M.
Chimia biologică . . . . .	"	"	Manta
Clinica oftalmologică . . . . .	"	"	Michail D.
Clinica neurologică . . . . .	"	"	Minca I.
Igiena și igiena socială . . . . .	"	"	Moldovan I.
Radiologia medicală . . . . .	"	"	Negru D.
Anatomia descriptivă și topografică . . . . .	"	"	Papilian V.
Clinica chirurgicală } . . . . .	"	"	Pop A.
Medicina operatorie } . . . . .	"	"	Popoviciu Gh.
Clinica infantilă . . . . .	"	"	Popoviciu Gh.
Farmacologia și farmacognozia (supl.) . . . . .	"	"	Sturza M.
Balneologie . . . . .	"	"	Tătaru C.
Clinica dermato-venerică . . . . .	"	"	Țeposu E.
Clinica urologică . . . . .	"	"	Urechia C. I.
Clinica psihiatrică . . . . .	"	"	Vasilii T.
Anatomia patologică . . . . .	"	"	

**JURIUL DE PROMOTIE:**

**Președinte:** D=I Prof. Dr. C. Tătaru

**Membri :** }  
 " " " T. Vasiliu  
 " " " I. Aleman  
 " " " V. Bologa  
 " " " Gh. Buzoianu

**Supleant:** " Doc. Dr. I. Voicu

## Sifilis primar extragenital pe ultimii zece ani

(Istoric, anatomia patologică, tratament, statistica dela 1926—1936, observațiuni și concluziuni)

Definiție: sifilom primar se numește alterațiunea tisulară caracteristică, ce se prezintă la locul intrării virusului sifilitic, după un anumit interval de timp dela infecțiune, numită incubăția întâia.

Modul de infecțiune poate să fie direct și indirect. Direct: cel mai obișnuit este contactul sexual normal sau pervers (violare, pederastie, coit per os, coit anal, intermammar, între coapse, în axilă, etc.) Reith Fraser descrie la triburile din Africa de Sud, mai ales la copii, coitul în plica cotului. Atingerea genitalelor cu degetele. Atingerea diferitelor părți ale corpului cu genitalele (abdomen, ombilic, piept, etc.). Cunnilingus, sărut, prin sugerea mamelonului. Doicile se infectează prin alăptarea copiilor sifilitici. Infecția medicilor, moașelor, infirmierilor și prin aceștia. Foarte rar se întâmplă ca medicul să transmită infecția sifilitică clienților lui. După lucrarea lui Trüb localizarea cea mai frecventă a sifilomului primar extragenital la medici este la degete, mână și braț (338 cazuri) în al doilea rând la ochi (32 de cazuri) în al treilea rând buzele (12 cazuri) în al patrulea rând nasul (10 cazuri) în urma scobirii nasului cu degetul. În al cincelea rând obrajii (6 cazuri) în al șaselea rând mentonul (2 cazuri), în al șaptelea rând tonsilele cu 2 cazuri. — Urmează spatele, tâmplele, limba, extremitățile inferioare cu câte

un caz. În majoritatea cazurilor transmiterea se face prin degete instrumente sau alte unelte. Dintre medici cei mai des atinși sunt: ginecologii (74 cazuri), chirurgii (51 de cazuri), stomatologii (17 cazuri). În 269 cazuri infecțiunea s'a făcut prin practica universală, fără a preciza modul de infecție.

La moașe se localizează la degete, dar și la buze prin insuflare la copiii asfixiați.

Infecțiunile se mai pot întâmpla și prin picături de salivă proiectate în fața medicului de bolnav, la examinarea cavității buco-faringiene.

Infecția moașelor poate avea urmări tragice prin faptul că nu recunoaște infecția și o transmite mai departe producând ade-vărate epidemii. — În Franța epidemia dela Limoges. Infecțiunile se mai produc prin obiceiul de a scoate obiecte străine din ochi cu limba. Prin transplantări. Prin agresiuni, mușcături, înțepături, lovituri. Giaviati descrie 3 sifloame primare pe dosul mâinii, la un bărbat, care a fost sgâriat în timpul unei agresiuni, lovindu-și adversarul sifilitic cu atâta putere, încât i-a lăsnit sângele pe nas și pe gură, stropindu-l pe mâna sgâriată și infectându-l.

În Franța Barthélemy în 1905 descrie un caz foarte interesant al unui dermatolog vestit, mort deja de mult, care a purtat pe umeri o dansatoare astfel că genitalele i-au atins cea-fa, unde a prezentat mai târziu un siflom primar.

Infecțiile prin cadavre sifilitice cu cari s'a ocupat mai mult Hoffmann.

Infecția indirectă sau mediată. Joacă rol trei factori: izvorul de infecție, transmitătorul și cel infectat. Izvorul de infecție este bolnavul sifilitic în toate stadiile, dar mai ales în stadiul primar și secundar. Transmitătorul poate fi orice ființă vie sau obiect, venit în contact cu sursa de infecție.

Hutchinson deja amintește animalele și insectele ca transmițătoare de sifilis. Mai nou Flegler descrie infecții prin ploșnițe și păduchi, punând în evidență la ultramicroscop în capul și corpul ploșnițelor formațiuni asemănătoare cu spirocheții. Prin înțepătura ploșnițelor spirocheții pot ajunge direct în circulația limfatică, ori sanguină, putând produce un sifilis d'emblée.

Infecția prin obiecte poate fi foarte variată și Bulkley

descrie 100 de modalități. O expunere foarte detaliată se află în lucrarea lui Scheuer. Cele mai importante sunt; transmiterea infecției sifilitice prin veccinare. Foarte frecventă când vaccinarea se făcea cu limfă umană dela braț la braț. Această modalitate aproape că numai există dela introducerea vaccinării cu limfă animalică. Înainte, cauza chiar epidemii. În statistica lui Bulkley în America până la 1897 complectată de Münchheimer, 66,2% din infecțiile extragenitale erau produse prin vaccinare. Infecțiile prin biberoane. Instrumentele medicale de orice natură: pense, bisturiu, canulă dela irigator, spatulă, instrumentele întrebuințate în dentistică, material de bandaj etc. obiectele de toaletă, perii de dinți ustensile de manicură, de ras, etc., tatuajul, prin acul de tatuat prin colorant și prin saliva, ce se întrebuințează la tatuaj. — Barker amintește că dintre 15 indivizi tatauți de acelaș tateur, 11 s'au infectat cu sifilis. Tacămurile și vesela, pahare, cești, etc. întrebuințate în comun, servesc ca transmițătoare de sifilis. Gustarea alimentelor în comun. Griffin amintește o infecție a doi copii, sugând aceeaș bomboană (lucrarea lui Grüz).

