

Radiodiagnosticul sifilisului osteo-articular

TEZĂ

PENTRU

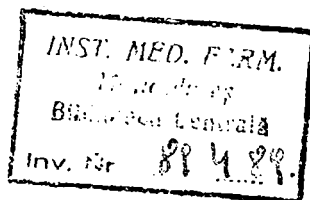
DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE 27 Octombrie 1938.

DE

VICTOR BUCȘA

24 MAY 2005



CLUJ

„PALLAS“ INSTITUT DE ARTE GRAFICE COOP. IND.

Strada A. Vlăhuță No. 3.

1938.

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

Decan: Prof. Dr. M. STURZA

Profesori:

Clinica stomatologică	D-1.	Prof. Dr.	Aleman I.
Bacteriologie	" "		Baroni V.
Fiziologia umană	" "		Benetato G.
Istoria medicinei	" "		Bologa V.
Patologia generală și experimentală	" "		Botez A. M.
Clinica oto-rino-laringologică	" "		Buzoianu Gh.
Istologia și embriologia umană	" "		Drăgoiu I.
Semiologie medicală	" "		Goia I.
Clinica ginecologică și obstetricală	" "		Grigoriu Gr.
Clinica medicală	" "		Hațieganu 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 }			
Clinica infantilă	" "		Popoviciu Gh.
Farmacologia și farmacognozia (supl)	" "		Popoviciu Gh.
Balneologia	" "		Sturza M.
Clinica dermato-venerică	" "		Tătaru C.
Clinica urologică	" "		Țeposu E.
Clinica psihiatrică	" "		Urechia C.
Anatomia patologică	" "		Vasilii T.
Biologia generală	" "		Racoviță E.
Chimia medicală	" "		Secăreanu Șt.
Igiena generală	" "		M. Zolog
Fizica medicală	Conf.	" "	Bărbulescu N.

JURIUL DE PROMOȚIE

Președinte: D-nul Prof. Dr. D. Negru

Membri:	{	<table style="border: none; margin: 0;"> <tr><td style="padding: 0 10px;">"</td><td style="padding: 0 10px;">"</td><td style="padding: 0 10px;">"</td><td>C. Tătaru</td></tr> <tr><td style="padding: 0 10px;">"</td><td style="padding: 0 10px;">"</td><td style="padding: 0 10px;">"</td><td>T. Vasilii</td></tr> <tr><td style="padding: 0 10px;">"</td><td style="padding: 0 10px;">"</td><td style="padding: 0 10px;">"</td><td>V. Bologa</td></tr> <tr><td style="padding: 0 10px;">"</td><td style="padding: 0 10px;">"</td><td style="padding: 0 10px;">"</td><td>Gr. Benetato</td></tr> </table>	"	"	"	C. Tătaru	"	"	"	T. Vasilii	"	"	"	V. Bologa	"	"	"	Gr. Benetato
"	"	"	C. Tătaru															
"	"	"	T. Vasilii															
"	"	"	V. Bologa															
"	"	"	Gr. Benetato															

Supleant: Dl. Doc. Dr. Tr. Popoviciu,

INTRODUCERE.

Leziunile sifilisului la nivelul oaselor și articulațiilor puteau fi diagnosticate destul de greu până la descoperirea razelor x. Examenul clinic și probele de laborator, de multe ori erau insuficiente în depistarea leziunilor osoase sifilitice. De multe ori probele clinice sau reacția Wassermann, erau negative și totuși existau leziuni de natură sifilitică. Prin descoperirea razelor x, s'a găsit un mijloc de diagnostic de importanță capitală, în stabilirea afecțiunilor osoase sifilitice. Examenul radiografic are o importanță diagnostică de o valoare tot așa de mare ca și o reacție Wassermann pozitivă.

Prin stabilirea precoce a diagnosticului sifilisului osteo-articular, mai ales la copiii nou-născuți eredo-sifilitici, la cari numai antecedentele ereditare ar pleda pentru această afecțiune, se va putea stabili un tratament precoce și deci un prognostic favorabil.

Grație radiografiilor se pot urmări modificările favorabile ale leziunilor în urma tratamentului specific și deci să se evite urmările nefaste prin lipsa instituirii unui tratament timpuriu.

Grație acestei metode, care s'a generalizat așa de mult, s'a ajuns la stabilirea și precizarea diagnosticului la cele mai multe afecțiuni și s'a obținut explicarea unor fenomene morbide sau a anumitor procese fiziologice cari se petrec în țesuturi, cari altfel nu puteau fi precizate. Se impune deci examenul radiologic în toate cazurile de sifilis fie câștigat, fie mai ales ereditar.

Istoric.

Studiul manifestațiilor osoase ale sifilisului începe prin anul 1778 (Rosen) și mai târziu Uderwood (1786) cari recomandă să se examineze scheletul noilor născuți sifilitici,

la cari se constată exostoze, acestea fiind de natură sifilitică. Deasemeni Cruvelhier, Desmares, Charrier, în 1844 vorbesc despre abcese pe parietali, tumori supurate pe pereții cranieni, producând caria osului. Ranvier, în 1864 și Fournier prezintă copii cu decolări epifizare, exostoze și periostoze. Diday, la 1854 în: »Traité de la syphilis des nouveau nés« este primul care face un studiu relativ la aceste leziuni. La 1870 apar tratatele clasice ale lui Parrot, cu descrierea afecțiunii care se numește pseudo-paralizia lui Parrot. Wegener în 1870, a descris leziunea numită de el osteochondrită sifilitică, el fiind primul care ne-a dat noțiuni precise anatomo-patologice.

Istoria artropatiilor sifilitice începe cu memoriul lui Richet din 1853, în care se diferențiază artropatiile sifilitice de alte artrite. În 1882 și 1885 Méricamp, Defontaine și Gangolphe studiază leziunile anatomo-patologice în artritele sifilitice. În 1899, Fournier, în tratatul său, descrie formele articulare din perioada secundară. În 1905 Fouquet în teza sa studiază complet sifilisul articular și dă o clasificare care a rămas clasică. În 1915 Dufour începe studiul asupra reumatismului cronic deformant din punctul de vedere al etiologiei sifilitice.

Primul care a studiat prin radiografie alterațiunile osoase observate la noii născuți, este Hocksinger în »Etude sur la syphilis héréditaire«. Ulterior Köhler în 1901, Holz-kneht și R. Kienböck »Über Osteochondritis im Röntgen-bilde« (1900—1901). Mai târziu E. Fraenkel (1915), Béla Alexander în »Syphilis der fâtalén Wirbelsäule« (1912), apoi H. Assmann în »Röntgendiagnostik der inneren Erkrankungen« (1921). M. Péhu din Lyon, prezintă împreună cu Dr. Enselme în 1924 la »Societatea Medicală a spitalelor din Lyon«. »Quelques radiographies des lésions osseuses dans la syphilis héréditaire precoce«.

Noțiuni de anatomie patologică.

Sifilisul produce leziuni ale sistemului osos, în cursul sifilisului câștigat, atât în perioada secundară, când se prezintă ca o simplă inflamație exudativă a periostului, fără caractere specifice, cât și în perioada terțiară sub formă de gome, dezvoltate cele mai deseori în periost. Goma este o nodozitate, formată la rândul ei, din noduli elementari; aceștia sunt constituiți din limfocite, celule epiteliale și o substanță fibrilară. Gomele mai vechi su-

feră în centru o necrozare numită cazeificare. Conținutul gomei se poate și lichefia printr'un proces de degenerescență mucoasă, care se poate evacua afară.

Sifilisul mai produce și inflamațiuni difuze, terminate cu scleroza osului, osul apărând mult mai opac decât în mod normal.

Sifilisul ereditar dă leziuni cari se localizează la nivelul zonei de creștere a oaselor constituind osteochondrita sifilitică. Aceasta apare mărită, cu limite neregulate, limita inferioară apărând crenelată. Microscopic se constată că zona de cartilagiu calcifiat este înlocuită printr'un țesut în formă de grilaș, cu ochiurile mari și neregulate și umplute cu substanța medulară. În afară de leziuni de osteochondrită, se mai poate produce în sifilisul ereditar și o periostită sau o osteomielită gomoasă simplă.

Pentru a înțelege mai bine leziunile pe cari sifilisul le produce la nivelul zonelor de osificare, voi da câteva date asupra osificării normale. Există două feluri de osificare, după cum țesutul osos derivă dintr'o transformare a țesutului conjunctiv, — numită osificație fibroasă, sau prin înlocuirea unei piese cartilagineose fetale prin țesut osos, și e numită osificație endondrală. Dacă examinăm un os lung, în timpul creșterii sale, vom vedea că la unirea diafizei cu epifizele, persistă în tot timpul creșterii, două benzi de țesut cartilagos, numite cartilaje de conjugățiune, în care se poate urmări creșterea osului. Într'o secțiune longitudinală prin os, se vor putea deosebi o serie de straturi de celule diferite. Din spre epifize spre diafiză avem, un strat de celule cartilagineose încapsulate, cari pe măsură ce înaintăm se multiplică în interiorul capsulei, mult alungită și se vor dispune ca un fișic de monede, constituind cartilagiul seriat al lui Ranvier.

