

SIFILISUL ENDEMIC

TEZĂ

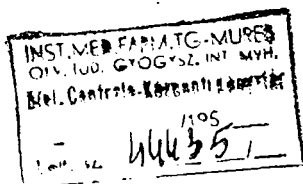
PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINA ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE DECEMBRIE 1938

DE

PRESSLER ALEXANDRU

24 MAY 2006



UNIVERSITATEA DIN CLUJ FACULTATEA DE MEDICINA

Decan: Domnul Prof. Dr. STURZA M.

Profesori:

Clinica stomatologică	Prof. Dr. ALEMAN I.
Bacteriologie	" " BARONI V.
Fiziologia umană	" " BENETATO GR.
Istoria medicinei	" " BOLOGA V.
Patologia generală și experimentală	" " BOTEZ A. M.
Clinica oto-rino-laringologică	" " BUZOIANU GH.
Istologia și embriologia umană	" " DRĂGOIU I.
Semiologia medicală	" " GOIA I.
Clinica ginecologică și obstetricală	" " GRIGORU C.
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 operatorie }	" POPOVICIU GH.
Clinica infantilă	" POPOVICIU GH.
Farmacologia și farmacognozia	Supl. " SECĂRȚIANU ȘT.
Chimia medicală	Prof. " STURZA M.
Balneologia	" " TĂTARU C.
Clinica dermato-venerică	" " TEPOSU E.
Clinica urologică	" " URECHIA C.
Clinica psihiatrică	" " VASILIU T.
Anatomia patologică	" " RĂCOVI A. E.
Biologia generală	" " RĂCOVI A. E.
Chimia	Agr. SECAPEANU T.
Fizica medicală	Conf. BĂRBULESCU N.

JURIUL DE PROMOTIE:

PREȘEDINTE: D-l. Prof. Dr. C. TĂTARU

MEMBRII: { " " " V. BOLOGA
" " " T. VASILIU
" " " D. NEGRU
" " " D. MICHAIL

SUPLEANT " Doc. GAVRILĂ

INTRODUCERE

Sifilisul endemic, cum voi încerca să arăt în această lucrare, este manifestarea clinică a unui sifilis extragenital precoce, care evoluând nestingherit de nici un tratament etiologic, fiind lăsat să evolueze liber prin indolența și lipsa de cultură a bolnavului, duce cu timpul la forme clinice puțin obișnuite. Favorizat de murdăria și promiscuitatea, la care constrânge mizeria acești bolnavi, boala trece repede de la individ la individ și dă forme mai grave decât sifilisul ordinar.

Cunoașterea acestei forme de manifestare a sifilisului prezintă interes din mai multe puncte de vedere. Dat fiind, că această formă survine numai acolo, unde condițiile social-higienice lasă foarte mult pe dorit, prezența endemiei sifilitice este un indiciu valoros pentru aprecierea stării social-higienice a unei țări. În al doilea rând cunoașterea formelor ce poate da sifilisul endemic are și o importanță practică. Într'adevăr, de multe ori se întâmplă, ca un medic să fie pus în fața unui caz de sifilis terțiar cu manifestațiuni multiple și grave la un individ tânăr, uneori de 16—17 ani. În aceste cazuri medicul puțin circumspect poate califica bolnavul drept sifilitic hereditar sau bolnav de sifilis malign, când în realitate cazul este un sifilis extragenital, acvirit în fragedă copilărie, care la vârsta tânără dă fenomene terțiare, adică e un caz de sifilis endemic.

Diferențierea este cu atât mai necesară cu cât știm că sifilisul ereditar, sifilisul malign precoce și sifilisul endemic nu au aceleași prognostic: într'adevăr cel mai bun prognostic îl are sifilisul endemic care reacționează cel mai bine dintre aceste cazuri la un tratament specific.

Pe de altă parte e bine să se recunoască cazul de sifilis endemic, căci acest caz recunoscut, trebuie să devină punctul de plecare al unei anchete medicale: cazul de sifilis endemic arătând totdeauna existența unui număr mai mare de infectați, descoperirea cărora fiind absolut necesară pentru a termina odată cu acest flagel.

* * *



I.

În legătură cu problema sifilisului endemic există o literatură extraordinar de vastă, începând cu descrierile și semnalările din veacul al XV-lea până la studiile cele mai moderne, științifice.

