

UNIVERSITATEA „REG. FERDINAND I.“ DIN CLUJ  
FACULTATEA DE MEDICINĂ

---

No. 1091

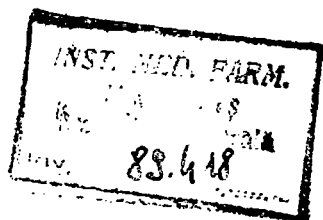
# SIFILISUL TRAUMATIC

## Studiu medico-legal.

TEZĂ

PENTRU  
DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE  
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE 15 APRILIE 1937.

DE  
HORVÁTH ANDREI.



Tipografia „Gloria“ Cluj, Strada Cogălniceanu 7.  
1937.

23 MAY 2005

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

---

**Decan : D-nul 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, Gh.
Istologia și embriologia umană .....	„ „ Drăgotu I.
Fiziologia umană (supl.) .....	„ „ Drăgotu I.
Semiologia medicală .....	„ „ Goia I.
Clinica ginecologică și obstetricală.....	„ „ Grigoriu C.
Clinica medicală.....	„ „ Hașteganu I.
Medicina legală .....	„ „ Kernbach M.
Clinica oftalmologică .....	„ „ Michail D.
Clinica neurologică .....	„ „ Mînea I.
Igiena și Igiena socială .....	„ „ Moldovan I.
Radiologia medicală .....	„ „ Negru D.
Anatomia descriptivă și topografică .....	„ „ Papilian V.
Clinica chirurgicală )	
Medicina operatorie ) .....	„ „ Pop A.
Clinica infantilă .....	„ „ Popoviciu Gh.
Farmacologia și farmacognozia (supl.).....	„ „ Sturza M.
Balneologia .....	„ „ Tătaru C.
Clinica dermato-venerică .....	„ „ Teposu E.
Clinica urologică .....	„ „ Thomas P.
Chimia biologică .....	„ „ Urechta C.
Clinica psihiatrică .....	„ „ Vasiltu Titu

**JURIUL DE PROMOTIE :**

<b>Președinte :</b>	D-1 Profesor Dr. M. Kernbach	
<b>Membrii :</b>	{	„ „ „ C. Tătaru
		„ „ „ C. Urechta
		„ „ „ D. Michail
		„ „ „ V. Bologa
<b>Supleant :</b>	D-1 Doc Dr. I. Gavrilă	

## Introducere.

Rolul traumatismului atât ca agent provocator și localizator al manifestațiilor specifice la indivizii sifilitici — anterior ori posterior contaminați, — cât și ca agent de contaminare, a preocupat cercurile medicale încă de mult timp. Autorii vechi, nu mult după răspândirea sifilisului în secolul al XVI-lea, amintesc deja despre posibilitatea relației dintre sifilis și traumatism. Primele lucrări mai precise, cu privire la aceasta apar abia în mijlocul secolului trecut. Într'adevăr Verneuil era primul care în 1863 trata mai pe larg în studiile sale această chestiune. Dela această dată, studiile și publicațiile privitor la relațiile sifilisului cu traumatismele apar din ce în ce mai frecvente. Descoperirea treponemei, îmbogățirea arsenalului terapeutic și consecutiv eficacitatea tratamentului, cât și lărgirea posibilităților de diagnostic au schimbat din anumite puncte de vedere, concepțiunea veche, îndreptând-o într'o nouă direcție reală. Războiul mondial ne-a furnizat un teren de observație vastă. Incet s'a clarificat chestiunea și s'au format concepțiuni generale unice, cutoatecă sunt unele detalii pentru cari discuțiile nu sunt încheiate nici azi.

Problema de față pe baza naturii bolii, pătrunzând în aproape toate ramurile medicinei, interesează îndeaproape nu numai medicul legist dar și medicul specialist.

Prin „*sifilisul traumatic*”, înțelegem ansamblul manifestațiilor sifilitice, survenite la un individ atins de sifilis

inainte de traumatism sau contaminat după acesta, dar apărute cu ocazia unui traumatism, sub influența celor două cauze: una primordială = sifilisul, altă ocazională = traumatismul.

Uneori traumatismul joacă un rol revelator ori agravant, alteleori însă însuși traumatismul introduce în organism germele de infecție.

În cadrul acestei teze mă voi ocupa de sifilis începând de la șancru până la manifestările nervoase, arătând la fiecare stadiu și la fiecare organ — *în mod rezumativ* — cum reacționează acesta față de traumatisme.

În vederea celor mai sus amintite voi trata acest subiect după planul următor:

## **I. Influența sifilisului asupra traumatismelor.**

- A) Sifilisul și rănilile.
- B) Sifilisul și fracturile.

## **II. Influența traumatismelor asupra sifilisului.**

- A) Sifilisul traumatic al pielii.
  - 1. *În perioada sifilomului primar.*
  - 2. *În perioada secundară.*
  - 3. *În perioada terțiară.*
- B) Sifilisul traumatic al oaselor și articulațiilor.
- C) Sifilisul traumatic al mușchilor.
- D) Sifilisul traumatic al viscerelor.
- E) Sifilisul traumatic al ochiului.
- F) Sifilisul traumatic al sistemului nervos.
  - 1. *Tabesul și traumatismele.*
  - 2. *Paralizia generală și traumatismele.*
  - 3. *Sifilisul nervos și traumatismele.*
- G) Sifilisul ereditar și traumatismele.
- H) Sifilisul microtraumatic.