Trompetele, clarinete, fluer, instrumente muzicale de suflat, ața de cusut, trasă prin gură, clei etc. Zarubin amintește cazul unui medic infectat prin banii primiți în onorariu. Fitzgibbon descrie un caz al unui funcționar de bancă infectat prin banii numărați și care au fost furați dela o proștiutată, care-i ascunsese în vagin. Infecțiile prin diferite instrumente profesionale la suflătorii de sticlă. În Franța, Viennois descrie 20 de cazuri în Rive de Gjoie. Deshaux 30 de cazuri. Fumatul prin lulea, țigarete, sipcă, etc. Schauer descriind 28 de cazuri. Infecțiile profesionale la muncitorii din fabricile de tutun, cari îndepărtează hârtia superfluă prin mușcătură. Lingerie, batiste, prosoape, chiloși, chiloși de sport și de baie întrebuințați de o persoană cu manifestațiuni sifilitice la genitale, poate fi agent transmițător de sifilis. Infecția prin apa de spălat și baie este posibilă deși foarte rară. Ehrman și Neumann descriu câte un caz. În epidemia de baie din Brün dela 1577 descrisă de Tiberius von Győry s'au infectat 180 de inși. Infecțiile s'au produs însă prin aplicarea de ventuze.

## Istoric.

Este cunoscută de foarte mult timp localizarea extragenitală a sifilomului primar. Primele observațiuni în legătură cu sifilisul primar extragenital datează de pe la finea secolului al XV-lea. W. Turnbull la 1495 amintește cazul cardinalului Wolsey, care s'a aplecat la urechea lui Henrich al VIII-lea, ca să-l infecteze ceea ce i-a și reușit, „șoptindu-i un sifilom primar la ureche”. Toți autorii dela finea secolului al XV-lea și prima jumătate a secolului al XVI-lea recunosc posibilitatea de infecțiune extragenitală, observând cazuri de sifilome primare, localizate în diferite părți ale corpului, dar mai ales la mamele, buze, limbă, contractate prin alăptare, sărut și întrebuințarea în comun a tacămurilor și paharelor. Astfel autorii italieni Gaspare Torella 1497, Vella, Cataneus la 1504 în opera lui „De morbo gallico tractatus” descrie sifilome primare, localizate la mamele contractate prin alăptarea copiilor sifilitici. Nicolas Massa, 1532, Jacques de Bethencourt 1527, Didier Erasme 1524, Fracastor la 1546 fac observațiuni în acelaș sens. Jean Fernel d'Amiens descrie un ulcer mic (ulcusculum) la mâna unei moașe, care asistă o gravidă cu manifestațiuni sifilitice la genitale. Antonius Musa Brassavolus 1551 este cel dintâiu, care menționează sifilomul primar anal. În a doua jumătate a secolului al XVI-lea și până la finea sec. al XVIII-lea, apar tot mai multe observațiuni, se descriu chiar epidemii, de sifilis primar extragenital contractate pe cale extragenitală. Amatus Lusitanus 1554 descrie o mică epidemie de 9 persoane contaminate în decurs de o lună. Bărbatul își infectează nevasta, care născu un copil sifilitic, la finea sarcinei prezentând manifestațiuni sifilitice. Din

cauza ragadelor neputându-și alăpta copilul, îl dădu unei doici, care s'a contaminat, infectându-și la rândul ei bărbatul și doi copii din vecini, cărora le-a dat lapte. Dela copii s'au contaminat părinții lor.

Anton Everhaers 1661 relatează cazul unei lăhuze infectată de o femeie, care fusese angajată să-i tragă laptele din sân și care avea un ulcer veneric la buze.

Eduard Barry 1735 amintește o epidemie de sifilome mamelonare ce a luat naștere în următoarele împrejurări:

O femeie din Cork (Ecosse), care avea meseria de a trage laptele lăhuzelor, a fost infectată de una din ele. Continuând să-și exercite profesiunea contaminează un mare număr de lăhuze, cărora li s'a tumefiat mamelonul devenind roșu și indurat. La rândul lor și-au infectat copiii prin alăptare și bărbații pe cale genitală. Femeia, care a fost originea acestei epidemii, avea un sifilom primar la buza inferioară.

Horst Grégoire în anul 1628 amintește un caz de sifilom primar, prin aplicarea de ventuze scarificate într'o baie publică. Horst relatează două epidemii ce au avut ca origine aplicarea de ventuze: 1. Sigismund Schnitzer medic la Banberg, scrie lui André Libavius că în 1603 numeroase persoane au fost înoculate cu boala venerică prin ventuze într'o baie publică. 2. Marcus Widmann medic la Isny în Souabe, scrie lui G. Horst că în anul 1624 mai mult de 70 de persoane fură contaminate la Windsheim prin ventuze.

Le Nicolais du Saulsais la 1759 observă un caz de sifilom primar la mediul mâinei drepte a unui mamos infectat în timpul asistării unei gravide cu accidente sifilitice la genitale.

Cătră finea secolului al XVIII-lea apar noi epidemii de sifilis, caracterizate mai ales prin modul de contagiune extragenitală. Swediaur în anul 1785 descrie o astfel de epidemie în Canada. Această epidemie spune autorul — se caracterizează prin apariția de manifestări sifilitice dela începutul invaziunii la buze, limbă și în interiorul gurei și mult mai rar la genitale. Astfel de epidemii se descriu în Dalmația și Iliria.

În secolul al XIX-lea apar publicațiile lui Ricord despre sifilome tonsilare (1838 4 cazuri). Roux și Martelier în 1854 de asemenea descriu cazuri de sifilome tonsilare.

În 1859 apar publicațiile lui Rollet care într'un memoriu prezintă 80 de observațiuni în legătură cu infecțiozitatea leziunilor secundare și stabilește că sifilomul primar al regiunii cefalice la adulți, sifilomul bucal al copiilor alăptați de doici sifilitice și sifilomul primar al mamei doicilor cari alăptează copii sifilitici, au luat naștere prin contactul cu leziunile secundare. Rolet este cel dintâiu dintre autorii, cari s'au ocupat cu transmiterea artificială a sifilisului secundar, care a recunoscut ca provenind din contactul cu leziunile secundare sifilomele bucale ale copiilor și sifilomele mamelonare ale doicilor, cari alăptează copii sifilitici.