Este foarte greu însă a depista ce a fost într'adevăr sifilis din ceace s'a descris ca atare, căci autorii vechi neputând sau neștiind face diferențierea, au cuprins pe lângă sifilis și tuberculoza, lepra, tumori și, cei din țările calde și bolile tropicale asemănătoare, cum ar fi pianul sau framboezia.

Când sifilisul apăruse în Europa el se manifestă sub forma epidemică.

În 1495, cum relatează *Nicolo Scillacio*, Spania a fost contaminată recent de sifilis și boala făcea ravagii în Barcelona mai ales. Ei adaugă, că boala nu durează decât de un an și că sufereau mulți în urma ei. »Annum morbus non excedit...« »Hispanias nuper inuasit inocuas. Exhorruit ego primum cum Barchinonae exponeremur e navi, quae civitas Hispaniarum est florrentissima : in Incolas multos incidi, ea prehensos contage« Ex Barchinona 18 Junii 1495. (Citat după Ivan Bloch).

În acelaș an boala apare sub forma epidemică și la Napoli ca deaici să fie întinsă pe tot continentul în urma expediției lui Carol al VIII-lea regele Franței. Descrierea acestui fapt îl găsim la Sebastian Brandt care în cartea sa »De scorra pestilentiali sive mala de Frantzoz« din 1496 dă prima semnalare despre întinderea bolii și spre țara noastră.

Tot în 1496 boala apare sub forma epidemică și la Bayreuth și la Breslau.

Epidemie de sifilis este semnalată și din Cantonul Bern din Elveția, unde guvernul în anul 1570 ordonă închiderea băilor publice și izolează bolnavii de sifilis în lagăre speciale pentru a stăvili epidemia.

În anul 1577 boala își face apariția și la Brünn, unde este descrisă sub numele de »Morbus Brunogallicus«. Și aici apare sub formă epidemică, îmbolnăvind într'un interval scurt peste 80 de persoane în oraș, peste 150 în mahala și foarte mulți în împrejurimi.

În cursul veacului al XVIII-lea boala ia o alură mai sporadică, apropiindu-se de forma pe care o cunoaștem. Totuși și în acest veac, găsim semnalări de mici epidemii de sifilis la diferiți autori.

Astfel găsim descrieri de epidemii localizate la Anton Ewerhaers (1661), la Gregorius Horst (1628), care descrie o epidemie de sifilis cauzată de aplicarea de ventuze într'o baie publică și la începutul veacului al XVIII-lea la Eduard Barry care ne relatează o mică epidemie în 1735 din Scoția. Această epidemie a fost cauzată de o femeie din orașul Cork, care avea meșteșugul să sugă »laptele rău« adică colostrul femeilor lehuze. Această femeie, fiind infectată de una din lehuze, continuându-și meșteșugul, a infectat mai multe femei. Mamelonul lor a devenit roșu, inflammat, excoriat și din mamelon se scurgea un lichid purulent. În scurt timp apăruseră niște »pustule« roșii dispuse în arc în jurul mamelonului, întinzându-se apoi repede asupra sânelui. Genitalele, după un prurit foarte neplăcut, devin sediul unor mici șancre. Corpul apoi se acoperă de erupții venerice întinse. Leziunile acestea s'au succedat în ordinea descrisă timp de trei luni.

Nici femeile contaminate, nici femeia sursă de infecție, nu și-au dat seama de cauza adevărată a contagiunii, așa că aceasta a putut să se extindă în măsură foarte mare. Unele din femei, prin leziunile lor genitale își infectară bărbații; copiii s'au infectat și ei dela mamă și muriseră. Femeia care a fost originea epidemiei, avea un mic șancru deabea perceptibil pe buza inferioară și o plagă la rădăcina limbei. Femeile la care a supt laptele după vindecarea șancrului, au rămas indemne de infecțiune.

Către sfârșitul secolului al XVIII-lea sifilisul este introdus în câteva regiuni ale Europei și ale Americii, unde boala a fost necunoscută până atunci. Aici infecția a luat un caracter epidemic; prin evoluția sa brutală, acută și prin transmisiunea extragenitală, se apropie de epidemiile sus amintite ale »Franș«-ului din sec. al XV-lea și de pian.

Astfel Swediaur în »*Traité complet des maladies vénériennes*« descrie o specie de boală venerică necunoscută până atunci și pe care el o numește »*mal de la baie de St. Paul*«. Boala a apărut în Canada în jurul anului 1780 și în câțiva ani s'a răspândit în măsură considerabilă. Odată intrată boala într'o familie, trecea aproape totdeauna la toți membrii, transmițându-se prin alimente și tacâmuri. Boala dădea leziuni mari, mutilante, bolnavul pierzându-și nasul, urechea, partea moale a palatului, etc. În anul 1785 peste 5800 persoane au fost atinse de boală neîntrând în această cifră decât cei declarați ca bolnavi.