**III. Diagnosticul sifilisului traumatic.**

**IV. Patogenia.**

**V. Sifilisul traumatic din punct de vedere medico-legal.**

**VI. Considerațiuni asupra cazurilor adunate din Clinica Dermato-Venerică și Clinica Psihiatrică.**



## I.

### Influența sifilisului asupra traumatismelor.

Înainte de a studia influența sifilisului asupra rănilor și fracturilor e bine să facem o privire asupra relației dintre *sifilis și contuziunile simple*, în sensul dacă sifilisul întârzie sau nu vindecarea unei contuziuni sau resorbțiunea unui hematom. Întrucât literatura și experiența de toate zilele în această privință nu ne poate da date afirmative, putem admite părerea lui *R. Bernard* că sifilisul pare a nu exercita vreo influență în vindecarea contuziunilor.

#### A) Sifilisul și rănilor.

Chirurgii clasici, se ocupă puțin de această chestiune. Unii nu le tratează, alții respectă concepția lui *Verneuil*, admitând posibilitatea prelungirii cicatrizării rănilor la indivizii sifilitici.

Războiul mondial ne-a furnizat nenumărate cazuri. Chirurgii au publicat cazuri de răni de războiu survenite la soldații sifilitici, cari nu s'au cicatrizat decât în urma tratamentului arsenical. (*Toussaint, Gougerot, Marbais etc.*)

Autorii americani au publicat multe observațiuni și *Gibbon* în articolul „*Keen's surgery*” a emis ca opinie definitivă că sifilisul acvrat sau ereditar este capabil de a influența defavorabil rezultatele postoperatorii.

Față de concepțiunea lui *Gibbon*, observațiile lui

*Goeckermann* și *Menninger* arată însă că sifilisul joacă în general un rol neînsemnat în cicatrizarea rănilor. *Darier*, *Derache* și *Thibierge* și un mare număr de sifiligrافي și chirurși neagă cu desăvârșire o influență apreciabilă a sifilisului asupra evoluției rănilor.

Deci după cum se vede e o discordanță între opiniunile diferiților autori relativ la această chestiune.

## B) Sifilisul și fracturile.

Teoretic, am putea crede în influența sifilisului asupra oaselor, căci măduva osoasă e locul predilect pentru stăg-narea spirochetelor. Tratatele clasice admit această influență. În literatura se citează o serie de cazuri, când consolidarea fracturilor a fost prelungită, nu s'a făcut în condițiuni normale, ori nu s'a început decât numai după un tratament specific. (*Lenoir*, *Dron*, *Toussaint*, *Thibierge* etc). Cu toate acestea însă în marea majoritate a cazurilor, fracturile la sifilitici se vindecă în limitele de timp normal.



## II.

### Influența traumatismelor asupra sifilisului.

#### A. Sifilisul traumatic al pielii.

##### 1. In perioada sifilomului primar.

Din punct de vedere medico-legal trebuie să distingem două grupe: a) Sifilisul primar ca boală profesională și b) Sifilisul primar ca accident de muncă.

a) Sifilisul primar e o boală profesională, atunci când numai contaminarea e profesională, șancrul grefându-se pe o leziune anterioară. Cazurile aparținând acestei grupe sunt numeroase și interesează multe ramuri profesionale: la suflători de sticlă, la muzicanți prin instrumente muzicale, la bucătari întrebuițând aceeași lingură, la tapițeri și pantofari, având obiceiul de a ține cuiul între buze, la casieri prin manipularea biletelor de bancă, la spălătorese, la muncitori de ciment, cari scot părțile de ciment prin limba pusă între pleoape etc.

S'au semnalat adevărate mici epidemii în unele uzine (Milano: în 1910; Florenza: în 1920). Cazurile sunt din ce în ce mai rare, grație măsurilor de igienă.

Contaminarea profesională a tot așa de frecvent observată între membrele personalului sanitar. Medici, dentiști, infirmieri, obstetricieni, moașe rănite anterior s'au infectat tratând, îngrijind bolnavii sifilitici, făcând examenul ginecologic fărămă nuși, ori la manipularea cadavrelor sifi-



litice. Experiențele făcute au arătat că virusul produselor cadaverice e mai atenuat, totuși persistă indiscutabil. E important deci a lua precauții de igienă la autopsia sifiliticilor, mai ales a feților, copiilor, deasemenea și la adulții morți de paralizie generală.

*Louste și Thibaut* au publicat o observație recentă de șancru palpebral, la un oto-rino-laringolog (contaminarea prin proiecție).

Cazul doicilor, când șancrul mamelei e cauzat de contaminarea prin gura sugarilor eredo-sifilitici, e de mult timp clasic.

b) Sifilisul primar constituie un *accident de muncă* atunci, când contaminarea și traumatismul sunt concomitente și profesionale, sifilisul inoculându-se prin traumatism.

Muncitorii se infectează rănindu-se cu instrumentele utilizate puțin mai înainte de confrăți, purtând leziuni specifice. *Finger* descrie un caz, când poarta de intrare era mușcătura unui individ cu plăci mucoase.

Profesiunea medicală ne dă numeroase exemple interesante și triste. Medicul se infectează rănindu-se prin bisturiul său infectat. În aceste cazuri, leziunea primară de obicei lipsește și primele simptome sunt cele ale unei generalizări secundare („*syphills d'emblée*“).

Sifilisul poate fi inoculat printr'o transfuzie sangvină. Astfel de cazuri au fost publicate în literatură de: *Spillmann* și *Morrel*, *Feldmann*, *Constantinescu—Vătămanu*, *Léry* și *Guisberg* etc. Sifilisul cauzat e caracterizat prin absența șancrului și adenopatiei primare. Simptomele secundare sunt primele manifestațiuni ale acestei sifilis. Apare în medie după 1—4 luni (*Cummer*). Sifilisul secundar e izvorul cel mai periculos; sifilisul terțiar e mai puțin infecțios, dar se citează cazuri de contaminare prin transfuzie în perioada terțiară. (*Spillman* și *Morrel*).