În ultimele două decenii ale secolului trecut, apar o mulțime de lucrări dintre cari mai importante sunt ale lui Fournier în 1881, care atrage din nou atenția lumii științifice asupra acestei chestiuni. A doua lucrare importantă este monografia lui Duncan Bulkey în „Sifilis in the inocent“ la 1894, adună cu o muncă și o sârguință extraordinară 9085 cazuri și împarte sifilisul extragenital în trei mari categorii :

1. Syphilis economica : infecțiuni contractate în împrejurările vieții casnice.

2. Syphilis brephotrofica : infecțiuni contractate prin îngrijirea sugacilor.

3. Syphilis tehnica : infecțiuni provenite din ocupațiunile profesionale. Dintre acestea fiecare poate să fie directă dela individ la individ și indirectă prin diferite obiecte. În timpul din urmă bibliografia despre sifilisul primar extragenital crește foarte mult, dar în afară de lucrarea lui Scheuer despre 20010 cazuri și unele disertațiuni, apar mai mult articole cazuistice despre cazuri singuratică cu toate că chestiunea are azi importanță cu mult mai mare ca de ex. în 1890 când Broich în legătură cu 11 cazuri observate în decursul unui an, este disperat de numărul enorm.



## Anatomie patologică.

În linii generale aspectul siflomului primar extragenital corespunde cu a celui genital, agentul patogen și reacția țesuturilor fiind aceiași. Totuși se observă deosebiri care derivă din diferența de structură anatomo-istologică și fiziologică a țesuturilor. Din aceste diferențe rezultă iritații mai puternice, tendință la ulcerăriuni, cointeresarea mai pronunțată a ganglionilor regionali și simptome subiective mai pronunțate. La toate aceste modificări contribuind în mare măsură și infecțiile supraadăugate.

Aceste deosebiri variind după localizare, le vom trata în legătură cu descrierea siflomelor primare localizate la regiunile respective.

După localizare siflisul primar extragenital se poate grupa pe regiuni: 1. siflisul extragenital al extremității cefalice, 2. a trunchiului, 3. extremitățile superioare și inferioare și 4. perigenital.

Extremitatea cefalică: pe pielea păroasă a capului și ceafă, localizarea siflisului primar extragenital este relativ rară. Fournier din 1124 de siflome extragenitale află numai trei localizate la această regiune. Până în 1928 s'au publicat 108 cazuri. Despre acest subiect tratează o mulțime de lucrări: Rabourdin în 1912, Müller în 1914, Drüelle în 1923, Simova în 1929. După acești autori predomină sexul masculin.

Ca aspect, de cele mai multe ori se prezintă ca o scleroză tipică sau ca un șancru crustos sau difteroid.

Ganglionii cervicali laterali sunt prinși în mod constant.

Fruntea: siflomul primar pe frunte este destul de rar. Fournier din 94 de siflome localizate la față găsește două cazuri. Ca formă se prezintă sub aspectul unui șancru ulceros. Pautrier descrie un caz, care ocupă toată fruntea.

Obraz: Localizarea sifilomului primar pe obraz este destul de frecventă. Modul de infecțiune fiind dintre cele mai variate: mușcătură, sărut, picături de salivă și infecțiuni dela barbier. Gougerot și Levy descrie un caz de șancru al obrazului stâng infectat dela receptorul telefonic. Ca forme clinice se prezintă ca eroziuni șancrifforme, forme ulcerose și hipertrofice. Fournier deosebește o formă crustoasă și una ulcerosă superficială sau mai profundă. Anderson descrie o formă de șancru în platou.

Menton. Infecțiunile la menton se produc prin aceleași modalități ca și la obraz, predominând infecția dela barbier. Se prezintă sub forma de scleroză tipice, sau crustoasă. Milian descrie o formă papilomatoasă.

Urechea. Siflomele primare localizate pe urechea externă, sunt foarte rare. Zange se îndoiește de existența lor. În tot cazul infecțiile se pot număra. Dabney până în 1918 descifrează 32 de cazuri, însă 25 erau infecțiuni banale. În literatura mondială numărul lor nu trece peste 50. Se prezintă mai des la lobulul urechei. Modul de infecțiune mai obișnuit prin sărut, mușcătură. Richter descrie un caz prin perforația lobului urechei cu un ac. Ca forme clinice este un șancru eroziv, rotund, ovalar, superficial adeseori acoperit cu o crustă.

Primul caz de siflom al nasului a fost descris de Hoffmann la 1739. Modul cel mai obișnuit de inoculare a treponemilor la nas este scobitul în nas cu degetul, mângâierea cu limba, sărut etc. Se localizează mai des la vestibul, pe partea externă și la comisura narinelor. De obicei este unilateral. Prezintă aspecte diferite: eroziune plană, rotundă ovalară, roșie sau cenușie, nedureroasă, localizată în interiorul vestibulului.

2. Ulcerațiune crateriformă cu fond cenușiu necrotic.

3. Tipul crustos se prezintă ca o ulcerațiune acoperită de o crustă brună negricioasă. Siflomele localizate în vestibul, îngreunează respirația prin crustele cari se formează încontinuu, micșorând orificiul nasal. Ganglionii faringieni, submaxilari, preauriculari și parotidieni sunt mai des interesați, măriți de volum liberi, duri și nedureroși.

Dintre localizările descrise până acum în decurs de 10 ani, n'am găsit nici un caz.

Ochiul. — Infecțiunile oculare sunt rare la noi, în decurs de 10 ani, un singur caz (2,5%). În statistica lui Münncheimer ocupă locul al 7-lea (5<sup>1</sup>/<sub>2</sub>%). După părerea lui Ingersheimer în serviciile oftalmologice se observă la doi ani în caz. Cele mai frecvente sunt în Rusia, unde după Rosey-Korschitz dintre 888 sifilome extragenitale, 130 (14,6%) erau oculare. Frecvența aceasta se explică prin detestabilul obicei al poporului, de a școate corpurile străine din ochi cu limba.

Se întâlnesc mai des pe pleoape, pe marginea ciliară, pe conjunctiva bulbară și la comisuri, mai ales internă. De obicei coexistă cu un șancru în alte regiuni (penis, sân, buze, etc.). La medici se întâlnește ca siflom profesional, contagiunea se face mai ales prin degete, obiecte de toaletă, prin sărut și picături de salivă.

Sifilomele localizate la marginea ciliară se prezintă ca o tumoretă de mărimea unei alune mai mici, dură, nedureroasă, cu suprafața erozivă roșie, crustoasă uneori. La pleoapă se prezintă sub aspectul unei eroziuni rotunde ovalare, cu fond roșu, sau ca o leziune ulcero-crustoasă. Forma fisurală ca ramurile unui compas se întâlnește la unghiul extern. La unghiul intern și conjunctiva bulbară se prezintă ca o eroziune înfinsă, sau profundă, obdusă cu un strat de secrețiune difteroidă.

Ganglionii preauriculari și parotidieni sunt prinși în caz de localizare la unghiul extern, cei submaxilari, în localizarea la unghiul intern.

Incontestabil că importanța cea mai mare atât ca număr, mod de contagiune și pericol de infecțiune pentru cei din jur, revine sifilisului primar bucal (tonsile, buze, limbă, gingie etc.).