Mai spre periferie, unde celulele seriate sunt mai vechi, începe să se depună substanță calcară, în spațiile dintre celulele cartilagineose, cari încep să se rezorabă, și se va constitui zona de cartilagiu calcificat. La partea cea mai veche în evoluție vor pătrunde vase de neformație, rezultate din înmugurirea vaselor din țesutul osos diafizar. Aceste »vase osificatoare« vor aduce elemente celulare, dintre care unele vor rezorbi capsulele rămase, iar altele, aduse din pătura osteogenă a periostului, se multiplică, formând zona osteoidă.

Fostele capsule cartilagineose, reunite între ele prin anastomoze și având forma unor cavități aufractuoase

alungite și paralele, vor fi umplute cu vase și osteoblaste constituind o adevărată măduvă fetală. Osteoblastele sunt dispuse pe suprafața benzilor de condrină calcificată, care servesc drept travee de direcțiune; ele vor secreta o substanță care va deveni substanță osoasă mineralizată, care va înconjura de toate părțile osteoblastele, devenite celule osoase. În acest mod se vor forma lamele osoase concentrice, umplând din ce în ce lacuna medulară primitivă, formând sistemul haversian. În osificarea periostală procesul este analog. În osificarea endo-conjunctivă care se petrece la craniu și oasele feței, se constată că fibrele conjunctive se vor impregna de săruri de calciu constituind travee de direcțiune ale osificării, iar celulele conjunctive primitive (fibroblastele) se vor transforma în osteoblaste.

Diafiza unui os lung se osifică pe seama periostului și a cartilagiului (osul enchondral), din apropierea treptată a lor și contopirea lor. La epifize apar în plin cartilagiu punctele de osificare epifizare care vor ocupa întreaga epifiză.

Între epifiză și diafiză, ambele osificate, se găsește o zonă numită cartilagiu de conjugățiune, pe fețele lui având loc osificarea, și care multiplicându-se mereu compensează pierderile osificării din ambele sensuri. Osul se modelează mereu până își ia forma și dimensiunile definitive.

Aspectul radiologic al osului normal.

Pentru a putea aprecia mai bine modificările pe care le suferă osul în decursul sifilisului, vom da câteva noțiuni asupra imaginii radiografice a osului normal.

În general se spune că substanța osoasă este opacă la razele X. Substanțele organice nu apar pe placa radiografică, din cauză că sunt traversate de razele X.; ele sunt însă oprite de substanțele minerale. Cu cât un organ este mai bogat în substanțe minerale, cu atât este mai opac. Studiul cartilagiului de conjugare dela transparența completă, până la opacitatea totală, permite să apreciem, în stare normală, gradul de mineralizație progresivă a acestor organe.

Când se examinează osul în stare de creștere, cartilagiu de conjugare apare sub aspectul unei zone clare și transparente care contrastează cu opacitatea epifizei și diafizei. Când creșterea se termină această transparență

dispare, pentruca întreaga regiune să ia-o nuanță uniformă. Atât timp cât această zonă rămâne clară, creșterea e posibilă.

Imaginea epifizei este cenușie, nu tocmai clară, deși conține în cartilagiul săruri de calciu. Diafiza, apare mai opacă, traveele osoase dându-i un aspect caracteristic.

Comparând aspectul radiologic al osului normal și al celui sifilitic, se constată o serie de modificări caracteristice, mai ales la nivelul cartilagiului de conjugare.

În locul unei transparențe care se vede pe radiografia osului în creștere normală, se constată în caz de sifilis, părți mai mult sau mai puțin întunecate, câteodată chiar opace, constituite dintr'o linie de diferite grosimi, care mărginește cartilagiul de conjugare între diafiză și epifiză, și care în general e regulată și uniformă.

Uneori prezintă neregularități constituite din osteofiți, cari păruind în grosimea cartilagiului și cari se întind uneori pe toată întinderea cartilagiului stabilind un fel de puncte care leagă diafiza cu epifiza, așa încât proliferarea celulelor de osificare poate fi oprită. Uneori în unele porțiuni ale cartilagiului se văd insule opace, indice a incrustației calcare premature.

În sfârșit, se poate constata că zona clară a dispărut complet, fiind înlocuită cu o zonă a cărei opacitate este mai accentuată ca a regiunilor vecine. S'ar părea în aceste cazuri că creșterea este definitiv oprită. S'a văzut însă că sub influența tratamentului se poate reîncepe creșterea.

Diagnosticul radiologic al sifilisului ereditar precoce.

În afară de modificările specifice în organe, sifilisul ereditar, produce și asupra formării celulelor și țesuturilor, două procese paralele: unul care e pur specific și altul care se opune formării în mod normal a celulelor și țesuturilor (Prof. Mogubrow).

În general „în sifilis, timp foarte îndelungat există o oprire completă a creșterii oaselor lungi și a formării punctelor de osificare».

Țesutul osos este sediul de predilecție a procesului specific în sifilisul ereditar. Acest fapt se explică prin intensitatea procesului de creștere al oaselor, la nivelul cartilagiului de creștere, care atrage în mod special virusul sifilitic. Dealtfel s'a găsit spirocheta în leziunile de os-

teochondrită și periostită sifilitică de către Bertarelli, Volpius, Levadiți etc.

În sifilisul ereditar precoce încadrăm sifilisul scheletului în perioada fetală și până în luna 12 (J. Gadrat).

În această perioadă sifilisul atinge mai mult oasele lungi, mai rar oasele late, și acestea în mod difuz și simetric. În ordinea frecvenței sunt lezate: femurul, apoi umerul, tibia, cubitul, radiul, peroneul, coastele, falangele. Dintre oasele late mai întâiu sunt oasele craniului, apoi osul iliac, omoplatul, clavicula, calcaneul, astragalul și oasele metacarpene.

În general, se descriu următoarele patru tipuri de leziuni osoase ale sifilisului ereditar precoce:

1) *Osteochondrita sifilitică*, nume dat de Wegner la 1870 se caracterizează prin alterațiuni apreciabile ale extremităților proximale și distale ale oaselor lungi. Aceste leziuni, apar, din punct de vedere radiologic, cel mai devreme, la sfârșitul lunii a V.-a fetale (Thomsen), mai netă fiind până în luna III.-a, sediul leziunii fiind pe linia diafizo-epifizară, care apare ca o linie netă, precisă, separând, în mod normal spongioasa diafizei de epifiza cartilagineasă. Această zonă apare pe placa radiografică, ca o linie opacă, netă, ușor convexă.

Osteochondrita sifilitică este de trei grade:

a) *Osteochondrita incipientă* este primul stadiu. Se prezintă sub forma unei benzi întunecate, datorită încrustației excesive cu săruri de calciu a țesutului cartilagos, așa că zona de osificare provizorie apare de două ori mai largă decât în mod normal.

Această lărgire se datorește probabil influinței inhibitoare a infecției sifilitice, vasele osului ne mai putând menține sărurile, cari se vor depune în metafiză. Această bandă întunecată este net delimitată în spre diafiză, trimite prelungiri fine în formă de »dinți de pieptene« cari pătrund în cartilajul epifizar: este »kalkband« al autorilor germani.

Localizarea mai frecventă a osteochondritei, ar fi după unii autori, în regiunea paraepifizară superioară și inferioară a celor două oase a antebrățului și ar depinde de diferiți factori mecanici din vieța intrauterină sau la naștere.

b) *Al doilea stadiu*, care e manifestarea cea mai frecventă a sifilisului osos congenital, constă din lărgirea și mai pronunțată a acestei zone. În spre epifiză apare cu

aceleași prelungiri inegale, separate prin spații neregulate; de partea opusă, este separată de diafiză printr'o bandă clară, destul de regulată. Celulele cartilaginoase proliferază mult, așa că zona aceasta apare mult tumefiată. Aspectul, într'o fază mai înaintată este o alternanță de bande clare și întunecate, aparând destul de caracteristic pe placa radiografică.

Parrot, împarte leziunile din stadiul al II-lea cari sunt mai înaintate în două feluri de leziuni: a) o forma cu ramolismenț gelatiniform, format din zone insulare cu țesut spongios, înconjurate cu o tramă fibro-vasculară, conținând fragmente osoase, și b) în forma II-a țesutul spongios este infiltrat cu puroi, lamele osoase se distrug formându-se cavități cu puroi.