## 2. In perioada sifilidelor secundare.

Traumatismul constituie un moment favorizant in localizarea exantemului. Orice traumatism poate fi in stare să provoace eflorescențe specifice în faza secundară. Aceste constatări există din era antibacteriană și au fost bine observate și precizate de *Tarnovsky*, *Neumann* și *Mauriac*.

Este bine cunoscut faptul că leziunile secundare se localizează cu deosebire in zonele expuse iritațiilor: pe frunte (corona *Veneris*), pe centura etc. S'a observat intensificarea și înmulțirea sifilidelor secundare în locul aplicării ventuzelor sice; deasemenea apariția sifilidelor papulo-scumozose la nivelul gambei in urma frecării acestei regiuni (*Milian* și *Perin*); eflorescențe cutanate la indivizi care au făcut baie de soare, apărute numai pe părțile expuse (*Tommasis*).

Profesorul japonez *Dohi* descrie cazuri interesante la indivizii tatuati cari contractând un sifilis, prezentau eflorescențe secundare, papule numeroase și voluminoase pe tatuaje, pe când papulele pe pielea sănătoasă erau dispuse rar și de dimensiuni mici. Tatuajul in cazurile acestea a servit ca punct de chemare pentru sifilidele secundare. Cazuri asemănătoare au fost comunicate și de alți autori (*Florange*, *Aoki*, *Bernheim*, *Arning* etc.)

## 3. In perioada sifilisului terțiar.

Sifilisul traumatic sub formă de gome și sifilide tuberculo-gomoase e destul de frecvent. Divergențe in privința gomei traumatice rezidă nu in existența sa, ci in chestiunea de a ști, care este țesutul de origină: osos, muscular ori tegumentar.

Observațiile privitoare la gomele posttraumatice publicate sunt extrem de numeroase, fiind in acelaș timp bine studiate. (*Verneuil*, *Petit*, *C. Simon*, *Thibierge* etc.)

In timpul războiului s'au descris gome cari au apărut in locul rănilor, fie in timpul cicatrizării, fie după un interval de 2—3 luni și vindecate prin tratament antisifilitic. Uneori ulcerația gomoasă apare chiar după un an dela rănire și după 4 luni dela cicatrizarea rănii. (*Gougerot*.)

Alteori ulcerația gomoasă apare [la o oarecare distanță dela locul traumatismului (*Gougerot, Clara.*) In acest din urmă caz trebuie exclusă coincidența în cece privește leziunea și traumatismul. Gomele se pot desvolta însă și pe cicatricile leziunilor sifilitice traumatizate (*Klauder, Müller.*)

De obicei, traumatismele unice violente (contuziuni, răni contuze, răni de războiu, accidente de automobil, arsuri,) atingând un sifilitic vechiu, deșteaptă dezvoltarea manifestațiunilor terțiare. Acestea sunt; ulcerațiuni gomoase, mai rar sifilide tuberculoase și sifilide tuberoulcero-serpiginose.

### **B. Sifilisul traumatic al oaselor și articulațiilor.**

Cu acest capitol am intrat în plină înflorire a sifilisului traumatic. Cazurile sunt numeroase, bine studiate și existența lor nu este negată nici de cei mai sceptici autori.

In cursul perioadei secundare, ele sunt excepționale, cutoatecă, s'au descris și aici cazuri tipice. (*Pasini.*) Din contra, in perioada tardivă cazurile sunt foarte numeroase arătându-ne tipurile cele mai variate. Astfel:

Osteoperiostite posttraumatice. Interesează cele mai deseori tibia. Apar in majoritatea cazurilor după 3—4 săptămâni, cu o tumefacție difuză. Pot fi asociate cu leziuni tegumentare.

Gomele osoase sunt alte manifestațiuni ale sifilisului traumatic osos. Aceste gome se pot localiza pe o fractură înainte de consolidare și consolidarea se obține numai după un tratament antisifilitic. Alteori goma se localizează pe calusul unei fracturi consolidate in mod normal.

Periostite și exostoze sifilitice posttraumatice sunt deasemenea frecvente in perioada terțiară. Deseori aceste forme sunt datorite traumatismelor repetate.

O grupă interesantă o formează manifestațiile specifice, cari au apărut in cursul evoluției unui sifilis, exact

în locul de aplicație a unui traumatism care a atins individul înainte de epoca contaminării sifilitice. Astfel au descris osteoperiostite (*Pasini*), periostite (*Bénicy*), gome (*Dron*) dezvoltate pe calusul fracturilor anterioare, după o contaminare ulterioară sifilitică.

Traumatismele articulare pot determina destul de frecvent reacțiuni sifilitice. *Broca* stabilește diagnosticul de sifilis traumatic articular pe baza următoarelor criterii: 1. Existența traumei în antecedentele bolnavului, 2. reacția Wassermann pozitiv, 3. apariția unei hidrartroze cronice, indolentă, de tip sifilitic, 4. vindecarea ori ameliorarea rapidă prin tratament specific.

### C. Sifilisul traumatic al sistemului muscular.

Punem diagnosticul de gomă musculară traumatică, atunci când în locul unui traumatism apare goma, după un interval nici prea scurt, nici prea lung. Se citează gome traumatice după extracția unei așchii de obuz (*Gougerot* și *Clara*), după injecțiuni medicamentoase (*Gougerot*, *Pasini*, *Fournier* etc.)

### D. Sifilisul traumatic al viscerelor.

Traumatismele toracice, vântul de obuz, exploziuni, decompresiuni, pot localiza sifilisul asupra inimii, aortei și pulmonului. La aneurismul aortic sifilitic traumatismul are un rol mai mult accelerator și revelator (*Hațieganu*).