Gerber indică un număr de 5750 de sifilome a cavității bucale. Scheuer publică un număr de 6504 cazuri.

Localizarea pe buze este una din cele mai frecvente. Cei mai mulți autori observă aproape 50% din cazuri localizate pe buze. Stiebel 45—47%. Meyer 47—63%. Noi am aflat un număr de 17 (43,58%) cifră apropiată de aceea a autorilor citați. Bulcley dă o cifră mai mică de 19%.

De obicei este unic și la o singură buză, sifilomele ambelor buze, fiind privite ca o autoinfecție a părților opuse, numită de autorii germani Abklatschgeschwüre.

După Fournier, Rillet și cei mai mulți autori mai des interesată este buza inferioară (105 cazuri față de 57 la buza superioară). Rezultate contrare dau Krefling și Pospelov. Noi deasemenea am aflat un număr mai mare de cazuri la buza superioară. În ceea ce privește sexul, cei mai mulți autori sunt de părerea că este mai frecvent la femei.

Modul de infecțiune este dintre cele mai variate, încât Paget spune „nu se poate imagina o modalitate atât de imposibilă, încât să nu se poată realiza într'adevăr“. Schamber descrie o mică „epidemie“ de sifilome pe buze ce a avut ca izvor de infecție, un tânăr, care vindea sărutări la o serbare în scop de binefacere. Kundisch publică două cazuri de infecțiune în laborator, prin aceeaș pipetă. Alte modalități de infecțiune sunt: prin sărut, infecție buco-bucală, genitobucală, tacâmuri rechizite de fumat, etc. — Infecții prin cunnilingus și coit per os sunt mai rare.

Ca forme clinice se prezintă sub două forme principale: erozivă superficială puțin proeminentă, cu o indurație foarte redusă la bază, acoperită de obicei cu o crustă brună. A doua formă este ulcero crustoasă, rotundă ovalară, cu margini proeminente și o indurație foarte pronunțată în formă de farfurie (Pospelov), a cărei duritate se vede așa zicând dela distanță (Gerber). Fondul ulceratiunii, crateriform cu aspect lăcuit sau acoperit cu țesut necrotic slăninous. O altă formă destul de frecventă este cea fisurală, cu margini dure, care nu vrea să se vindece. Fournier deosebește următoarele forme: crustoasă, erozivă, papuloasă, hipertrofică (chancre tumeur), ulceroasă, fagedenică, fisurală și rupoidă.

Adenopatia satelită constantă este constituită de glanglionii submaxilari duri, nedureroși, liberi, măriți de volum. Glanglionii retrogenieni sunt prinși când e interesată buza inferioară.

**Gingie.** — Sifilomele localizate pe gingie sunt relativ rare. După Fournier de 40 de ori mai rare ca al buzelor, constituind a 50-a parte din cele extragenitale. Dené până la 1921 a adunat 44 de cazuri. În total se cunosc 139 de cazuri. Această raritate a sifilomelor gingivale se datorește în mare măsură faptului, că nu sunt recunoscute, bolnavii consultând medici nespecialiști.

Modul de infecțiune mai obișnuit prin scobitoare, perii de dinți după Thibierge, etc. Mai des se întâlnesc pe maxilarul superior la nivelul incisivilor. Se prezintă ca eroziuni tipice, sau ulcerăriuni necaracteristice. Indurațiunea este foarte greu de apreciat. Totdeauna sunt interesați ganglionii submentonieri, submaxilari și preauriculari.

Mucoasa bucală este rar sediul siflomelor primare. Se prezintă sub forma de eroziuni, rotunde, ovalare, fond roșu sau opalin, baza îndurată. Adenopafia este precoce și volumineasă.

Pe limbă siflomele primare se localizează mai ales în treimea anterioară, pe vârful, margini și fața dorsală, mult mai rar pe fața inferioară a limbii. De obicei este unic, prezentând aspecte variate: eroziune superficială, plană, fond neted cu baza îndurată. 2. ulcerăriune cupuliformă cu margini proeminente fond neted și îndurație foarte accentuată. 3. Forma fisurală și forma papuloasă în platou.

Ganglionii submaxilari și hoidieni sunt interesați bilateral sau unilateral după cum localizarea este mediană sau laterală.

Siflomele vălului palatin sunt foarte rare. Fournier în materialul să bogat găsește numai 4 cazuri. Noi am găsit un singur caz (2,5%).

Infecțiunile amigdaliene formează capitolul cel mai important al siflisului primar extragenital. Statisticile variază în ceea ce privește frecvența. După Buleley 3,3%, Kresting 12,8%. În general statisticile variază între 5 și 20%. Autorii ruși dau cifre mai mari, așa Rosenquist 55% Sabolotzky 74,8. Gerber crede că datele acestea sunt valabile numai pentru Rusia.

În observațiunile noastre infecțiunile tonsilare figurează cu 13 cazuri (33,3%) cifră mai apropiată de cea din Rusia, ceea ce se explică prin identitatea modului de infecțiune, în aceleași împrejurări ale vieții casnice, siflisul primar tonsilar intrând în categoria siflisului economic. Infecțiunile tonsilare în cea mai mare parte sunt favorizate de actul deglutiției, prin care se presionează virusul sifilitic în criptele și lacunele amigdalelor, fără ca să fie nevoie de o soluție de continuitate (Pospelov). Virusul sifilitic ajunge în cavitatea bucală cel mai ușor de pe tacâmuri, cari după obiceiul țărănilor ca și în Rusia, se întrebuintează în mod comun, mai ales la luctările câmpului. Sclerozele tonsilare

ale sugacilor. cari sunt foarte frecvente provin tot în modul că li se dă mâncare din linguri, din cari mâncarea a fost gustată anterior de indivizi cu leziuni bucale sifilitice, din cari spirocheții sau că ajung cu alimentele, sau de pe lingură pe fonsile.

În cece privește frecvența localizării pe amigdala dreapta sau stângă, părerile sunt foarte diferite. Cei mulți autori sunt de părere, că amigdala stângă este mai des afinsă. Noi am aflat mai multe cazuri pe amigdala dreapta, 8 cazuri, față de 5 pe amigdala stângă.

Cu privire la sex, am aflat mai multe cazuri la femei, fiind în ton cu cei mai mulți autori, cari susțin că sifilomele primare tonsilare sunt mai frecvente la femei.

Forma sifilomelor tonsilare este foarte variată încât poate imita toate afecțiunile cari interesează amigdalele, începând dela o simplă angină până la un epiteliom (Gerber). Din această cauză de cele mai multe ori trece neobservat.