Swediaur dă o descriere plastică a bolii. »Ea se anunță« scrie el — »dela invadarea organismului, prin pustule mici pe buze, limbă, în interiorul gurei și mai rar la părțile genitale. Aceste pustule sunt de natură corosivă și erodantă și s'au văzut copii, cărora acestea au distrus aproape întreaga limbă. Ele se asemănă la început cu mici afte, umplute cu un lichid alburiu, puriform. Acest lichid are o virulență atât de mare, încât infectează cei ce mănâncă cu lingura bolnavului, beau din paharul său, sau fumează din luleaua sa. S'au observat chiar cazuri când boala s'a transmis prin lăncetă și vestimente. În perioada mai avansată se prezintă leziuni osoase ale nasului, palatului, craniului, pubisului, brațelor și mâinilor. Boala progresând, dă leziuni pulmonare, sensoriale cu pierderea auzului, odoratului; apetitul diminuează și bolnavul ajunge repede la extenuare și moarte«.

Este important de relevat aici că leziunile genitale au fost excepționale și că *boala se transmite prin contact extragenital*.

Prima adevărată endemie sifilitică în Europa a fost descrisă de chirurgul *James Hill* din Dumfries din Scoția, sub numele de »*Sibbens*« sau »*Siwin*«. Boala avea aceleași caractere ca și boala relatată în Canada de Swediaur: *contaminare prin cale extragenitală, răspândirea în sânul aceleiași familii, destrucțiuni osoase pronunțate*. Plus de asta, forma scoțiană mai prezenta leziuni proliferative asemănătoare cu cele date de pian, adică leziuni cutanate ce se aseamănă cu o smeură, care în limba celtică se chiamă *Siwin* sau *Sibben* de unde numele bolii.

Swediaur vorbind despre *Sibbens* spune între altele,

că Sibbensul era mai răspândit în provinciile Airshire și Galloway și că lovește mai mult oamenii săraci și copiii lor. Se pare că Sibbensul a fost adus în Scoția mai ales de armatele lui Cromwells. Răspândirea sa se datorește ospitalității excesive a populației, care primea în propriul său pat pe primul venit, împărțindu-și masa etc. La aceasta se mai adaugă și condițiile de viață ale populației sărace, care trăia nerespectând nici cele mai elementare noțiuni de igienă.

În acelaș timp se semnalează o endemie sifilitică în Norvegia sub numele de „*Radesyge*“, în Danemarca »*morbus Dithmarsicus*« și »*Syphiloid*«-ul din Jutlanda,

Cu câțiva ani mai târziu, atenția lumii științifice este atrasă de o boală, care bântuia în Bosnia și pe coastele Dalmației, boală ce purta numele de *scherlievo*. Prin gravitatea simptomelor sale și prin rapiditatea cu care trecea dela individ la individ, în scurt timp a devenit spaima întregii populații din aceste regiuni. Medicul Cambieri care a studiat boala la fața locului, a fost frapat de asemănarea ce exista între manifestațiunile acestei boli și Sibbensul scoțian și boala canadiană.

Leziunile erau aceleași ca și cele descrise la „*Mal de baie de St. Paul*“ și la Sibbens. *Calea de infecție* și aici era cea *extragenitală* prin intermediul ustensilelor și veselei comune. Aici, ca și la bolile susmenționate, boala era mai întinsă la populația mai săracă, constrânsă prin condițiile de viață să trăiască într'o mizerie și promiscuitate foarte favorabilă răspândirii bolii. Pentru a ilustra cât de răspândită era boala aici: în anul 1800 numărul bolnavilor declarați ca atare se cifra la 4000 în acelaș timp când populația totală conta vre-o 12—15000 de suflete!

Aceste observații ale lui *Cambieri* au fost confirmate apoi pe *Massich, Hendler, Franck, Bagueries* și alții.

Importatorii sifilisului în aceste părți ar fi fost Turcii cari în primă jumătate a secolului XIX, au traversat aceste țări în repetate rânduri în urma deselor războaie. După alții acest „*sifilis bosneac*“ ar data încă din veacul al XVIII-lea.