Orchitele traumatice descrise de *Fournier*, *Lenoir*, *Goubeau*, merită să le menționăm.

### E. Sifilisul traumatic al ochiului.

Ochiul poate fi sediul unui sifilom primar inoculat prin extracția unui corp străin din ochiu, prin limba unui individ sifilitic (*Socquet*), printr'o hârtie de țigară rulată și umezită cu salivă. (*Coutela*, *Laparonne*.) Cazurile aceste însă sunt rare.

Examinând cazurile de traumatism ocular putem avea mai multe eventualități: 1. Sifilis ocular descoperit, dar nu agravat printr'un traumatism. 2. Sifilis ocular descoperit, dar și agravat printr'un traumatism. 3. Sifilis localizat în ochiu sau în anexe printr'un traumatism. Astfel putem întâlni: osteoperiostite ale orbitei, irite, cheratite parenchimatoase, atrofii optice, etc.

Coutela cere pentru punerea unui diagnostic de sifilis traumatic următoarele condițiuni: 1. Constatarea evidentă a traumei. 2. Necesitatea unei perioade de incubatie, care variază între 3—15 zile. 3. În caz de traumatism ușor, să debuteze la locul traumei.

## **F. Sifilisu traumatic al sistemului nervos.**

### *1. Tabesul și traumatismele.*

Tabesul fiind datorit sifilisului, nu poate fi vorba de un tabes traumatic în adevăratul înțeles al cuvântului. Un traumatism în regiunea dorso-lombară poate să agraveze un tabes latent sau frust sau să producă o complicațiune, ca fractură sau artropatie tabetică, care altfel nu ar fi survenit sau ar fi apărut mult mai târziu. În cazurile acestea, numai atunci putem afirma cu siguranță că traumatismul a jucat un rol agravant și că poate fi prin urmare vorba de un așa zis tabes traumatic, când între traumatism și agravare există un raport imediat sau e separat printr'un foarte mic interval. În asemenea cazuri trebuie să fie bine stabilită starea individului de dinaintea traumatismului. (*Urechia.*)

După Dl. Prof. Kernbach tabesul traumatic nu este decât un tabes agravat de traumatism, pentru că s'a dovedit că: 1. trauma nu este capabilă să creeze un proces adevărat și propriu de tabes paralytic, ci numai un pseudo-tabes traumatic, 2. o traumă centrală sau periferică lucrând pe un teren sifilitic, nu are decât valoarea unei cauze sau unui factor ocazional pentru dezvoltarea tabesului vulgar, 3. traumatismul poate determina manifestările unui tabes latent, să agraveze un tabes în curs de evoluție și să aibă influență asupra producerii unor noi simp-

tome tabetice (fracturi osoase, artropatii, incoordonăția ataxică etc.)

Cazurile în care un traumatism la un sifilitic care nu prezintă înainte nici un simptom de tabes și prin urmare să fi făcut ca sifilisul să se localizeze pe măduvă, sunt discutabile.

Intervalul în medie pe care-l admit în general experții între traumatism și simptomele tabetice este de 1—3 luni (*Urechia.*)

## 2. Paralizia generală și traumatismele.

Traumatismul poate juca un rol favorizant pentru izbucnirea boalei sau o agravare pentru o paralizie generală existentă. Pentru a stabili aceste lucruri trebuie ca bolnavii să nu fi prezentat înainte de accident un semn evident de paralizie generală. Deasemenea va trebui dovedit că între accident și simptomele paralitice va fi existat o legătură aproape continuă sau că fenomenele paralitice vor fi izbucnit la un scurt interval după traumatism. În caz de agravare, va trebui stabilit că simptomele s'au agravat brusc și în mod evident în urma traumatismului. (*Urechia.*)

Dr. Prof. Kernbach admite o paralizie traumatică în următoarele condiții: 1. rănitul să nu prezinte turburări cerebrale înainte de lovire, 2. traumatismul să fie localizat asupra craniului, să fie intens și să producă turburări psicho-sensoriale în momentul traumatismului, 3. să se constate turburări mintale îndată după traumatism sau maximum după 6 luni, 4. între traumă și debutul bolii să existe cel puțin o serie de turburări generale până la manifestarea simptomelor caracteristice paraliziei generale.

## 3. Sifilisul nervos și traumatismele.

Pe lângă manifestațiunile posttraumatice amintite mai avem observațiuni când traumatismul favorizează izbucnirea sau localizarea sifilisului pe sistemul nervos. Atât la sifilisul cerebral cât și la cel medular traumatismul e amin-

tît între cauzele ocazionale, acuzate la favorizarea izbucnirii simptomelor.

Meningite și meningomielite sifilitice pot apărea în urma unui traumatism violent. (*Dajardin, Pollak*.) Epilepsii jacksoniene după traumatisme craniene sunt uneori datorite gomei dezvoltate. (*Gaudier, Minet*.)

S'au mai descris diferite turburări mintale la indivizii sifilitici în urma unui traumatism violent: halucinațiuni, deliruri, amnezii etc.

### G. Sifilisul ereditar și traumatismele.

Sifilisul ereditar ne furnizează un mare număr de manifestări sifilo-traumatice. Nu arareori traumatismul aduce la iveală existența eredității luetice.

În literatură sunt descrise cele mai variate forme ale sifilisului ereditar traumatic: sifilide ulcero-gomose (*Milian, Lotte* etc.) hidratoză (*Coutela*), osteomielită (*All'eude*), fractura spontană (*Audrain*), consolidare dificilă după fracturi (*Toussaint*), osteoartrită (*Gougerot, Kuss și Thiroloix*) și cheratită parenchimatooasă etc.