Fournier deosebește 5 forme: erozivă caracterizată printr' o eroziune minimă, roșie sau surie, fond neted sau anfractuos, baza indurată acompaniată de adenopatie satelită constantă.

2. Forma ulceroasă cu fenomene obiective și subiective mai pronunțate (durere, disfagie, jenă la deglutiție). Amigala voluminoasă săpata de o ulcerăriune profundă anfractuoasă cu fond indurat roșu sau cenușiu cu margini ridicate în formă de burelet.

3. Forma anginoasă, șancru este minim amigdala roșie, tumefiată și dură, acoperită de exhudat albicios-cenușiu, în jur țesuturile intens hiperemice.

4. Forma differoidă șancru este acoperit de falsă membrană.

6. Forma epiteliomatoasă. Tumefacția este foarte mare, o ulcerăriune crateriformă neregulată burgeonantă, indurată, cuprinde toată amigdala, simulând un epiteliom. Forma polipoidă se prezintă ca o ulcerăriune cu fond umplut de tumorete de aspectul unor polipi.

Cele mai obișnuite sunt însă formele erozive și ulceroase.

Ganglionii submaxilari și cervicali laterali sunt prinși în mod constant, măriți de volum, duri, nedureroși.

Sifilomele trunchiului sunt relativ rare. Fournier în statistica lui găsește 59 de cazuri localizate pe mamelă, torace 2, axilă, un caz abdomen 25.

În observațiunile noastre sifilomele trunchiului sunt în număr de 4: două localizate pe mamelă se prezintă astfel, într'un număr destul de mic, sclerozele mamelare în statisticile mari figurând în locul al 2-lea (Müncheimer) sau al 4-lea (Nivets). În ce privește forma lor este foarte variabilă:

1. Fisuri indurate la baza mamelonului.
2. Scleroză tipice pe aerola mamelonară, sau pe mamelon.
3. Șancru papiraceu.
4. Forma ectimatoasă.
5. Ulcerațiuni profunde.

Deseori survin multiple noi n'am aflat nici un caz. Modul cel mai obișnuit de infecție este alăptarea sugacilor sifilitici. La țărani noștri domină obiceiul de a da copiii pentru alăptare la alte femei. Copiii infectați de la femeile acestea își întectează apoi mamele. Infecțiunea se întâmplă ușor, mamela fiind aproape în totdeauna lezată, prezentând fisuri ragade, fapt care îngreunează diagnosticul. Scleradenita în cazurile acestea ne ajută foarte mult. Sunt prinși ganglionii axilari de partea interesată.

La bărbați sclerozele în regiunea aceasta sunt foarte rare. În observațiunile noastre figurează cu un caz iar femeile de asemenea tot cu un caz (2,5%).

Localizarea sifilisului primar la membrele superioare este mai frecventă la medici și moașe, făcând parte din sifilisul tehnic sau profesional. Mai des se întâlnesc localizate pe degete, în statistica lui Müncheimer, figurând în locul al cincelea cu 552 de cazuri (5,8%) noi n'am aflat nici un caz. Sifilomele degetelor se pot confunda cu un panarițiu. Lipsa durerilor și a semnelor inflamatorii acute, deasemenea și scleradenita care interesează de obicei ganglionii cubitali, ne pot îndruma spre un diagnostic exact. Membrele inferioare sunt interesate de asemenea destul de rar. În statistica noastră am aflat un singur caz localizat pe coapsa dreaptă.

Sifilomele localizate în regiunea pubiană fac parte din

grupul siflomului primar perigenital. Noi am aflat în decurs de 10 ani două cazuri (5,15 %).

Acestea sunt în linii generale localizările cele mai des întâlnite, cu formele lor mai obișnuite, dând o dezvoltare mai importantă siflisului primar localizat la buze și tonsile, ca fiind cele mai numeroase.

Un capitol trist al siflisului primar extragenital îl formează siflisul familial și endemiile cauzate prin infecțiunile extragenitale.

O epidemie de siflis extragenital descrie în ultimul timp Grüntz. Este vorba de 14 lucrători la o mașină de imblătit, cu siflome tonsilare, cari se infectează dela un tovarăș cu plăci mucoase, prin vasele de băut întrebuințate în mod comun. Alte epidemii sunt descrise de Eysel în fabrici de sticlă care aparțin cazurilor celor mai cunoscute și descrise de Gerber.

În observațiunile noastre am aflat un singur caz de siflis familial. Este vorba de o familie compusă din 15 membrii, cari trăiau în comun.

Observația I. — La 14 II 1929 femeia B. M. 52 ani, căsătorită, se prezintă la clinică cu siflis secundar. Exantem macro-maculo-papulos, siflide scoamoase, papule seboreice pe pielea păroasă a capului, papule circinate la gât; erozive la genitale, plăci mucoase pe tonsile. Scleradenită generalizată cu prodemența ganglionilor cervicali și submaxilari din dreapta, de mărimea unui ou de porumbel.

Ca izvor de infecție au servit două nepoate cu leziuni în cavitatea bucală, dintre cari una a fost tratată în serviciul nostru. Dela acestea s'ar fi infectat bunica și ceilalți membrii. Se înstitue anchetă, prezentându-se 4 fete, 1 băiat, 2 gineri, nora și 6 nepoți a femeii B. M., adică 15 membrii ai unei familii cari trăiau în comun. Rezultatul anchetei este următorul:

I. Femeia B. M., bunica cu diagnosticul menționat.

II. Femeia P. A. fata femeii B. M. măritată prezintă pe lângă scleradenită generalizată în apropierea mamelonului drept două leziuni infiltrate aproape regresate și o reacție Wassermann pozitivă.

III. Copila femeii de mai sus P. M. un an și jumătate,



care a fost tratată în clinica noastră pentru leziuni specifice prezentând pe extremități câteva leziuni cu o configurație circinată.

IV. Femeia C. M. fata bătrâni mărîtată, gravidă în luna a 7<sup>a</sup>, mama copiilor din observațiile ce urmează nu prezintă leziuni manifeste, prezentând însă o scleradenită generalizată și reacția Wassermann pozitivă.

V. Bărbatul ei C. I. acelaș tablou.

VI. Copilul lor C. A. un an și jumătate, foarte debil, nu umblă nu vorbește. Prezintă pe mucoasa buzei, limbii și tonsilei plăci mucoase.

VII. Al doilea copil C. I. 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub> ani, scleradenită generalizată și reacția Wassermann intens pozitivă.

VIII. C. G. al treilea copil, 7 ani, acelaș tablou.

IX. B. N. fata bătrânei, 17 ani, necăsătorită, prezintă papule scoamoase, circinate, seboreice, luxuriante, plăci mucoase, scleradenită generalizată cu predominanța ganglionilor submaxilari de mărimea unor migdale.