3) Al treilea stadiu al osteochondritei sifilitice constă din introducerea la nivelul zonei osteoide, numită de Germani «Kalkgitter», a unui țesut de granulații, care după Fraenkel ar putea fi de natura specifică, de ex: țesut gomos. După Schmidt se dezvoltă din țesutul conjunctiv al canalelor medulare. Soliditatea osului la acest nivel slăbește foarte mult, așa că se produce ceea ce Ranvier numește »decollement epiphysaire«, iar autorii germani »epiphysenlösung«, adică separarea epifizei de diafiză. Parrot a atribuit acestei cauze paraliza membrelor la copiii nou născuți (pseudoparalizia lui Parrot). Deslipirea se face în plină diafiză, din cauza micșorării rezistenței osului, cu ocazia unui traumatism sau unei contracții musculare. Se observă numai la oasele lungi și deloc la cele scurte. Când se observă târziu și când periostul e rupt și el, se poate întâmpla o deviație a capetelor fracturii și vindecare în poziție vicioasă. Diformația numită »Gabelhand« a copiilor cu sifilis congenital, are această origine (Reyher). Sub influința tratamentului antisifilitic, după două săptămâni, această afecțiune se poate vindeca. Pseudo-paralizia lui Parrot se observă la noii-născuți între I-a și a VI-a săptămână, sub forma unei impotențe funcționale a membrelor, parțială sau generalizată, incompletă sau absolută, comparabilă cu cea produsă de fracturi, luxații sau reumatism. Membrele atâră ca o limbă de clopot și nu pot fi ridicate. La unii bolnavi membrele sunt mărite de volum la extremitatea diafizei, de colarea epifizară însoțindu-se de o hiperostoza periostală și de o depunere de săruri calcare în periost la nivelul diafizei, care trece apoi asupra epifizei. La alții se percep crepitațiuni între diafiză și epifiză.

Din punct de vedere radiologic, extremitățile diafizare apar decalcificate: zonele clare sunt mai dezvoltate ca cele întunecate. Deslipirea epifizară apare ca o soluție de continuitate. Radiologiceste se recunoaște prin deplasarea laterală nucleului de osificare (Reyher). Aceasta se explică în felul următor: deslipirea se face deasupra liniei de osificare, în plină diafiză; linia epifizară care e opacă la razele Röntgen, va însoți epifiza în deplasarea ei. Cum, destul de des epifiza, din cauză că e cartilagi-noasă, nu apare pe placă decât nucleul ei de osificare, când există, deplasarea liniei de osificare care depășește mai mult sau mai puțin conturul diafizei, este singurul și cel mai bun semn radiologic.

2) *Periostita osifiantă*, numită astfel de Fraenkel, este a doua varietate de leziune în sifilisul osos ereditar. Apare pe măsură ce copilul înaintază în vârstă, cam din luna III-a, IV-a. Ea este generalizată și simetrică, având sediul pe marginile interne ale tibiilor, pe marginile externe ale femurilor, pe cele două margini ale umerusului, pe radius, cubit și coate. Periostul, în fazele incipiente ale periostitei, apare ca o linie fină, opacă, pe marginile diafizei, însoțind și dublând corticala; se zice că profilul osului a fost tras cu creionul. Când periostita e mai înaintată, periostul calcificat este ridicat, prin mase osoase neformate sub el, deasupra corticalei, de care este despărțit de un spațiu umbrît, aproape omogen, cu marginile net delimitate. Acest spațiu este mai îngust la extremitățile diafizei, devenind însă mai mare cât se apropie de mijlocul osului. Această dispozițiune dă osului un aspect net cilindric.

Intr'o fază și mai înaintată, procesul se traduce prin existența mai multor strii longitudinale, largi cam de 1 mm, paralele cu corticala, întinzându-se în tot lungul diafizei, dela o linie de osificație la alta: imaginea ia un aspect caracteristic, în foi, lamelat, dând impresia unui proces, care a evoluat în puseuri succesive,

Stratificarea corticalei se datorește unui proces de resorbție, care se face în zone concentrice, în compacta diafizei. Foița externă a corticalei e formată probabil din calciu din zonele de rezorbție. »Osul este anatomiceste atrofiat, însă istologiceste rarefiat; Macroscopic este mai gros, însă microscopic mai puțin solid de cât osul normal (Péhu și Policard).

Fraenkel distinge 3 varietăți de periostite: 1) o primă

varietate, cea mai frecventă la toate oasele lungi ale membrilor, și simetrică, 2) a doua varietate este periostita combinată cu osteochondrita, cu predominarea osteochondritei, localizată sau în apropiere de epifiză sau la distanță pe diafiză, pe acelaș os, și 3. a treia varietate este periostita de reparație care apare după 4—6 săptămâni de tratament, la oasele cari au avut osteochondrită.

Reinberg distinge două tipuri de periostită, după localizare: 1) diafizar și 2) meta-epifizar. Periostita diafizară înglobează diafiza oaselor lungi ca într'un manșon. Osul va lua o formă cilindrică, în rest rămânând îndemni periostita fiind singura alterațiune. Periostita metaepifizară, în majoritatea casurilor este asociată cu osteochondrita sifilitică și osteomielite. Leziunile de periostită se localizează mai des la oasele membrilor superioare decât la cele inferioare, la copiii între 2—4 luni. În general periostitele sunt mai puțin influențate de tratament decât celelalte leziuni sifilitice.

3. A treia formă de manifestațiune a sifilisului osos ereditar sunt *rarefacțiunile osoase*. Aceste leziuni se traduc prin zone clare, circulare sau ovale cu margini regulate sau neregulate, înconjurată uneori de o zonă de condensatiune.

Sediul leziunilor, mai obișnuit, este în epifiză, și sunt simetrice, caracter patognomonic pentru sifilis. S'unt numite „lacunele osoase“ de Péhu și Policard și ar fi, tie gome adevărate, fie țesut de granulație, fie leziuni de osteită fibroasă. Forma gomoasă este excepțională, însă la această vârstă. Waldayer și Kobner au considerat ca gome țesutul de granulație al lui Wegner, care apare la sfârșitul perioadei a II-a și începutul perioadei a III-a de osteochondrită. Schneider face o diferențiere precisă, considerând țesutul de granulații din osteochondrită ca o formațiune nouă, iar goma ca o necroză.

În această privință e interesant cazul lui Mouriquand publicat în Journal de Radiologie 1926 unde e vorba de un copil sifilitic, de 28 de zile, care la examenul clinic prezenta semnele unei pseudo paralizii Parrot, și la care după examenul radiografic nu s'au constatat semne de osteochondrită sifilitică, ci o imagine clară înconjurată de o linie mai închisă, la nivelul extremității superioare a umerusului, pe care a considerat-o ca fiind o gomă.

Tot în această grupă s'ar mai putea încadra și osteomielitele sifilitice (Joseph, Leesar), osteo-

mielita fibroasă (Pick) cari leziuni, ca și gomele autorilor francezi, se raportează la aceeași afecțiune a sistemului osos în sifilisul congenital.

M. Klin distinge trei forme de osteomielită sifilitică: 1) forma marginală, caracterizată prin pierdere de substanță la periferia oaselor lungi 2) forma centrifugă caracterizată prin clarități în mijlocul opacității osului și 3) forma difuză infiltrată.

În sfârșit, Parrot și Recklinghausen, au descris sub numele de «produit de cercueil» (Sargbildung) o osteomielită a periferiei peronelui, însă care este rară. Se caracterizează printr'o rarefiere a spongioasei și compactei osului, care e înconjurată de o zonă osoasă îngroșată. Pe filmul radiografic apar clarități cu contur neregulat de formă aproape ovală, în locurile acestea compacta fiind distrusă, iar deasupra se găsește marginea ridicată a bandei calcificate a epifizei numită, «bec saillant», de către autorii francezi. Aceste leziuni, în urma unui tratament specific energetic pot să dispară.

Leziunile osteomielitei sifilice sunt în general multiple, iar depozitele periostale au o delimitare mai mult lineară, spre deosebire de osteomielită, unde este în formă de arc. Mai pledează pentru natura sifilitică a leziunilor și faptul că de foarte multe ori sunt asociate cu alte leziuni sifilitice ale oaselor și în special cu osteochondrita.

4) În sfârșit a patra varietate de sifilis osos ereditar o constituie *varietățile rare* Péhu și Policard au descris o formă numită: «producții exuberante hiperplazice», localizate la părțile mijlocii și periferice ale oaselor lungi. Epifizele oaselor sunt lărgite și prezintă pe zonele interne și externe creșteri neregulate în formă de «conopidă». Aceste leziuni se observă în sifilisul congenital malign al nou născuților.

Raic a remarcat frecvența unei ipercalcificații a corticalei oaselor lungi numită «osteoscleroză», care poate să atingă și substanța spongioasă a oaselor. Se mai descriu de către Keaften și Priesel sub numele de «bande transversale» un fel de umbre omogene, transversale net limitate, ocupând epifizele sau diafiza oaselor, mai frecvente fiind în primele 3 luni.