### H. Sifilisul microtraumatic.

E o formă a sifilisului traumatic ce ia naștere în urma traumatismelor repetate. Aproape totdeauna e vorba de leziuni cutanate consecutive traumatismelor profesionale, sub forma de sifilide secundo-terțiare.

Psoriaza palmară sifilitică dezvoltată în urma presiunii și frecării repetate a instrumentului la pantofari (*Halbron, Barthélemy*), la tâmplari, vâslași, zileri (*Fouquet*); sifilidele gâtului și umerilor la arzătorii de cărbune (*Derwillée*) și ale emitenței tenare (*Crépin*) la telegrafisti, sunt cazuri cunoscute în literatura medicală.

Manifestațiile tardive sunt deasemenea deseori semnalate. Exemplul clasic îl constituie gomele frunții, obser-

vate frecvent la musulmani, datorite prosternației în minaret; ulceratiunile gomoase ale genunchiului la femeile ale căror ocupațiuni erau spălarea parchetului — pe genunchi — (J. May.)

Sifilomul laringelui în urma abuzului funcției vocale (*Dervillé* cât și localizarea sifilisului în ureche datorit repetării șgomotelor violente (*Beck*), sunt forme interesante ale sifilisului traumatic.

După unii autori, prin microtraumatisme se explică numărul relativ ridicat al sifilisului sistemului nervos central și visceral la mecanici, șofeuri, datorit șocurilor repetate, incontinuu suferite, în cursul exercitării profesiunii lor.

### III. Diagnosticul general al sifilisului traumatic.

Din punct de vedere medico-legal, va trebui în primul rând să fixăm diagnosticul sifilisului și în al doilea rând, raportul lui cu traumatismul.

*Diagnosticul sifilisului* se va stabili prin următoarele elemente:

1. Caracterele clinice ale leziunii sau ale boalei.
2. Antecedentele personale și ereditere. (Un sifilis ignorat congenital sau câștigat poate fi revelat de traumatism.)
3. Reacțiunile serologice.
4. Radiografia leziunilor osoase. (Forma osoasă trebuie diferențiată de o leziune tuberculoasă sau de un sarcom.)

Raportul între sifilis și traumatism se va face stabilind următoarele:

1. Existența traumatismului. Se va cerceta cu amănunțime data, localizarea și intensitatea acestuia. E bine a se vedea și certificatul medical eliberat îndată după lovire, pentru a constata descrierea răni și eventualele turburări funcționale.

2. Traumatismul să fie de o intensitate suficientă, pentru a produce leziunea specifică.



3. Traumatismul să precedeze leziunii specifice cu un timp nici prea scurt, nici prea lung. În medie să nu depășească 4—6 săptămâni în caz de revelații sau agravări.

4. În cele mai multe cazuri sifilisul să fie dezvoltat pe locul sau regiunea traumatizată, cutoatecă sunt cazuri descrise de sifilis traumatic apărut la distanță.

#### IV.

### Concepțiuni asupra patogeniei sifilisului traumatic.

Pentru a explica rolul traumatismului în apariția manifestărilor sifilitice s'au formulat mai multe teorii :

#### 1. Teoria lui Mili an.

Atribue un rol preponderent factorului mecanic. Localizarea leziunilor sifilo-traumatice se datorește stagnerii și mișnării în aceste puncte a spirochetilor ; iar stagneria se realizează prin jena circulației capilare în locurile traumatizate. Pentru certitudinea acestei teorii, se citează apariția sifilidelor la locul de aplicare al ventuzelor, cât și pe cicatrici și tatuaje.

#### 2. Teoria lui C. Simon.

Traumatismul atingând un loc, care constituie un focar latent de treponeme, declanșează o revenire a vitalității spirochetilor, provocând astfel apariția unei leziuni în locul respectiv, datorită rezistenței micșorate. C. Simon bazează ipoteza sa pe observația destul de frecventă că la leziunile cutanate e atins și osul subiacent ; iar măduva osoasă conține deseori treponeme cari sunt eliberate sub acțiunea traumatismului. Teoria poate fi aplicată și în cazurile fără leziuni osoase, căci și țesuturile celelalte pot conține treponeme în stare latentă.

Thibierge se apropie de concepțiunea lui C. Simon și admite că în anumite cazuri traumatismul interesând țe-

suturile specific alterate produce „o infecție hematogenă.“ Prin această explicăm cazurile de reactivare a reacției Wassermann, când cea negativă înainte de traumatism, a devenit pozitivă după acesta (Klauder, Gaudier, Minet).

### 3. Teoria lui Pasini.

Traumatismul modifică proprietățile biologice ale țesuturilor și în special capacitatea de rezistență în fața spirochetelor. Aceasta teorie e aplicabilă unde sifilisul e posterior traumei.

### 4. Concepțiunea lui Bernard.

Existența posibilă a sifilisului traumatic, nu este regulată numai de factori locali, ci intervine toată economia organismului cu sensibilizare și imunizare, cu predominanța uneia asupra celeilalte. În cele mai multe cazuri de sifilis traumatic toate se petrec așa cum ar fi un nou puseu al boalei prin recrudescența acțiunii treponemelor „o veritabilă reinoculație sau superinfecție prin virusul propriu“. Putem spune cu multă probabilitate că un traumatism atingând un individ sifilitic, posibilitatea de apariție a unei leziuni sifilo-traumatice depinde de starea de sensibilitate și de imunitate și predominanța primului factor asupra celui de al doilea. În cât privește localizarea leziunii, aceasta poate fi determinată prin „blocajul“ treponemelor libere într'un loc unde circulațiunea capilarelor este împiedecată prin traumatism (Millan) și poate fi favorizată într'o anumită măsură prin modificarea biologică a țesuturilor neoformate, (Pasini).