Pe lângă aceste aparițiuni mai mari cunoscute ale sifilisului s'au semnalat încă o mulțime de endemii sifilitice mai mult cu caracter local, Se vorbește de un sifilis endemic în Arabia, pe malul nordic al Africei și la câteva triburi din regiunile tropicale.

De o importanță mai mare sunt cazurile de sifilis endemic din diferitele părți ale Rusiei din cauza că acestea au fost studiate amănunțit și cu mijloace moderne de investigație chiar în ultimii ani.

Înainte de toate sunt interesante cazurile de sifilis endemic la populația stepelor din partea de sud a Siberiei, regiunea situată la granița Mongoliei, locuită de Buriții. Aici unele triburi prezentau 60 chiar 80% de bolnavi.

În anul 1928 o comisie mixtă germano-rusă studiază sifilisul în aceste regiuni, Formele de sifilis, cari s'au găsit aici erau caracterizate prin alterațiuni ale tegumentelor. Formele tuberoase și tubero-serpiginoase erau extraordinar de frecvente. Se puteau vedea des distrucțiuni osoase, pierdere extinsă de țesut, cum ar fi de exemplu pierderea nasului, etc. Ceea ce era interesant, era faptul că indivizi tineri de 15—16 ani prezentau leziuni ce la noi sunt cu totul desobișnuite: leziuni articulare, cu tumefacția și burjonarea capsulei și cu luxații, deci alterații atât de grave, încât individul nu putea merge, decât târându-se.

Și aici, ca și la celelalte endemii sifilitice s'a dovedit, că *infecțiunea se face extragenital*, în copilărie sau chiar *în epoca de copil de sân*. Infecția este favorizată de felul de viață pe care o duc acești nomazi, cari ignorează complet orice noțiune de igienă. În plus lipsa oricărei intervenții terapeutice dă curs liber dezvoltării sifilisului, așa că nu avem de ce ne mira dacă acești indivizi prezintă leziunile cele mai bizare.

* * *

Aproape toți autorii cari s'au ocupat cu sifilisul endemic afirmă că *șancrul primar* sau cicatricea șancrului primar ar exista numai în cazurile cele mai excepționale. Acest fapt nu s'ar datora în fond lipsei șancrului, ci fap-

tului că populația prin indolența ei în perioada primară nu se prezintă decât excepțional la consultație. În al doilea rând, precum am văzut, infecția se produce cel mai des pe cale extra-genitală și anume de cele mai multe ori prin cale bucală, ori nu este nimic mai greu, decât a găsi cicatricea șancrului primar pe mucoasa bucală, Faptul că în cazurile de sifilis endemic e aproape regulă, ca ganglionii limfatici ai gâtului să fie tumefiați într'o măsură mai pronunțată decât în celelalte regiuni, pare a dovedi deasemenea că poarta de intrare este cea bucală.

Indolența populației și dificultatea ce rezultă din culoarea diferitelor rase explică deasemenea și faptul, de ce nu se observă în cazurile de sifilis endemic și *ernpțiunea secundară precoce*. Poate tot din acest motiv nu se vede nici *leucodermul sifilitic*, decât foarte rar. În schimb leziunile *papuloase*, *papulo-circinate* și *papulo-ulceroase* se observă foarte des, Se cunosc și leziunile impetiginoase, pustuloase și chiar hemoragice. (Acestea din urmă au fost semnalate în Rusia în timpul foametei din 1921—1922).

Leziunile *perioadei de trecere* între faza secundară și terțiară se prezintă mai ales pe piele. Sunt leziuni grave, profunde și distructive, lăsând în urma lor cicatrice deformante. Pe mucoase găsim des leziuni. Ele sunt constituite din plăci mucoase ale gurii, vulvei și anusului.

De multe ori găsim și leziuni cu proliferațiune muriformă care mai ales dacă suntem în mediu tropical sau subtropical putem ușor confunda cu pianul sau framboezia.

Ceeace caracterizează însă sifilisul endemic este *perioada terțiară*, care aici se instalează foarte timpuriu. Sifilidele sunt îndeosebi frecvente pe piele, unde mai des se prezintă forme tuberoase și tubero-ulcero-serpiginoase, cari dau apoi cicatrice extinse, vizibile, lipsite de pigment și înconjurate de o zonă hiperpigmentară. Gomele subcutanate sunt și ele frecvente, dând cicatrice retractile, cari, dacă sunt situate în apropierea articulațiilor, pot jena și câteodată chiar abolii funcțiunea acestora. Pe față gomele se localizează des și dau pierderi mari de substanță cu distrucțiunea nasului, pleoapelor, pavilionului urechii, buzelor etc.