Péhu a descris o formă osteoclaziantă sau distructivă a sifilisului osos, pe care o împarte în trei varietăți:

1) Nu apar leziuni nici de natură specifică, nici de rachitism, dar oasele suferă fracturi multiple, repetate, spontane.

2) Osul este decalcificat camalul medular elărgit, iar corticala e subțiată, Procesul sifilitic în aceste cazuri dă o leziune structurală generalizată a sistemului osos cu tendință osteomalacică.

3) Osul e atins de un proces de osteoporoză, apărând pe placa radiografică cu porțiuni decalcificate, cu aspect clar, neregulat, dințat, situate la marginea osului, dând impresia că a fost ros pe margini. Leziunile aceste coincid de cele mai multe ori cu leziuni de osteochondrita sau periostită sifilitică.

În afară de oasele lungi sifilisul ereditar poate să afecteze și oasele scurte și cele late (oasele craniului). Dintre oasele scurte în special falangele sunt afectate mai des, dând *Falangita sifilitică*.

Falangita sifilitică, începe la falangele bazale, fără să intereseze părțile moi. Pe placa radiografică osul apare lărgit, omogen opac, cu structură areolară însă cu conturul net. Uneori conturul osului apare delimitat printr-o umbră foarte intensă, traducând un proces de osteită rarefiantă difuză. Conturul mai poate prezenta uneori mici erodări în diferite puncte, formându-se iperostoze printr'un proces de osteită condensantă.

Dintre oasele late sifilisul ereditar poate să dea leziuni la oasele craniului. Craniul poate să prezinte îngroșări periostale, care măresc bosele frontale și parietale, craniul luând un aspect destul de caracteristic — craniu natiform. Aceste leziuni apar de obicei, în sifilis, în primele luni după naștere. Dacă apar în anul I sau al II-lea, sunt de natură rachitică.

Leziunile oaselor craniului mai pot fi și de natură ulceroasă, localizate pe fața externă a parietalilor, frontalilor și mai rar occipitalul, la nivelul suturilor, procesul de creștere fiind mai activ la acest nivel. Aceste leziuni sunt net circumscrise și pline cu țesut gelatiniform. Osul poate fi în unele cazuri erodat din loc în loc, ca și cum ar fi ros de molii.

O leziune a oaselor craniului, întâlnită destul de des la sugarii cu heredo-sifilis, dar a cărei natură nu s'a stabilit precis: este craniotabesul. Marfan consideră craniotabesul ca un simptom al rachitismului de origină sifilitică. Alți autori, cum este Comby, le găsește cam în 25% dintre sugari, și-le consideră ca o leziune banală care evoluează și la copiii debili și la cei voinici, șivindecându-se sub acțiunea razelor ultra-violete.

Diagnosticul radiologic al Sifilisului ereditar tardiv.

Sifilisul ereditar tardiv cuprinde totalitatea manifestațiilor sifilitice ale oaselor, începând din copilăria II-a și până la vârsta adultă. Se citează cazuri la cari manifestațiunile sifilitice ereditare au apărut chiar și la vârsta de 60 de ani.

Accidentele tardive apar ca prime manifestațiuni sifilitice numai în cazuri mai rare; de cele mai multe ori au fost însă precedate de leziuni precece, după care infecția a rămas în stare latentă pentru ca sub o influință oarecare, reactivându-se să dea accidentele tardive. Chiar într'o perioadă tardivă, spirocheta are aceeași afinitate pentru țesutul osos, ca și în cea precece.

Oasele mai des afectate sunt oasele lungi, în special tibia dând diformațiuni caracteristice, și apoi oasele late, craniul.

a) *Oasele lungi.* Leziunile oaselor lungi se prezintă sub 3. varietăți: 1. *Osteoperiostite*, 2. *Gome osteoperiostice* și 3. *Gome osteomieliice* sau osteita rarefiantă. Aceste leziuni tardive ale sifilisului ereditar seamănă foarte mult cu leziunile terțiare ale sifilisului câștigat.

1. *Osteoperiostita* poate fi de trei feluri: a) *condensantă* sau iperostozantă, cu localizare diafizară, dia-epifizară sau epifizară, având un caracter specific: diafiza este înconjurată ca într'un manson, pe toată întinderea ei într'un strat osos opac, care modifică conturul osului. Osul pare îngroșat și crescut în volum. Creasta anterioară, rectilinie, e înlocuită printr'o linie neregulată, onduloasă, cu o convexitate anterioară. Canalul medular este net delimitat, în cazurile în care iperostoza nu este prea accentuată.

Acest proces poate cuprinde oasele întregului schelet producând îngroșări însemnate ale extremităților.

În general leziunile apar cu o notă caracteristică la tibia, care se îngroșă mult, se lungeste și se incurbează, luând o formă caracteristică, încât a fost numită „tibia în iatagan” ori „tibia în teacă de sabie”.

În interiorul tibiei au loc procese de osteită rarefiantă, iar la nivelul periostului, neoformațiuni de țesut osos spongios. În urmă încep procese reparatoare, sclerozante, în urma cărora spațiul medular se va umple cu o substanță osoasă densă. Aceste mase osoase noi formate

măresc foarte mult, în toate sensurile tibiei. În majoritatea cazurilor în urma măririi tibiei în sens frontal, ea alungindu-se se va și incurba în formă de arc cu convexitatea anterioară.

Alungirea tibiei ar fi urmarea unei excitațiuni a osificării la nivelul cartilagiului de conjugare, în urma inflamației. Incurbarea se datorește creșterii în lungime și apăsării greutății corpului asupra osului, la început mai moale.

Peroneul rămâne nemodificat și ca atare mult mai scurt decât tibia, încât apare ca o coardă în arcul tibiei. Acest proces de iperostoză interesează ambele membre însă nu în mod uniform. Deasemenea putem găsi aceleași alterațiuni și la membrele superioare, în care caz sunt palpabili și ganglionii epitrochleeni, cari sunt măriți (Reyher, Hochsinger, Heubner).

Pe placa radiografică londul osului apare sombru și pe el se detașează zone clare, mai mult sau mai puțin regulate, datorite procesului de osteită rarefiantă (Ja Jugeas).

b) *supurativa și necrozantă*, este a doua varietate, a osteoperiostitei, mult mai rară însă ca prima, și poate duce la sechestre, aceste fiind însă mult mai mici decât sechestrile în tbc.

2. *Osteoperiostita gomoasă* se prezintă sub formă de noduli periostali, pe tibie mai ales, dar și pe oasele craniului sau pe stern, înconjurați de o formațiune mai dură care e datorită iperostozei. Aceste tumori dacă sunt tratate se vindecă lăsând în locul lor excavațiuni. Dacă nu sunt tratate, se deschid în piele sub formă de ulcere gomoase.

3. *Osteomielite gomoasă* se prezintă sub forma de gome localizate în centrul osului, putând duce în urma necrozei la fracturi spontane ale oaselor. În zonele vecine procesului gomos, se vor produce însemnate proliferațiuni osoase, cari vor modifica într'un mod foarte însemnat structura osului

Pe placa radiografică focarele gomoase apar sub formă clară, circulară, cu marginile înconjurate de zone opace datorite procesului învecinat de iperostoză.

b) *Sifilisul oaselor craniului*, se prezintă sub trei aspecte caracteristice: 1. gomos, 2. ulceros și 3. iperostozant-reacția cea mai banală și mai tipică. În forma iperostozantă, sifilisul oaselor craniului se prezintă la eredo-sifilitici sub aspecte destul de caracteristice, având

forma de mameloane frontale sau parietale, cari se numesc „osteofite craniene ale nou născuților”. La adult ia aspectul mai puțin obișnuit de „osteom”, care uneori poate atinge dimensiuni considerabile.

Sifilisul poate afecta atât tabla externă cât și tabla internă a oaselor craniului. În diagnosticul leziunilor tablei externe a calotei, radiografia aduce un aport destul de însemnat, mai puțin însemnat însă, decât la stabilirea leziunilor sifilitice ale tablei interne.

Faptul acesta se explică destul de ușor prin natura, și mai ales prin evoluția leziunilor tablei externe, care destul de des se deschid la exterior, pe pielea păroasă a capului, prin ulcerăriuni osoase neregulate cu alură atonă, în care se văd sechestre neregulate. Aceste ulcerăriuni fiind leziuni caracteristice ale „sifilisului necrozant”, nu este nevoie întotdeauna de radiografie, inspecția și palpația fiind mijloace îndestulătoare.