## V.

### Punctul de vedere medico-legal.

#### 1. Sifilisul e concomitent cu accidentul.

E cazul când contaminarea se face în timpul accidentului. Dacă relațiunea între cauză și efect e stabilită fără îndoială și muncitorul era în timp de lucru, legea se va aplica pe baza articolului ce tratează „*boala consecutivă*“, indemnizându-l cu salar redus și cu cheltuială medicală până la data vindecării. Determinarea acesteia din urmă e foarte delicată însă. Un sifilitic recent e capabil fizicește de a continua ocupațiunea, dar din punct de vedere social el poate fi extrem de periculos pentru tovarășii săi în anumite profesii. Deci se pune problemă, până când e contagios un sifilitic? Principial putem spune că prin mijloacele terapeutice de cari dispunem azi, această perioadă a contagiozității e destul de redusă și corespunde dispariției complete a accidentelor primo-secundare. Această perioadă cu mare probabilitate ar fi stinsă după 4 săptămâni dela debutul tratamentului. Tratamentul trebuie făcut cu mare rigurositate, cutoatecă trebuie să avem oarecare rezervă în cazuri când suntem în fața unui bolnav arseno-ori pluri-rezistent. Cicatrizarea sau vindecarea clinică a accidentelor contagioase variază mult cu modul de tratament și cu medicamentele întrebuințate. Unii autorii din punct de vedere medico-legal au adoptat ca ultimul termen pentru contagiozitate, sfârșitul accidentelor secundare. *Bernard* nu admite această opiniune, căci

pe de o parte sfârșitul accidentelor secundare nu poate fi determinat, iar pe de altă parte accidentele terțiare cari pot surveni încă și cari au de fapt o contagiositate redusă, nu exclud posibilitatea de transmisiune. Dacă am adopta acest punct de vedere, ar urma că perioada de incapacitate să fie indeterminată și afară de aceasta ar avea marele desavantaj, de a exercita un efect moral deplorabil asupra muncitorului inactiv, atingând totodată indemnizația prevăzută de lege.

E bine să stabilim o indemnizație anuală, ce se va transforma în rentă la termenul de revizuire. Nu vom examina în materie de sifilis din caz în caz criteriul vindecării. Renta se acordă cu prevedere, căci pot surveni complicațiuni.

După autorii francezi incapacitatea de muncă admisă în aceste condiții e 15—30%. Această e în mod inutil de ridicat dacă bolnavul nu mai suferă, dar în mod ridicol de scăzut dacă mai târziu face o paralizie generală.

## 2. *Sifilisul e anterior accidentului.*

Incapacitatea se apreciază după leziunile observate, evaluând capacitatea de muncă înainte și după leziunile traumatiche și consecințele lor. De ex.: un sifilitic suferă un traumatism violent pe braț, în urma căruia se dezvoltă o gomă; indemnizația se va stabili pe baza gomei apărute și pe consecințele acesteia (fracturi osoase, impotență funcțională etc.) și nu asupra sifilisului ce n'are nici un raport cu traumatismul.

Fiecare caz e un caz special și e greu de a stabili o regulă generală. Expertul se va pronunța asupra 3 puncte capitale:

1. va stabili raportul între traumatism și leziuni,
2. va fixa data consolidării, ce variază cu fiecare caz,
3. va propune o rentă, arătând importanța daunei cauzate de traumatism.

Problema însă e foarte complexă la tabesul și paralizia generală posttraumatică.

În cât privește tabesul, după Dl. Prof. Urechia invaliditatea care se acordă trebuie calculată numai în raport cu gradul de agravare traumatică, prin urmare niciodată nu poate da loc la un procent de 100%.

La paralizia generală, introducerea malarioterapiei în terapeutică a schimbat aspectul acestei chestiuni. Renta ce se acordă în general variază între 60—80%.

Dintre cazurile sifilisului visceral, cele ale vaselor și ale inimii — prin gravitatea și durata lor nelimitată interesează mai mult medicul legist. După *Mazel* și *Valendru* consolidarea trebuie considerată ca obținută, atunci, când printr'un tratament adecvat e realizată oprirea evoluției leziunii la dezvoltarea căruia traumatismul a participat.

*Jeanbrau, Forgue, Imbert* așează aneurismul aortic între afecțiunile cari dau o incapacitate permanentă totală.

### 3. Sifiltsul e posterior accidentului.

Majoritatea autorilor consideră această posibilitate ca o „lipsă de atențiune”, ca o „neglijență gravă”; iar alții împreună cu *Bernard* refuză concepțiune aceasta.

## VI.

### Considerațiuni asupra cazurilor adunate din Clinica Dermato Venerică și Clinica Psihiatrică.

Bolnavii internați în *Clinica-Dermato-Venerică* între anii 1926—36 erau în număr de 7990, dintre cari 882 cu diagnosticul de sifilis. Dintre aceștia din urmă la 15 bolnavi am putut stabili diagnosticul sifilisului traumatic, ceea ce reprezintă la un număr de 7990 bolnavi un procent de 0.18 %, iar raportat la numărul bolnavilor sifilitici de 1.7%.

Făcând analiza tabloului I. constatăm că sifilisul traumatic e mai frecvent la bărbați decât la femei. Din 15 cazuri 9 se referă la sexul bărbătesc, dând un procent de 60%. Luând în considerare etatea, se observă între 40—60 ani 5 cazuri (33.3), între 20—40 ani 6 cazuri (40%), iar între 10—20 ani 4 cazuri (26.6%). Numărul acestor cazuri din urmă reprezintă sifilisul ereditar.