X. Fata B. D. 15 ani, scleradenită generalizată și reacția Wassermann intens pozitivă.

XI—XV. Bărbatul B. I. nevastă și doi copii și bărbatul femeii, P. A. din observația a II<sup>a</sup>, n'au nici o manifestațiune, și reacția Wassermann negativă.

Deci dintr'o familie de 15 persoane sunt infectați 10, 5 cu leziuni manifeste și 5 cu reacția Wassermann pozitivă.

Ca izvor de infecție a servit cazul V. bărbatul care lucrează într'o comună vecină, unde se infectează cu sifilis, prezentând leziuni tonsilare, își infectează nevasta și doi copii, observația IV—VII—VIII. Nevasta rămâne gravidă și naște un copil, observația VI., cu manifestațiuni de sifilis congenital. În acelaș timp naște și sora ei. Copiii se alăptează de ambele femei, producându-se infecția și la cealaltă femeie. Tot dela copii s'au infectat bunica și celelalte două mătuși, cari îngrijesc de copii.

## Tratament

Terapia sifilisului primar extragenital se înțelege dela sine că este aceeaș ca și a sifilisului în general. Posibilitățile unui tratament abortiv sunt identice cu ale unui sifilom genital, adică: diagnosticul bacteriologic precoce a sifilomului primar, 2. lipsa adenopatiei sau o adenopatie descretă, 3. infecția să nu fie mai veche de 30—40 de zile, 4. seroreacția să fie negativă și să se mențină în tot decursul tratamentului. Extirparea sifilomului nu se execută.

Tratamentul abortiv după dl. prof. Nicolau și Tătaru trebuie să fie făcut dintr'o cură principală, complectată ca măsură de prudență printr'un număr de cure complimentare, numite cure de siguranță. Cura principală deci va fi complectată cu două cure cōmplimentare la 6 săptămâni interval repaus între ele. Dintre medicamentele de combinație se preferă bismutul mai activ decât mercurul.

În prima cură se începe cu o injecție de 0,45 la bărbați și 0,30 la femei. Trecem imediat la 0,60 la bărbați, 0,45 la femei, pe care o repetăm de câteva ori, urcându-ne când nu există contraindicațiuni la 0,75, repetând această doză la intervale de 4—5 zile, până ce primește un total de 7—8 gr. neosalvarsan. În același timp cu neosalvarsanul primește câte 4 cm. bismiochin, sau alt preparat de bismut.

După primele cinci injecțiuni de neosalvarsan, vom face reacția Wassermann pentru a depista cazurile în cari seroreacția devine pozitivă în cursul tratamentului (cârlig de pozitivare).

În proximele două cure de siguranță vom da o cantitate mai redusă de neosalvarsan, 4—5 gr. în cura întâia, și 3—4 gr. în a doua cură de siguranță.

În toate celelalte cazuri de sifilome primare extragenitale cari nu cad în această categorie, adică sunt mai vechi de 30—40 de zile, adenopatia pronunțată, seroreacția pozitivă se va face tratamentul de fond, metodic, cronic intermitent. În tratamentul de fond, cronic intermitent avem cure de atac, urmărind prin prima sau primele cure, să încorporăm în organism, cantități mari de medicamente, pentru o sterilizare cât mai completă. După ce am reușit prin aceste cure să transformăm seroreacția în negativă, ne mulțumim la cure de întreținere. Vom repeta curele de atac la intervale scurte de 4—6 săptămâni, prelungind repausul la 8—10 săptămâni, între curele de întreținere, cure cari se vor institui după ce seroreacția devine constant negativă.

Ca principiu general se va continua tratamentul încă 2—3 ani, după ce seroreacția a devenit negativă. În toate cazurile se va face examenul lichidului cefalo-rachidian.

În mod schematic tratamentul sifilomului primar seropozitiv se prezintă în modul următor :

Anul întâiu: Cura I. 6—7 gr. neosalvarsan, plus bismuth. Deobicei seroreacția devine negativă la sfârșitul curei.

Cura II: după 6 săptămâni repaus se începe a doua cură, primind 6—7 gr. neosalvarsan plus bismuth. Bismuthul îl putem înlocui cu preparate mercuriale insolubile (oleu cenușiu). În timpul curei a doua vom face control serologic repetat.

Cura III: se repetă după 6 săptămâni repaus ca și cura a doua, la fel și cura a IV-a, după 6 săptămâni repaus,

Aceste patru cure le administrăm în primul an.

Anul II. — Dacă seroreacția a devenit negativă după prima cură și a rămas negativă tot timpul, urmează în al doilea an după un repaus, mai lung de 8—10 săptămâni încă 3 cure de întreținere, cu câte 4—5 gr. neosalvarsan, plus bismuth și mercur.

La sfârșitul anului al II-lea, practicăm puncția lombară și suprimăm tratamentul dacă este negativă. Bolnavul va fi supus observațiunii timp de 4—5 ani, făcându-se control serologic tot

la 3 luni, în primii doi ani și la 6 luni în ultimii ani. La sfârșitul observațiunii dacă toate reacțiunile sunt negative, bolnavul se declară de vindecat.

### Statistica dela 1926—1936.

În decurs de 10 ani am aflat în total 39 de cazuri de sifilis extragenital, repartizate după localizare astfel :

Amigdale	13 cazuri	33,3 %
Buze	17 „	43,58 „
Gingie	1 caz	2,5 „
Limbă	1 „	2,5 „
Palatul moale	1 „	2,5 „
Pleoapa super.	1 „	2,5 „
Mamelă	2 cazuri	5,15 „
Suprapubian	2 „	5,15 „
Coapsa dreaptă	1 caz	2,5 „

Numărul mic de cazuri cu sifilis primar extragenital pe o perioadă de 10 ani de altfel situație îmbucurătoare, se explică într-o oarecare măsură prin faptul, că nu toate cazurile de sifilom primar extragenital au venit la consultațiile clinicei dermato-venerice din Cluj, un mare număr de cazuri desigur consultând clinicele otorino-laringologică și stomatologică mai ales cazurile localizate în regiunile aparținând specialităților respective.

Repartizată pe sex, se prezintă în felul următor: bărbați cu 23 de cazuri (58,97%) față de 16 cazuri la femei cu 41%.

Sifilomele amigdaliene interesează mai des amigdala dreaptă, 8 cazuri față de 5 cazuri la amigdala stângă, contrar părerii celor mai mulți autori, cari susțin că amigdala stângă se poate infecta mai ușor.

Repartizată pe sex, rezultatul tocmai contrariu, 8 cazuri femei și 5 la bărbați.

În ce privește sifilomele buzelor, ele interesează mai des buza superioară 9 cazuri față de 7 cazuri la buza inferioară. Un singur caz cu sifilome pe ambele buze.