Radiografia, are însă o valoare mult mai însemnată, ea fiind mijlocul suveran în stabilirea leziunilor sifilitice ale tablei interne. De obicei leziunile ipertrofiante sau rarefiante ale tablei interne, nu coexistă cu leziunile tablei externe. Aproape pe toate craniile cu leziuni clasice, se găsesc pe fața internă ulcerăriuni sau iperostoze, fără să se fi observat însă leziuni și ale tablei externe.

Pe o radiografie normală, bolta craniului apare sub forma a două bande opace, de grosime aproape uniformă, separate printr'o porțiune mai clară, care corespunde diploei; marginea liberă a tablei interne este netă.

Leziunile tablei interne se prezintă deasemenea sub trei varietăți: 1. *gomoasă*, care se traduce prin o zonă mai puțin opacă decât tabla internă, cu contur șters, formând un fel de umflătură care bombează în cavitatea craniană. La nivelul ei marginea liberă a tablei interne, nu mai apare așa net; e ca intreruptă.

2. *Ulcerăția sifilitică*, în care marginea liberă a tablei interne, pe alocuri nu se mai poate observa; poate de asemeni să dispară și diploe ul.

Bolta craniului, are din profil, un aspect ondulat, festonat. Din față ulcerăriunile apar ca pete clare cu contur regulat.

3. *Hiperostozele*, sunt localizate în orice regiune a boltei, totuși mai frecvent sunt localizate în regiunea frontală sau fronto-parietală. Când sunt numeroase, ele pot desena o serie de digitațiuni de dimensiuni variabile.

Ulcerăriunile și iperostozele sunt, în general mai puțin

influențate de tratament, decât forma gomoasă. În special ulcerările rămân ca stigmate cari oricând fac să se impună diagnosticul sifilisului.

Leziunile sifilitice ale oaselor craniului nu sunt însă întotdeauna destul de caracteristice. Vor trebui făcute mai multe radiografii, în diferite poziții ale craniului, pentru a se putea descoperi eventualele leziuni.

Radiografia rămâne însă mijlocul suveran în stabilirea leziunilor osoase sifilitice, mai ales că în multe cazuri, și mai ales în perioadele tardive ale sifilisului, reacția Wassermann devine negativă. În aceste cazuri examenul radiologic înlocuiește reacția Wassermann, având o valoare tot așa de mare ca și un Wassermann pozitiv.

Sifilisul ereditar mai poate da deformațiuni caracteristice ale oaselor nasului. Leziunile sunt de obicei destructive, fără a prezenta iperostoze, apărând pe placa radiografică sub forma de umbre delicates amestecate. „La exterior apare ca o deformațiune caracteristică „nasul în formă de șea”.

Bolta palatină poate să fie deasemenea afectată; leziunea prezentându-se sub formă de gomă, care poate da perlorarea bolții palatine.

Tot de natură sifilitică, ar fi, după unii autori, și maladia lui Paget, care se caracterizează printr'o periostită difuză, progresivă și prin deformațiuni osoase.

Diagnosticul radiologic al sifilisului osos câștigat.

Sifilisul câștigat poate să dea manifestațiuni la nivelul oaselor atât într'o perioadă precoce cât și într'una tardivă. Proceselor superficiale ale pielii, rozeole ori papule, le corespunde la oase periostita, localizată mai frecvent la craniu și oasele lungi; proceselor gomoase ale pielii și organelor le corespunde periostita gomoasă și osteomielita gomoasă. Într'o perioadă precoce a sifilisului câștigat, printre manifestațiunile secundare avem ostealgii, periostite și iperostoze sifilitice. Iperostozele se traduc pe placa radiografică prin îngroșări opace, circumscrise, în plăci, făcând inegală suprafața osului. Sediul lor cel mai obișnuit este în diafiza oaselor lungi, iar pe craniu în regiunea frontală. Se deosebesc de exostozele de creștere prin localizarea acestora la nivelul cartilagiului de conjugare. Periostita simplă se traduce pe clișeu prin umbre

suprapuse pe corticală. În perioada mai tardivă sifilisul câștigă da leziuni mai caracteristice. În general, manifestățiunile sifilisului osos câștigă se traduc prin leziuni constructive și distructive, asociate. De multe ori sunt grupate în așa mod încât leziunile de rarefacție sunt circumscrise de leziuni de condensatie. Intotdeauna, pe un clișeu radiografic pe care se văd leziuni asociate de iperostoză și rarefacție, trebuie să ne gândim la sifilis.

Manifestățiunile sifilisului terțiar la oasele lungi trebuiesc căutate la nivelul diafizei. Ele se prezintă pe placa radiografică sub mai multe aspecte :

1. *Osteoperiostita*, care e cea mai frecventă formă, poate fi de două feluri: a) periostita simplă și b) periostita gomoasă.

În *periostita simplă*, substanța osoasă neformată inconjoară circular diafiza, ca o teacă, periostul apărând îngroșat și opacifiat. Se întinde dela o epifiză la alta, este în general omogenă, uneori însă apare constituită din mai multe straturi succesive cu limitele perceptibile. Conturul osului apare neregulat, boselat, iar canalul medular, substanța corticală structura osului sunt normale. Uneori iperostoză periostală poate fi considerabil dezvoltată ajungând până sub piele.

b) În *periostitele gomoase* avem gome circumscrise, fluctuente, iar canalul medular și canalele haversiene sunt umplute cu o substanță gelatinoasă. Gomele evoluând, se va ajunge la rarefacțiuni și distrucția țesutului osos subjacent. În părțile învecinate se va produce o reacție iperostotică. „În periostita gomoasă, radiografic apar zone mai circumscrise de săltări în sus a periostului, ca niște cocoșe. Sub aceste zone se află exudatul care dă transparența și care deja a perforat corticala și a intrat în interiorul osului, de care e separat printr'o dungă mai opacă. Exudatul intră în canalele lui Havers din corticală, separă împingând lamelele osoase și în felul acesta ia naștere zona transparentă. În acelaș timp are loc în jurul neoformațiunii gomoase o inflamație reactivă care se manifestă pe placă prin aceea zonă de umbră intensă.

În cazuri mai înaintate corticala prezintă la nivelul acesta mai multe zone clare, care sunt infiltrate gomoase multiple pătrunse în adâncime. Când periostul este foarte alterat, osul subjacent se nutrește insuficient putând prezenta semne de osteoporoză (pierderi mici de substanță ca porii unui burete), sau chiar o carie osoasă. Deaceea nu se observă sclerozarea reacțională a osului la acest

nivel, căci procesul sifilitic nu este în interior (nu sunt gome) ci este o lipsă banală de nutriție, ducând la atrofi (osteoporoză) (Hahn și Deycke).

2. Al doilea aspect pe care îl poate lua sifilisul osos câștigat este *osteomielita*, care poate fi simplă sau gomoasă. Infecția sifilitică poate începe fie la măduvă, fie la periost, fie la amândouă deodată.

În osteita și osteomielita simplă există o inflamație iritativă a osului care duce la condensări, osul apărând neregulat și îngroșat. Uneori procesul este mai intens încât nu se mai poate distinge corticala de medulară, iar conturul osului apare sinuos; adeseori osul are un aspect monstruos.

În ostita și osteomielita gomoasă se formează în medulară, zone transparente, circumscrise sau difuze datorite aglomerațiilor de celule, cari formează gomele. Mărimea gomelor poate varia dela aceea a unei boabe de mei, la a unei nuci. Zonele de destrucție osoasă sunt înconjurate de zone de condensare reacțională. Pe placa radiografică se va observa o imagine clară, în centrul regiunii diafizo-epifizare, circulară, cu contur regulat, înconjurată de o zonă opacă de osteită condensantă. Acest aspect este destul de caracteristic, neputând fi confundat cu cel al osteosarcomului sau mielomelor multiple.

Pe oasele late osteomielita sifilitică apare și mai caracteristic, osul având aspectul ca „mâncat de viermi“.

3. Un al treilea aspect al sifilisului câștigat este *osteita fibroasă*. În aceste cazuri osul este crescut în volum, în sens transversal. Arhitectura este înlocuită prin travee opace longitudinale și transversale, circumscriind mici zone cu aspect mai clar, osul apărând cu o structură sub forma de „mozaic“. Această osteită este strict localizată, caracter care o deosebește de osteita fibroasă a lui Recklinghausen.

II. Asupra oaselor late, sifilisul câștigat dă deasemenea modificări caracteristice.

A) La oasele craniului atât osteitele tablei externe, — mai rare — cât și ale tablei interne — mai frecvente, se prezintă sub 3 forme: 1. *Iperostozele*, sunt mai ales în regiunea fronto-parietală, și apar în poziție sagitală ca o proeminență opacă, mai mult sau mai puțin neregulată, desenând pe opacitatea craniană o serie de digitațiuni de dimensiuni variabile. În proiecție frontală, apare ca o creastă opacă pe fața internă a craniului. 2. *Ulceratiunile*, se traduc printr'o îngustare a tablei interne, marginea ei

internă ne mai putându-se distinge ; deasemeni și diploe-ul e dispărut. 3. *Nodulii gomoși* se traduc prin mici pete clare cu contur șters, formând veritabile tumori cari bombează in același timp in diploe și in cavitatea craniană. La nivelul lor marginea liberă a tablei interne pare intreruptă. Toate variațiile de leziuni, se pot combina, de cele mai multe ori între ele.