După ocupațiune mai frecvent la plugari (5 cazuri = 33.3%) și femeile casnice (5 cazuri = 33.3%), urmează apoi elevii (3 cazuri = 20%) și muncitorii CFR (2 cazuri = 13.3%).

În ce privește felul traumatismelor, în majoritatea cazurilor se constată loviri (13 cazuri = 86.6%). Traumatismul a interesat cele mai deseori membrul inferior (9 cazuri = 60%), mai ales gamba (8 cazuri), iar în restul cazurilor traumatismul a interesat dosul nasului, membrul superior, toracele și capul.

În 13 cazuri (86.6%) după traumatism imediat au

apărut simptome (tumefacția regiunii, durere) cari au fost urmate în continuare de simptomele specifice ale afecțiunii și numai în 2 cazuri era un interval de 3—4 luni lipsit de simptome intermediare.

Forma clinică cea mai frecventă era goma sifilitică (10 cazuri = 66,6%). Urmează apoi osteoperiostita, sifilidele tubero-ulcero-serpingioase și paronichia gomoasă.

Examenul de laborator în toate cazurile era pozitiv. La fiecare bolnav a fost aplicat un tratament specific, al cărui rezultat era întotdeauna ameliorarea stării.

Analizând tabloul II. constatăm că sifilisul nervos traumatic e o manifestație destul de rară. Din 3577 bolnavi internați în *Clinica Psihiatrică* din Cluj între anii 1931—1936 s'a pus diagnosticul de sifilis nervos traumatic numai la 6 bolnavi, care număr reprezintă un procent de 0,16%.

Examinând cazurile adunate, vedem că sifilisul nervos apare mai frecvent după vârsta de 35 ani. Cazurile descrise aparțin sexului bărbătesc. Felul traumatismelor cari figurează în aceste cazuri sunt: căderi, loviri accident de automobil și de locomotivă.

În aproape toate cazurile traumatismul a interesat capul. Luând în considerare starea anterioară a bolnavilor se constată că în 4 cazuri nu s'a prezentat nici un simptom înainte de traumatism, iar în 2 cazuri traumatismul a atins indivizi în ai căror antecedente s'a evidențiat mici semne ale afecțiunii sistemului nervos, iar traumatismul a agravat numai starea anterioară. În 3 cazuri simptomele au apărut după un interval de 2 săptăm. — 3 luni.

În cât privește diagnosticul posttraumatic a fost stabilit: tabes traumatic, paralizie generală traumatică, sifilis cerebro-spinal traumatic. Diagnosticul era confirmat întotdeauna cu probe de laborator pozitive. La fiecare bolnav fost aplicat un tratament specific, al cărui rezultat în 4 cazuri a fost ameliorarea stării.

Tabloul I.

Etate, sex, profesie	Felul traumatismului	Localizarea traum.	Apariția afecțiunii.	Diag. clinic posttraum.	Exam. lab. Trat. clinic.	Starea definitivă.
12 ani e'evă	Lovire	Dosul nasului	Imediat	Goma vălului palatin Ozena sifil.	Pozitiv. Trat. antisifil	Ame- liorat
56 ani casnică	"	Gamba stg.	După 3 luni	Goma ulcer. a tibiei stg.	"	"
19 ani elev	"	"	Imediat	Osteoperiost. tibiei stg.	"	"
14 ani elev	"	"	"	Goma ulcer. Osteoperiost. tibiei stg.	"	"
19 ani plugar	"	"	"	Goma ulcer. a tibiei stg.	"	"
26 ani plugar	"	"	"	Goma ulcer. a gambei stg.	"	"
42 ani casnică	"	"	"	"	"	"
44 ani casnică	"	"	"	Goma la artic. radio-carp. stg.	"	"
26 ani plugar	"	Gamba dr.	"	Osteoperiost gambei dr.	"	"
41 ani casnică	"	Reg. sterno-clavic	"	Goma la artic. sterno-clav. dr.	"	"
29 ani plugar	"	Dosul nasului	"	Goma ulcer. cu distr. oaselor și septului nasal.	"	"
42 ani muncitor C. F. R.	"	Gamba dr.	"	Sifilide tubero-ulcero serp. pe gamba dr.	"	"
28 ani plugar	"	Antebrațul stg.	"	Osteoperiost. cubitului stg.	"	"
32 ani casnică	Călcăt de o vacă	Deg. mare al piciorului dr.	"	Paronichia gomoasă	"	"
36 ani frânar C. F. R.	Lovire	Reg. occipit.	După 4 luni	Goma ulcer. a reg occipit.	"	"



Tabloul II.

Etate, sex, profesie	Felul traumatismului	Localizarea traumatismului	Apariția afecțiunii	Diag. clinic posttraumatic	Exam. laborator, Trat. clinic.	Starea definitivă
45 ani, strungar	Accident de automobil	Reg. parietală	Agravarea stării după traumat.	Lues traumatic	Pozitiv Malarioterap.	Ame-liorat
35 ani econom	Lovire	Reg. temporo-pariet. stg.	Imediat simpt. ușoare. După 4 luni simpt. caract.	Taboparal. gen. traumat.	Pozitiv Piretoterap. Antisifil.	"
50 ani fochist	Accident de locomotivă.	Reg. sacro-coccig.	Agravarea stării după traumat.	Paral. gen. traumat.	"	"
48 ani muncitor	Cădere	Capul și reg. lombo-sacr.	După 2 săptămâni	Tabes traumat.	Positiv. Antisifilitic	"
42 ani tinichigiu	"	Capul și spatele	După 3 luni	Sif. cerebro-spinal traumat.	Pozitiv. Malarioterap.	nevin-decat
36 ani muncitor	"	Capul	După 1 lună	Paral. gen. traumat.	"	sucom-bat



## Concluziuni.

1. Influența sifilisului asupra traumatismelor, cât și influența traumatismelor asupra sifilisului este admisă atât de cliinicienii cât și de medicii legiști, afirmată și demonstrată prin observațiuni bine studiate.