Leziunea se prezintă și în cavitatea nazo-buco-faringiană.

Sistemul osos și articulațiunile cad și ele ușor victimă. Afecțiunea lor se prezintă sub formă de dureri osteo-cope sau chiar sub formă de pseudoreumatism sifilitic.

Laringele este de multe ori lezat. Afecțiunea se prezintă sub forma unei laringite sifilitice, care apoi lasă o alterațiune definitivă a vocii, care devine răgușită. Afecțiunea laringiană a fost observată cu o frecvență deosebită la endemia sifilitică din Grecia, cunoscută sub numele de *spirocolon*.

Un fapt ce a fost relevat de mai mulți autori și care azi este încă discutat, este că sifilisul endemie ar da leziuni viscerale și nervoase mult mai rar decât sifilisul ordinar.

Astfel *Hödlmoser* în statistica sa din anii 1898—1900 din 7200 cazuri ar fi găsit numai 9 cazuri de tabes. *Lacépère* arată raritatea cazurilor de sifilis visceral și nervos între Arabii din Africa. *Jeanselme* deși a constatat prezența sifilisului foarte frecvent la indigenii din Indochina, afirmă că nu a găsit nici un caz de sifilis nervos. Deosebirea s'ar datora hipotensiunii ce predomină la unele popoare necivilizate. *Marie* și *Levaditi* explică acest fapt prin dualitatea virusului. Obiecții numeroase s'au ridicat față de acest fel de a vedea: *Jeanselme*, *Roasenda* și alții au văzut cazuri când un european infectat de o indigenă a făcut formă nervoasă. Cauza probabilă a rarității sifilisului nervos la indigeni ne dă frecvența extraordinară a malariei în aceste regiuni care influențează în mod simțitor mersul sifilisului.

* * *

O a doua expediție științifică a unei comisiuni germano-ruse a fost condusă de *Jessner*, *Rossiansky* și *Beringer* în regiunea Buriatilor. Rezultatele acestei comisiuni arată că sifilisul latent în caz de sifilis endemic este tot așa de răspândit ca și în Europa. După cercetările lui *Beringer* în 400 de puncții lombare au fost 33 pozitive, deci cu metasifilis și 5 au fost găsiți suspecti de paralizie generală. *Patzig* a examinat 422 de cazuri din punct de vedere radiologic și a găsit că aortita sifilitică este și aici tot așa de frecventă ca și în țările europene. De aici re-

zultă, că *afirmațiunea, după care în sifilisul endemic ar exista o tendință mai mică spre forme nervoase și viscerale este falsă.*

S'a afirmat, că sifilisul endemic ar juca un rol mai mic în determinarea avortului spontan și a nașterilor precoce ca sifilisul obișnuit; deasemenea ar determina mai rar sifilis congenital. Explicația aici este dată de faptul că sifilisul endemic se prezintă în fragedă copilărie, deci când individul ajunge în epoca maturității sexuale el este de acum într'un stadiu tardiv, deci mai puține sunt șansele pentru a-l transmite la urmași.

Intr'adevăr cei mai mulți autori arată că infecția datează din prima copilărie. Așa afirmă Lesser, L. Glück, și A. Glück, Dühring-Pasa și alții.

LepulkaIn și Aubrech (citați de Grön) în 1878 de cazuri au găsit 40% bolnavi sub 15 ani, deci infecția extragenitală este evidentă. Autorii ruși confirmă această vedere. Astfel după Beloussov 88%, după Chischin 81%, după Generopitowzeff 83,4% din bolnavi au suferit infecția extragenitală.

Acest sifilis, evoluând nestingherit de nici un tratament, face să apară leziunile grave terțiare într'o epocă precoce, neobișnuită.

În consecință, *sifilisul endemic nu are nici o particularitate biologică.* Glück spune că sifilisul așa zis endemic nu se deosebește în esență de sifilisul ordinar. Clinic se deosebește puțin și numai atunci se pot observa proprietățile sale când avem posibilitatea de a vedea un număr mare de bolnavi. *Diferența între sifilisul endemic și cel ordinar este numai cantitativă, tabloul clinic fiind dominat de leziunile extinse grave terțiare.*

Epidemiile grave de sifilis din cursul istoriei se explică pe de o parte prin lipsa noțiunilor elementare de igienă, prin lipsa unui tratament etiologic și prin faptul, că sifilisului acesta i se mai adaugase deseori și sifilisul malign mult mai des atunci decât în zilele noastre. Acest lucru se înțelege atunci când ne gândim că purtătorii sifilisului în aceste epoci istorice au fost trupele de mercenari și șleahta care îi urma. Condițiunile vieții destrăbălate și fără nici un frâu ce duceau acești oameni, precum și rolul

important pe care îl avea alcoolul, explică destul de bine formele grave de evoluție a bolii.