B) *Sifilisul basinului*. Basinul osos poate fi deasemeni afectat in decursul sifilisului câștigat. Leziunile oaselor pot lua și aci aspectul de periostite și exostoze neregulate, de volum variabil, având sediul pe ramura inferioară a ischionului, pe marginea internă a găurei obturatoare (Heuser).

III. *Sifilisul oaselor scurte*. A) Dintre oasele scurte, sifilisul are predilecție pentru falangele degetelor dând falangita sifilitică. Descrierea falangitei sifilitice s'a făcut la capitolul sifilisului ereditar.

B) *Pottul sfilitic*, este o manifestațiune mai rară a sifilisului osos, caracterizată prin zone de rarefacție osoasă la nivelul corpurilor vertebrali. Sifilisul vertebral a fost descris întâiu de Portal in secolul XVIII. La 1820 Bernard și Cloquist, au semnalat, câteva cazuri. Americanul Ramsay, publică in 1914 câteva cazuri de sifilis vertebral. Prof. Hațieganu, publică 7 cazuri, atrăgând atențiunea asupra frecvenței destul de mari a spondilitei specifice.

Vertebrele cervicale sunt cel mai des atinse de sifilis, nefiind însă rare și cazurie cu localizare dorso-lombară. Pottul cervical al adulților trebuie suspectat totdeauna de sifilis. In spondilită sifilitică cu caracter rizomelic, procesul primar pornește din corpul vertebral, fie din spongioasă, fie din compactă și cuprinde și țesutul conjunctiv, va distruge țesutul osos așa că la radiografie apar imagini de rarefiere.

In spondiloza rizomelică descrisă de P. Marie și Strümpell, există un proces de osificare al ligamentelor intervertebrale, cari la radiografie apar ca niște bandele laterale opace, corpul vertebral având transparența exagerată. Această osificare a ligamentelor, ar putea fi de natură sifilitică. Spațiul articular, poate fi, uneori, lărgit ; alteori, nu se observă fiind plin cu țesut fibros. Exostozele sunt numeroase mai ales pe apofizele transverse (Malinovscki) și pe corpii vertebrali sunt in formă de cioc și au tendința să se uniască prin vârfuri.

Diagnosticul radiologic al sifilisului articular.

Articulațiile pot fi și ele lezate, atât în sifilisul ereditar cât și în cel câștigat. Mai des atinse sunt articulațiile cele mai întrebuintate sau mai traumatizate. În sifilisul ereditar, alterațiunile, în primul an sunt excepționale. Mai frecvente, sunt, începând cu anul al 2-lea, atingând mai ales articulațiile vertebrelor. După Dunlop, artitrele cronice ale copiilor sunt de origine sifilitică.

Într'o perioadă mai recentă din sifilisul ereditar se observă alterațiuni mai ales în regiunea juxta-articulară. Într'o perioadă mai tardivă, alterațiunile se pot prezenta sub mai multe forme :

1. *Formele sinoviale*, fără participarea oaselor și cartilagiului, cu cele două varietăți : a) hidartroza simplă și b) sinovita iperplastică.

2. *Formele osoase*, care pot fi și ele de două feluri : a) hidartroza cu alterațiuni productive și b) tumora albă sifilitică. Extremitățile articulare sunt tumefiate și nu sunt sensibile la presiune. În sifilisul câștigat putem găsi alterațiuni articulare atât în perioada secundară cât și terțiară.

În perioada secundară articulațiile pot fi atinse odată cu generalizarea infecției, fie ceva mai târziu, după săptămâni, luni sau chiar 2—3 ani. În această perioadă leziunile sunt la nivelul sinovialei. În perioada terțiară leziunile articulare apar între 5—20 ani după infecția primară, ele având ca punct de plecare alterațiunile oaselor. Participarea oaselor este mai ales în formele tardive și tenace, zise artrite subacute sau pseudo-reumatism sifilitic, cu sediul la genunchiu, și fiind poliarticulare sau monoarticulare (Balzer). Sifilisul articular, în general, se localizează simetric. În perioada secundară sifilisul se poate manifesta ca simple artralгии, fără exudat, fie ca forme idropice, cu sau fără infiltrarea capsului.

În aceste cazuri, examenul radiologic nu prea are mare importanță. Mult mai important este însă în formele terțiare ; în cazurile unde nici reacția Wassermann nu ne dă deslușiri, examenul radiografic, poate pune în evidență alterațiunile articulare. Totuși, deși sunt alterate articulațiile, de multe ori, nici examenul radiologic nu poate depista leziunile ; va trebui să ținem cont și de examenul clinic și de laborator.

Formele terțiare pot fi idartroze cronice sau forme gomoase, constituind pseudo-tumora albă sifilitică a lui

Fournier. In această din urmă formă, leziunea osoasă este constituită din o gomă epifizară, care ajunge progresiv la articulație. Goma ramolindu-se distruge țesutul osos, care, însă, în jur va reacționa printr'o osteită condensantă, așa că epifiza se va îngroșa și se va deforma. Cartilagiul este atins în mod secundar prin progresiunea gomei în spre cavitatea articulară, care în unele locuri se ulcerează, cari după vindecare lasă niște cicatrici, albe, radiare, iar în alte părți proliferază formând vilozități caracteristice sifilisului. In cele din urmă procesul va cuprinde și sinoviala, care se inflamează, apoi se îngroașă, fără să prezinte fungozități ca la tbc. Radiologic se pot pune în evidență, periostite multiple, circulare, leziuni în formă de focar a cartilagiului articular cu fenomene ipertrofice pe marginea interliniei articulare, îngroșarea capsulei și distrugerea parțială a ligamentelor, osteite rarefiante sau distrucțiuni circumscrise de natură gomoasă. Exudatul articular nu dă imagini pe placa radiografică, dar se observă interlinia articulară lărgită, semn de revărsare de lichid în cavitatea articulară. Când sunt alterațiuni cartilaginoase, interlinia articulară este micșorată sau chiar dispărută. Oriunde începe procesul sifilitic, în epifiza osului, în sinovială sau în cartilagiul, va interesa mai des numai o suprafață articulară. Abia într'un stadiu mai înaintat va cuprinde și suprafața articulară opusă.

Gomele sifilitice din perioada terțiară se traduc pe radiografie prin uzuri osoase circumscrise, în formă de crater. Epifiza osului va apare mărită în volum, cu spații clare, cari alterniază cu spații întunecate, depozitări periostale și eroziuni datorite țesutului gomos de granulațiuni.

Oasele deasemenea pot participa, prezentând alterațiuni sifilitice sub formă de osteomielită, periostită osifiantă a diafizei, a căror prezență are mare valoare, putându-se afirma natura sifilitică a procesului, bazați pe coexistența lor cu celelalte alterațiuni. Semn deasemenea important, este lipsa atrofiei osoase acute a lui Sudeck, în afecțiunile articulare sifilitice, asupra căreia a insistat Deycke și Hahn, Köhler. După Axhausen, ea nu se observă nici în cazurile cu o evoluție mai lungă. Totuși, Assmann, Gaston etc. cred că sunt și excepții, putându-se constata procese de rarefiere alveolară. În general artritele sifilitice sunt de obicei simetrice, sunt foarte puțin dureroase, permitând o bună funcționare a articulației. Evoluția lor este de obicei lentă.

Artropatia tabetică, descrisă mai întâiu de Charcot, nu ar fi după unii autori (Collet, Schlesinger) de origine

sifilitică, și ar trebui diferențiată de artrita sifilitică propriu zisă.

În artropatia tabetică suprafețele articulare sunt mărite, aruncate în lături, erodate și uzate. În jurul articulației se văd, umbre de osificare, floconoase, în mare cantitate. În cavitatea articulară se pot observa corpi liberi, desprinși din focarele de destrucție osoasă, cari pot produce cracmente cu ocazia mișcărilor.

Acest aspect de distrugere a capetelor oaselor și a cartilagiilor, de osificare în jurul articulației, ce duc la deformațiuni monstruoase, se observă în artropatiile tabetice.

Tot între artritele sifilitice, sunt clasificate, de unii autori și diversele artrite cronice, unele reumatisme subacute și cronice deformante, a căror origine sifilitică poate fi controlată mai ales prin ajutorul sero-reacției. Radiologic, însă, nu se pot constata semne evidente de sifilis.

Diagnostic diferențial.