Cred de bine a da câteva statistici ale autorilor străini pentru a ne face o idee mai precisă despre frecvența și importanța sifilusului primar extragenital.

Chabrol în clinica profesorului Jeamselme a raportat într'o statistică pe 10 ani dela 1914—1924 690 cazuri de sifilome extragenitale repartizate astfel:

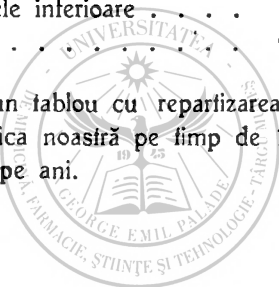
Buza superioară și inferioară	49,4 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Limbă . . . . .	5,5 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Amigdele . . . . .	12,5 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Gingie . . . . .	1,1 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Palat . . . . .	1,4 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Mucoasa obrazilor . . . . .	0,5 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Menton . . . . .	7,6 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Obraji . . . . .	1,5 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Ochi . . . . .	0,5 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Nas . . . . .	1,1 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Pielea păroasă a capului . . . . .	0,1 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Ceafă . . . . .	0,2 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Torace . . . . .	0,2 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Sân . . . . .	1,4 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Abdomen . . . . .	0,3 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Regiunea inginală . . . . .	0,4 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Fese . . . . .	0,4 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Pubis . . . . .	3,6 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Braț . . . . .	0,1 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Antebraț . . . . .	0,1 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Mâini . . . . .	4,0 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Coapsă . . . . .	0,2 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Anus . . . . .	8,0 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>

În Germania Rille dela 1 Ianuarie 1892 până la 1 Iulie 1924 646 de sifiloame extragenitale repartizate pe sex revin 317 bărbați și 229 femei, după localizare se prezintă astfel:

Buza superioară și inferioară	64,6 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Limbă . . . . .	2,4 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Gingie . . . . .	1,6 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Palat . . . . .	0,3 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>

Amigdale . . . . .	11,4%
Menton . . . . .	3,9%
Obraji . . . . .	2,1%
Ochi . . . . .	1,5%
Nas . . . . .	0,3%
Ureche . . . . .	0,1%
Frunte . . . . .	0,1%
Pielea păroasă a capului . .	0,3%
Gât . . . . .	0,1%
Sân . . . . .	2,1%
Torace . . . . .	0,3%
Abdomen și ombilic . . . .	1,1%
Antebraț . . . . .	0,3%
Mâini . . . . .	8,5%
Membrele inferioare . . . .	0,7%
Fese . . . . .	0,6%

Dăm mai jos un tablou cu repartizarea siflomelor extra-genitale aflate în clinica noastră pe timp de 10 ani, repartizate pe sex, localizare și pe ani.



LOCALIZARE		Tonsile	Buza superioară	Buza inferioară	Ambele buze	Gîngie	Limba	Palatul moale	Pleoapa	Mamela	Coapsă	Reg. pubică	TOTAL
1926	Bărbați	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2
	Femei	1	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	3
1927	Bărbați	1	2	1	1	—	—	—	—	—	—	—	4
	Femei	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
1928	Bărbați	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	2
	Femei	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1
1929	Bărbați	1	1	1	—	—	1	—	—	—	—	—	4
	Femei	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
1930	Bărbați	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	2
	Femei	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
1931	Bărbați	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Femei	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
1932	Bărbați	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	1	3
	Femei	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
1933	Bărbați	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	3
	Femei	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1
1934	Bărbați	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1
	Femei	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	2
1935	Bărbați	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Femei	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3
1936	Bărbați	—	—	1	—	—	1	—	—	—	1	—	2
	Femei	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Total	Bărbați	5	6	6	—	—	1	—	1	1	1	2	23
	Femei	8	3	1	1	1	—	1	—	1	—	—	16

## Observațiuni.

**Observațiunea I.** — S. M. 17 ani necăsătorită, casnică, intră în serviciul nostru la 4 X 1926, cu diagnosticul de sifilis I. II. Sifilom primar în regresiuine pe amigdala dreaptă, exantem maculos recidivant și exantem micropapulos pe întreg corpul. Scleradenită generalizată, plăci mucoase amigdaliene. În antecedente nu se poate depista izvorul și modul de infecțiune. Înainte cu 3 săptămâni a observat o leziune pe amigdala dreaptă, cauzându-i jenă la declușiie. De 10 zile i-au apărut leziuni pe mâini, spate abdomen și membrele inferioare.

La examenul organelor genitale se constată, că este virgo. Reacția Wassermann intens pozitiv.

Tratament. — Face o serie de injecții, administrându-i-se neosalvarsan 4,95 gr., combinat cu bismut.

Părăsește serviciul, recomandându-i-se continuarea tratamentului după 6 săptămâni repaus.

**Observația II<sup>a</sup>.** — P. Gr. 25 de ani, necăsătorit, plugar, primit în clinică la 10. IX. 1927, cu diagnosticul de sifilom amigdalian stâng, scleradenită regională cervicală superioară și submaxilară. În antecedente aflăm că de 3 săptămâni prezintă o leziune pe amigdala stângă, unde se vede o ulcerăriune de mărimea unei piese de 1 Leu, cu margini infiltrate, hipermice, fondul acoperit de o secrețiune mucopurulentă. Ganglionii cervicali și submaxilari măriți de volum, duri, nedureroși. La examenul ultramicroscopic se constată treponemi foarte numeroși. Reacția Wassermann intens pozitivă. Referitor la modul și izvorul de infecțiune, nu ne poate da nici o lămurire.



**Tratament:** Se administrează 11 injecții de neobismo-salvan.

**Observația III.** — B. A. fetiță de cinci ani, consultă dispensarul clinicei noastre, la 18. III. 1927, pentru leziunile dela nivelul buzelor. Făcându-se examenul ultramicroscopic din secrețiunea recoltată de pe leziunile ulcerative dela nivelul buzelor, se constată treponemi numeroși și se stabilește diagnosticul de sifilom primar, pe buza superioară și inferioară. După afirmațiunile bolnavei, leziunile datează de 2 săptămâni, prezintă scleradenită regională, pentru tratament se îndrumă la spitalul de femei din Cluj. Cazul fiind înregistrat numai în registrele de ambulanță, nu ne stau la dispoziție date mai precise.

**Observația IV.a.** — M. I. 16 ani necăsătorit, muncitor. La 5. I. 1930, este trimis de Clinica Oftalmologică, la dispensarul clinicei noastre, pentru examinarea leziunii ce o prezintă la pleoapa superioară dreaptă. Se face examenul ultramicroscopic și se constată treponemi foarte numeroși, stabilindu-se diagnosticul, sifilom primar, pe pleoapa superioară dreaptă, unde prezintă o ulcerățiune rotundă de mărimea unui ban, acoperită de o crustă brună negricioasă.