2. Rolul traumatismului se manifestă prin următoarele :

a) Traumatismul însuși poate introduce în organism germele de infecție.

b) Traumatismul poate deștepta evoluția unui proces specific ori agrava unul preexistent.

c) Traumatismul produs anterior infecției, poate fi un factor de localizare a unui proces specific tardiv.

3. Relația dintre traumatism și sifilis interesează atât sifilisul câștigat cât și cel ereditar.

4. Diagnosticul de sifilis traumatic nu se va putea stabili decât dacă sunt îndeplinite toate condițiunile necesare pentru a demonstra legătura dintre traumatism și sifilis. Aceste condițiuni se pot rezuma astfel :

a) Traumatismul să fie real, stabilit cu date precise.

b) Traumatismul trebuie să aibă o intensitate suficientă.

c) Intervalul dintre traumatism și apariția afecțiunii să nu fie nici prea lung, nici prea scurt. În medie să nu depășească 4—6 săptămâni, în caz de revelații sau agravări.

d) Diagnosticul să fie afirmat prin : antecedentele per-



## Bibliografia.

- R. Barthélemy*: Petits traumatismes et localisation de syphilitides secondaires Ann. des Mal. Vénér. 1931.
- R. Barthélemy*: Nouvelle contribution à l'étude des manifestations syphilitiques posttraumatiques. Ann. de Mal. Vénér 1933.
- R. Bernard*: Syphilis et traumatismes. Dermatoses professionnelles. Bruxelles 1933.
- H. Biswanger*: Gehirnlues und Trauma. Schweiz. Z. Unf. Med, 1934.
- Chambryn*: Syphilis traumatique. Os et articulations. Thèse. 1929.
- M. M. P. Carnot. Caroli et Maison*: Syphilis decapitée par transfusion sanguin.-Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris. 1934.
- Collin*: Contribution à l'étude de la syphilis posttraumatique Thèse 1928.
- E. Constantinescu, V. Vatamanu*: Un cas de syphilis d'emblée par transfusion sanguin. Ann. Mal. Vénér. 1929.
- L. Desclaux*: Syphilis méconnue considérée comme accident du travail. Soc. de Médecine Lég. du France 1932.
- M. Dujardin*: Deux cas de syphilis professionnelle. Bruxelles Médicale 1932.

- Eliet*: Contribution à l'étude de la syphilis traumatique. Thèse, 1925.
- E. Forgue, E. Jeanbrau*: Guide pratique de médecine dans les accidents du travail, 1924.
- I. Gaté, P. Cuilleret, Ch. Benoit*: Vaste plaie atone post-traumatique, Bull. de la Soc. Franc. de Dermat. et de Syphil., 1934.
- Gougerot, P. Mathieu*: Fracture spontanée de la clavicule au début de la syphilis secondaire, Ann. des Mal. Vénér., 1932.
- Gougerot et Filliol*: Syphilis gomeuse posttraumatique après une infection sous-cutanée de caféine, Bull. de la Soc. Franc. de Dermat. et de syphil., 1926.
- L. Imbert et D. Oddo et P. Chavernac*: Guide pour l'évaluation des incapacités, 1923.
- Jeanselme*: Traité de la Syphilis, 1934.
- July*: Syphilis traumatique, Tegument et os, Thèse, Paris, 1925.
- M. Kernbach*: Medicina legală, Cluj, 1937.
- Klauder J.*: Syphilis and trauma, Journ. of the Americ. Med. assoc, 1922.
- I. Lacassagne*: Eruption syphilitique et tatuages, Bull. de la Soc. Franc. de Dermat. et de Syphil., 1935.
- N. Lengyel*: Syphilis și traumatism, Clujul Medical 1923.
- J. May*: Un caz de syphilis secundaires localisées par de petits traumatismes professionnels répétées, Bull. de la Soc. Franc. de Dermat. et de Syphil., 1934.
- Mazel et Valendru*: Aneurism aortique et traumatisme, Journ. de Méd. de Lyon, 1923.
- D. Michail*: Tratat de oftalmologie, Cluj,

- M. Michael*: Syphilis und Trauma. Handbuch der Haut und Geschlechts Krankheiten II. Teil. Berlin 1929.
- M. Michael*: Syphilis und Unfall. Derm. Wochenschr. 1928.
- M. Michael*: Syphilis und Trauma (Congres International, Budapesta) 1929.
- L. Perin, M. Lefevre*: Transmission de la syphilis par voie sanguine. Bull. de la Soc. Franc. de Derm. et de Syphil. 1935.
- M. D. Paulian et C. Fortunescu*: Traumatisme cranien et syphilis nerveuse. Revue neurologique Paris. 1934.
- Tă'aru*: Sifilisul terțiar, traumatismele, reacția Wassermann, imunitatea și statistica in 1920—34 Teză 1936.
- J. C. Urechia et S. Mihailescu*: Trois cas de syphilis nerveuse traumatique. Soc. de Neurol. 1926.
- I. C. Urechia et S. Mihailescu*: Sur deux cas de syphilis nerveuse traumatique. Revue Neurol. 1929.
- I. C. Urechia et Golgenberg*: Syphilis traumatique de Cerveau. Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hopitaux de Paris, 1928.
- I. C. Urechia*: Tabes traumatique. Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hopitaux de Paris. 1936.
- I. C. Urechia et S. Mihailescu*: Tratat de patologie neuro-mintală Cluj.