Examenul radiologic al osteo-artropatiilor sifilitice este de cele mai multe ori hotărîtor în diagnosticul sifilicului. În special când semnele clinice și de laborator lipsesc, sau sunt insuficiente, examenul radiologic va putea stabili natura leziunilor cu siguranță destul de mare.

Vor trebui totuși diferențiate, leziunile sifilitice, de o serie de alte leziuni ale oaselor, cu care s'ar putea uneori confunda.

1. Astfel în primul rând, osteochondrita sifilitică va trebui diferențiată de rachitism. Rachitismul dă de asemenea modificări ale osului, la nivelul zonei de creștere, ca și osteochondrita. Rachitismul însă nu apare în primele luni după naștere, nici în perioada fetală, tocmai când osteochondrita se manifestă și se poate pune în evidență prin examenul radiologic. Se admite de unii autori (Marlan, Reinach) că ar putea exista un rachitism congenital care ar putea coexista cu semnele nete de osteochondrită și care se traduce prin aspectul diafizei care este umflată și scobită ca o cupă (becherförmig) Reyher, în 1912, explică acestea, ca procese de vindecare ale osteochondritelor, și nu admite existența rachitismului congenital. De altfel, în perioada când începe rachitismul să se manifeste, adică după luna III-a, osteochondrita începe să se vindece. Radiologic se poate observa în rachitism, extremitatea diafizei care este terminată printr'o linie, spălăcită,

transparentă și lărgită, adeseori în formă de cupă, pe când la osteochondrită avem linia, întunecată, fină, cu marginea dințată, Pentru rachitism mai pledează apoi și alte semne din partea oaselor, cari au fost modificate în decursul lui, cum ar fi o decalcifiere, sau o formă curbată a lor etc.

2. Boala lui Möller-Barlow sau scorbutul infantil, debutează de obicei către sfârșitul anului I-ii, când osteochondrita e deja trecută. Dunga transversală care delimitează diafiza înspre cartilagiul epifizar este mai îngustă, mai largă la mijloc decât la margini, are marginile mai neregulate și e mai sinuoasă înspre diafiză, decât la osteochondrită, constituind așa zisa zonă de destrucție de „grămezi de sfărâməturi” sau linia scorbutică. Se mai observă, în scorbutul infantil hematoane subperiostale cari pot decola pericstul, și cari, pe placa radiografică apar ca umbre neregulate. La osteochondrită apar mai regulate, de jur împrejurul diafizei și sunt fuziforme. În scorbut mai pot fi în dislocări ale epifizei, localizate în zona săracă în calcar.

3. Tuberculoza, poate să dea leziuni cari ar putea duce la o confuzie. Tuberculoza dă o periostită osifiantă mai discretă, de multe ori neputându-se observa, periostul reacționând mai rar în tbc. Periostita osifiantă din tbc. este mai puțin opacă decât cea sifilitică. Leziunile osoase tuberculoase nu sunt generalizate, cum sunt cele sifilitice, cari sunt, în general și simetrice.

Leziunile tuberculoase ale oaselor, spre deosebire de sifilis, sunt excepționale în primele luni ale vieții. În interiorul osului, modificările din tbc. se traduc printr'o atrofie (decalcifiere) osoasă însemnată.

4. Osteomielita acută, cu periostita ei, poate face uneori diagnosticul mai greu. Această periostită este însă rară în primii ani, este localizată la un singur os, care apare considerabil tumefiat, cu depozite periostale exprimate, delimitate mai mult în formă de arc. În caz de sifilis osos, la copiii mici, pot fi leziuni osteochondritice, iar depozitele periostale sunt mai mult lineare.

5. Displazia periostală poate fi uneori confundată cu forma osteomalacică a sifilisului ereditar precoce. Membrele prezintă fracturi, iar bolta craiană o ramolire. La sifilitici, craniotabesul e mai mult localizat la occipital, respectând porțiunea anterioară a craniului.

Leziunile osoase ale sifilisului, câștigat, vor trebui deasemeni diferențiate de anumite leziuni osoase de altă

natură, cu cari ar putea fi confundate. Astfel a) osteomielița gomoasă a oaselor lungi, poate fi confundată cu mielomele multiple, acestea fiind însăacompaniate de albumozurie. b) Osteosarcomul, apare pe placa radiografică, ca o zonă mai clară, traveele osoase persistente desenând rețea „in fagure”.

Falangita sifilitică trebuie diferențiată de falangita tbc. (spina ventoză). La sifilis pielea intactă; abia în leziunile mai vechi. se pot vedea modificări analoage spinei ventoză tbc., cu cari, ulceratii și participarea articulațiilor lor. În falangita tbc. pielea este violacee și duce mult mai repede la fistulizări. Leziunile sifilitice încep la o vârstă mult mai timpurie decât cele tbc. Multiplicitatea leziunilor, conturul opac mult mai net și faptul că articulațiile vecine rămân intacte, pledează pentru sifilis.

Radiologic, în spina ventoză tuberculoasă nu se constată iperostoză, cum se vede în cea sifilitică. În sfârșit, pentru sifilis mai pledează și prezența altor leziuni sifilitice, reacția Wassermann pozitivă și rezultatul favorabil în urma tratamentului antisifilitic.

În spina ventoză sporotrichozică, iperostoză este transparentă și regulată (Milan).

Leziunile osteomielitice simple sau gomoase ale bolții craniene pot fi uneori confundate cu tuberculoza craniului. Eroziunile sifilitice ale craniului au marginile mai puțin sdrențuite, decât cele tbc. și sunt circinate.

Periostitele sifilitice pot fi uneori confundate cu periostitele tifice, prezentându-se sub acelaș aspect. Antecedentele și celelalte examene, vor putea însă lămuri originea.

Artritele sifilitice vor trebui și ele diferențiate de artrite de altă natură. Astfel artritele sifilitice se pot confunda cu artritele tbc. și mai ales cu tumora altă tbc.

Artritele tbc. sunt de obicei unilaterale, nu sunt simetrice ca cele sifilitice; culoarea pielii la tbc. este violetă, la sifilis nu e modificată; artrita tbc. supurează mai repede și mai frecvent, sunt dureroase și însoțite de o stare de impotență funcțională. În osteo-artropatiile coloanei vertebrale tbc. se constată o atrofie, o decalcifiere însemnată a corpurilor vertebrale, destrucții vertebrale cari pot duce la ghibozități, abcese paravertebrale tbc., lucruri cari în spondilitele luetice lipsesc. Actinomicoza, dă abcese multiple în interiorul vertebrelor. În spondilita rizomelică este o calcifiere a discurilor intervertebrale, fără semne de osteită.

Evoluția imaginii radiografic sub influența tratamentului.

Fie câștigat, fie ereditar, distingem două categorii de sifilis : 1. de construcției iperostoază : a) la oasele lungi după câteva luni de tratament se observă o diminuare a depozitului periostic, contururile se precizează cu atât mai mult cu cât partea densificată rămâne mai opacă decât normal ; canalul medular reapare ; b) la craniu iperostoza diminuează, deasemenea și semnele de iritație corticală (epilepsie Jacksoniană) c) la basin, se întâmplă la fel. 2. leziuni de destrucție : a) in eredo-sifilis, dacă corespund la țesut de granulație sau osteită fibroasă, regresează complet. Dacă sunt gome adevărate, petele clare diminuează în volum, conturul se precizează, însă ele persistă definitiv. b) In sifilisul câștigat, s'a constatat disparițiunea zonelor clare de osteită rarefiantă și transparența lor in zone sombre de osteită condensantă (Bagnoli).

Date statistice asupra sifilisului osteo-articular.

Asupra cazurilor de sifilis osteo-articular depistate radiografic la Institutul de Radiologie din Cluj, între anii, 1922—1937, am constatat următoarele date,

Repartizate după ani : În anul 1922, din totalul de 972 de examinări radiologice, am constatat 13 cazuri de leziuni sifilitice osteo-articulare ; în anul 1923 din 1929 examinări, în 10 cazuri ; în anul 1924 din 1109 examinări, în 10 cazuri ; în anul 1925 din 1106 examinări, în 9 cazuri ; în anul 1926 din 1318 examinări, în 6 cazuri ; în anul 1927 din 1388 examinări, 8 cazuri ; în anul 1928 din 1738 examinări, în 10 cazuri ; în anul 1929 din 2740 examinări, în 7 cazuri ; în anul 1930 din 1448 examinări, în 7 cazuri ; în anul 1931 din 3015 examinări în 6 cazuri ; în anul 1932 din 1803 examinări in 4 cazuri ! in anul 1933 din 1838 examinări in 2 cazuri ; in anul 1934 din 2504 examinări in 3 cazuri ; in anul 1935 din 2955 examinări in 6 cazuri ; in anul 1936, din 1775 examinări, in 3 cazuri. Deci din totalul de 27.539 de examinări radiologice făcute în timp de 15 ani am găsit un număr de 104 cazuri de leziuni sifilitice osteo-articulare, reprezentând un procent de 2,5%.