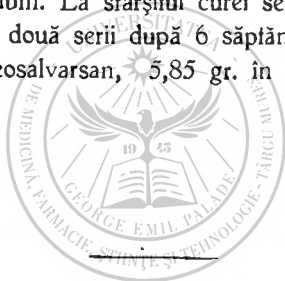
La baza ulcerățiunii se poate palpa un infiltrat lamelos papiraceu. Scleradenită preauriculară și submaxilară dreaptă.

**Observația V.** — M. V. 23 de ani, necăsătorit, mecanic, intră în clinică la 19. VII. 1932, cu diagnosticul de sifilom primar, pe buza superioară. În antecedente aflăm că cu 12 zile înainte a observat o ulcerățiune pe buza superioară. Epoca infecției de 3—4 săptămâni. Izvorul și modul de infecțiune nu se pot preciza. Pe buza superioară în jumătatea dreaptă prezintă o leziune cât o boabă de strugure, ovalară, cu margini regulate, fond neted, acoperit de o crustă ce se detașează ușor și apare o secrețiune clară, dând leziunii un aspect lăcuit. Ganglioni preauriculari ușor măriți duri, nedureroși.

19. VII. examen ultramicroscopic. Se constată treponemi numeroși, 20. VII. reacția Wassermann negativă. Se institue tratament abortiv, 23. VII. reacția Wassermann negativă.

**Observația VI.** — N. G. 23 de ani, necăsătorit, student, în ziua de 10. VII. 1936, consultă dispensarul clinicei noastre pentru leziuni pe penis, de o lună jumătate și pentru o leziune pe buza inferioară de 3 săptămâni. Făcându-se examenul ultra-microscopic, se constată treponem numeroși, în ambele leziuni și se stabilește diagnosticul de sifilome primare erozive pe penis. Sifilom ulcero-crustos pe buza inferioară, scleradenită regională submaxilară și inginală. Modul de infecție cu cea mai mare probabilitate s'a produs dela leziunile de pe penis, prin degetele murdărite cu secrețiune virulentă.

13. VII. Reacția Wassermann negativă. Se institue tratament specific. 15. VII. reacția Wassermann, intens pozitivă, continuând tratamentul face trei serii de tratament combinat neosalvarsan, cu bismuth. În prima serie primește 6,15 gr. neosalvarsan, cu bismuth. La sfârșitul curei seroreacția a devenit negativă. Celelalte două serii după 6 săptămâni interval repaus, primește numai neosalvarsan, 5,85 gr. în a doua și 6 gr. în a treia.



## Concluziuni. 16..

1. Sifilisul primar extragenital prezintă atât din punct de vedere științific, cât și practic o importanță deosebită.

2. Dintre sifilomele extragenitale cele mai frecvente sunt localizate pe buze (43,58%) și amigdale (33,3%).

3. Diagnosticul siflomului extragenital este de o importanță covârșitoare, acestea constituind din neglijență și neștiință izvoarele cele mai primejdioase pentru propagarea sifilisului.

4. Diagnosticul sifilisului primar extragenital se face cu aceleași mijloace de investigație pe cari știința modernă ni le pune la dispoziție în diagnosticizarea sifilisului în genere. Dintre acestea mijloace examenului ultramicroscopic revenindu-i importanță decisivă. Puncția ganglionară se practică mai puțin.

5. Din punct de vedere anatomo-patologic, aspectul siflomului extragenital în esență nu diferă de cel genital, în afară de modificările impuse de substratul istologic al localizărilor respective.

6. Tratamentul sifilisului primar extragenital nu diferă întru nimic de a celui genital. Condițiunile unui tratament abortiv fiind aceleași, cel mult extirparea nu se face.

7. Sifilisul primar extragenital nu prezintă un prognostic mai grav în ceea ce privește urmările infecției, aceștea depinzând de speța virusului sifilitic dermatrop sau neurotrop.

Văzută și bună de imprimat :

Decanul Facultății :

ss. Prof. Dr. D. MICHAIL

Președintele tezei :

ss. Prof. Dr. C. TĂTARU

## Bibliografie.

- Arning-Jakobsthal*: Hamburger Ärzte-Koresp. etc. 1918.  
*Beloussow*: Monatsch. f. prakt. Dermat. 1880.  
*Benariö*: Neurorezidiven u. Salvarsan, München 1911.  
*Berliner*: Monatsch. f. prakt. Dermat. 1895.  
*Berg*: Ibid. 1880.  
*Bloch*: Archiv f. Dermat. u. Syph. XXXIX.  
*Bobrie*: Annal des malad vener. IX. p. 31.  
*Broich*: Arch. f. Derm. u. Syph. 1890.  
*Bulkley*: Syph. in the Innocent New-York 1894.  
*Fysel*: Inaug. Dissert Göttingen 1896.  
*Finger*: Handb. d. Geschlechtskr. 1913.  
*Fischer*: Arch. f. Derm. u. Syph. DXXIX.  
*Fournier*: Leçons sur la Syph. 1881.  
*Fournier*: Prognostic dela Syph. 1895.  
*Fournier*: Les chancres extragenitales 1897.  
*Fournier*: Contrib. a l'étude des chancres etc.  
*Gerber*: D. M. W. 1920 N. 40.  
*Grutz*: Ibid. 1923. N. 24.  
*Handbuch*: D. Geschlechtserkr. Finger-Jadasohn.  
*E. Jeanselme*: Traité de Syphilis.  
*Igersheimer*: Syph. u. Auge.  
*Kottmayer*: Arch. f. Derm. u. Syph. 112.  
*Krefting*: Ibid. XXVIII.  
*Dr. N. Lengyel*: Sifilis extragenital, Clujul Medical 1925.  
*Lieven*: Syph. der oberen Luftwege etc. 1900.  
*Levaditi Marie*: Annal de l'inst. Pasteur 1914.  
*Mauriac*: Traitement dela Syph. 1896.  
*Meyer*: Dermat. Woch. 72.  
*Müller*: Dermat. Zeitschr. 21.  
*Müncheimer*: Arch. f. Derm. u. Syph. 1897.  
*Neumann*: W. Kl. W. 1890 15—18.  
*Plaut-Mülzer*: M. m. 1922. 52.  
*Petrini-Galafi*: Câteva cuvinte etc. 1894.  
*Pospelow*: Viertelj. f. Derm. u. Syph. 1889.  
*Proksch J. K.*: Die Geschichte der venerischen Krankheiten. Bonn 1895.  
*Pusez*: Refer. in Zentralb.  
*Scheuer*: D. m. W. 1920, p. 485.  
*Scheuer*: Syphilis Insontium Wien. 1910.