Manifestațiunile sifilitice, după natura leziunilor sunt următoarele : sifilis ereditar 37 de cazuri, adică 35,5%,

sifilis câștigat 67 de cazuri, adică 64,5%, dintre care cu leziuni osoase 43 de cazuri, adică 41,3% iar cu leziuni articulare 24 de cazuri, adică 23,2%. La sifilisul ereditar 13 cazuri au fost manifestatăii de sifilis precoce, restul de 24 fiind de sifilis ereditar tardiv. Dintre formele de sifilis ereditar precoce, am găsit pseudo-paralizia lui Parrot, în 5 cazuri, la copii între 3 și 11 săptămâni. Dintre formele leziunilor cele mai frecvente au fost osteochondrita și apoi periostita.

La sifilisul ereditar tardiv cele mai dese forme au fost periostitele gomoase, urmând apoi în ordine formele cu îngroșări periostale, formele gomoase, apoziiuni periostale etc.

Sifilisul osos câștigat, a fost întâlnit, cu o localizare, mai frecventă, la gambe. Leziunile articulare sifilitice cuprind 24 de cazuri, cu localizare mai frecventă la genunchi 12 cazuri, la cot 4 cazuri, la articulația coxo-femorală 4 cazuri, scapulo-umerală 2 cazuri, apoi la coloana lombară 1 caz, sterno-claviculară 1 caz și picior 1 caz.

Am găsit interesant din punct de vedere al statisticii să redau datele obținute de doi autori din Varșovia, L. Kwazebart și B. Rosnowska, pe 100 de copii eredo-sifilitici sub doi ani.

S'au găsit 43 cazuri de afecțiuni osoase eredo-sifilitice precoce. Dintre 84 copii sub un an s'au găsit 38 cu leziuni osoase, adică 45,2%. Osteochondrita s'a întâlnit în $\frac{1}{5}$ dintre cazuri, și cel mai des până la 3 luni (13 cazuri) Osteochondrita sifilitică s'a găsit des la periferia oaselor antebrațului 15 cazuri, la periferia femurului 7 cazuri, la extremitatea inferioară a tibiilor în 8 cazuri. Primul stadiu al acestei afecțiuni s'a constatat în 7 cazuri, localizată mai frecvent la extremitatea inferioară a oaselor antebrațului stâng. Această localizare ar depinde după unii autori de diferiți factori mecanici din viața intrauterină sau la naștere. Leziunile de osteochondrită de gradul II s'au întâlnit mai des, în 10 cazuri. Pseudo-paralizia lui Parrot, a fost găsită, localizată mai des la membrul superior drept, care e localizarea clasică.

Periostita sifilitică osifiantă, apare mai tardiv și ar fi cea mai frecventă după vârsta de 3—4 luni. Periostita este aproape totdeauna asociată cu leziuni de osteochondrită. Leziunile de periostită s'au găsit în 32 cazuri adică 74,4%. Ca localizare mai frecventă s'a găsit la

oasele umărului (16 cazuri), antebraț 15 cazuri, femur 12 cazuri, peroneu 9, mai ales pe marginile interne.

Dintre cele 43 cazuri, examenul radiologic a stabilit leziuni de osteochondrită = 21 (48,8%), periostită = 32 (74,4%), osteomielită = 5 (11,6%), osteoscleroză = 11 (25,8%), modificări ale punctelor de osificare = 6 (13,9%), pseudo-paralizia lui Parrot = 1 caz.



CONCLUZIUNI

1. Leziunile osteo-articulare sunt manifestatii destul de frecvente ale sifilisului, atât ereditar cât și câștigat.

2. Reacția Wassermann nu este în totdeauna un criteriu sigur pe baza căreia s'ar putea afirma ori exclude originea sifilitică a osteo-artropatiilor, ea fiind inconstantă și infidelă.

3. Diagnosticul leziunilor care iau aspectul de osteochondrită de diferite grade, periostite, fără să fie însoțite de manifestatii clinice, a fost posibil numai cu ajutorul razelor Röntgen.

4. Dacă este o leziune cronică a scheletului, radiografia permite diagnosticul, eliminând tbc, care este mai epifizară, distructivă și mai puțin hiperostozantă.

5. După naștere, într'o epocă în care serologia este insuficientă, radiografia descoperă leziuni latente.

6. Prin examenul radiografic s'a putut constata frecvența mult mai mare a sifilisului osos, sediul exact și tipul anatomic al leziunilor precum și extrema complexitate a sifilisului osteo-articular.

7. Radiografia, în caz de sifilis osteo-articular are o valoare tot așa de mare ca și o reacție Wassermann pozitivă.

8. Prin stabilirea precoce a diagnosticului sifilisului osteo articular, mai ales la noii născuți, se va putea stabili un tratament timpuriu și deci un prognostic favorabil.

9. Asupra cazurilor de sifilis osteo-articular depistate radiografic la Institutul de Radiologie, în timp de 15 ani, s'a găsit leziuni de sifilis ereditar în 35.5%, sifilis câștigat în 64.5%, dintre cari cu leziuni osoase 43,3%, iar cu leziuni articulare 23.2%.

10. Ca forme clinice cea mai deasă formă în sifilisul ereditar precoce a fost osteochondrita și apoi periostita; în sifilisul ereditar tardiv, periostita gomoasă urmând

apoi in ordine formele cu îngroșări periostale, apozițiuni periostale etc. In sifilisul câștigat localizarea cea mai frecventă a fost la gambe ; in sifilisul articular la genunchi.

Cluj, 25 Octomvrie.

Văzută și bună de imprimat :

Decan :
Prof. Dr. M. STURZA.

Președintele Tezei :
Prof. Dr. D. NEGRU.



BIBLIOGRAFIE

- B. Alexander*: Syphilis der fätalen Wirbelsäule 1912.
Augagneur A. M. Carte: Précis des maladies vénérienes.
- H. Assmann*: Röntgendiagnostik der innerem Erkrankungen 1921.
- Behrend*: Syphilis héréditaire. Annales de dermat. et syphiligraphie.
- Buteanu și Pocreanu*: Un caz de spondilită sifilitică cu caracter rizomelic. *Viața Medicală* 1929.
- E. Buzincu*: Contribuțiuni la studiul radiografic al leziunilor osoase în sifilisul congenital precoce. *Teză*, 1927.
- Balzer*: Maladies vénérienes.
- Darier, Sabouraud*: Nouvelle pratique dermatologique 1936.
- Fournier*: Syphilis héréditaire tardive.
- E. Fraenkel*: Die kongenitale Knochensyphilis.
- J. Gadrat*: Ostéites multiples et meningo-encéphalites. Les images radiographique de la syphilis osseuse. *Revue franc. de Dermat. et Vener.* 1932.
- Hațigeanu*: Sifilisul viscerat medical 1926.
- Heuser*: Soc. de radiologie med. française 1926.
- Hochsinger*: Kongenitale Syphilis, in *Handbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten*.
- Holzknacht und Kienböck*: Über Osteochondritis syphilitica im Röntgenbilde. *F. a. d. G. der Röntgenstr.* (1900—1901).
- Jeanselme*: Traité de la syphilis 1931.
- Jaugeas*: Précis de radiodiagnostic 1918.
- Kwazebart et B. Rosnowska*: Hérédo-syphilis précoce de os longs. *Revue franc. de Dermat. et Vener.*
- Köhler*: Das Röntgenverfahren in der Chirurgie 1911.
- Léri et Cottenot*: Radiodiagnostic de la syphilis tardive ou héréditaire. *Presse médicale* 1926.

Milian: Syphilis héréditaire.

Mouchet: Ostéite syphilitique des nouveau-nés, Presse médicale.

D. Negru: Radiodiagnosticul sifilisului osteo-articular. Clujul Medical. 1927.

M. Popescu: Sifilisul articular. Teză. 1925.

Parrot: Lésions osseuses de la syphilis héréditaire et rachitis tom. III.

Péhu et Policard: Les bases histologiques des images rad. ofertes par les os longs dans la syphilis congénitale de la première enfance. Journ. de Rad. et Électrol. 1929.

Reyher: Das Röntgenverfahren in den Kinderheilkunde 1912.

Springer: Le diagnostic de la syphilis héréditaire par la radiographie des cartilages de la conjugaison. Presse Médicale. 1926.

Wegener: Über hereditäre Knochensyphilis bei jungen Kindern. 1870.

Weil et Bourgeois: Quelques aspects cliniques de manifestations articulaires de la syphilis tartive. Presse médic. 1925.

Zaftur: Osteo-artropatiile sifilitice. Teză 1937.