Dacă mai adaugăm la toate acestea și folosirea nerațională a mercurului în tratament, ne putem explica perfect frecvența formelor grave, ulceroase și repetatele accidente mortale la care ducea sifilisul în acea epocă.

Formele de sifilis endemic studiate în zilele noastre se explică prin infecțiunea extragenitală precoce, prin lipsa de tratament datorită ignoranței și indolenței populației atinse. Intinderea considerabilă pe care pot lua aceste endemii, se explică prin aceleași fapte. Gravitatea leziunilor se datorește lipsei de tratament și faptului, că leziunile se prezintă pe un organism în creștere care turburată fiind, va cauza alterațiuni cu mult mai pronunțate decât procesul ce lovește organismul deja matur.



II.

Primă semnalare despre apariția sifilisului în regiunile noastre o găsim la *Sebastian Brandt*, care spune în opera sa citată la început, că sifilisul după ce a făcut ravagii în Italia, a trecut dincolo de Alpi și s'a întins la germani, la locuitorii de lângă Dunăre, la Traci și la Boemi: »Hic Latium atque Italos invasit, ab Alpibus extra Serpens, Germanos, Istrocolasque premit... Grassatur mediis iam Thracibus atque Bohemis«. Prima dovadă despre apariția boalei în Ardeal o avem într'o scrisoare a lui Krauss (citată de V. Bologna în Rev. Științ. Med. 1925 p. 899). Urmările nefaste ale boalei apar cu adevărata lor tărie deabia în veacul al XVIII-lea. Intre 1752 și 1769 pentru a feri armata vieneză de contagiune, împărăteasa Maria Tereza ordonă evacuarea Vienei de prostituate și de sifilitici. Aceștia sosesc cu celebrele »*Wasserschuburi*« în regiunea Timișoarei; venirea lor însemnă izbucnirea unei adevărate epidemii de sifilis. După un timp scurt, boala se răspândește într'o măsură foarte mare în județul Arad, Timiș-Torontal, Bistrița-Năsăud, Maramureș și Caraș-Severin. Boală era în special răspândită la pătura cea mai săracă a populației: iobăgiimea românească.

Autoritățile se văd silită să ia măsuri împotriva flagelului. Pentru luminarea populației în anul 1803 se tipărește prima carte românească despre sifilis în Ardeal: »*Invățătură pe scurt a vindeca boala sfranțului*«, în Sibiu. În 1808 se ordonă examinarea silită a bolnavilor, în același timp la Zlatna unde boala a luat dimensiuni considerabile se clădește un spital special. În 1844 găsim în Mociu deasemenea un spital destinat sifiliticilor, apoi scurt timp după aceea și la Huedin. Sifilisul se răspândește în așa fel că medicul șef din Zlatna în anul 1886 raportează, că întregi comune au fost infectate cu sifilis, în așa măsură încât ni-

mic nu li se mai poate ajuta. Mai târziu autoritățile, pentru a face față boalei ce se răspândea tot mai mult, întemeiază spitale și la Sibiu, Comorăște, Făget, Lugoș, etc.

Revoluția din 1848—49 face ca boala să se răspândească și mai mult. În urma înmulțirii cazurilor, autoritățile din Cluj sunt nevoite, să ia și ele măsuri speciale.

În vechiul regat boala probabil a apărut scurt timp după apariția boalei în Ardeal, având în vedere comunicația vie ce exista între aceste ținuturi. Primul document scris despre lățirea epidemică a boalei în vechiul regat îl găsim într'un document emanând dela »*Agia Politiei Bukurești*« din 12 Februarie 1832 în care se aduce oficial la cunoștința »*Cinstiului Dohtoricesc Komitet*« următoarele:

»*Fiindcă după știința ce au luat Agia, că aici în Politie sau întins patima lumească așa încât ka o epidemie este... mai nici o kasă nu poate să fie neajunsă de această boală, din kare pricină multă vătămare se aduce la sănătatea lumească.*« (Citat după Petrescu).

În consecință Marele Doctor *Istiotis*, convoacă Comisia la Comitetul carantinelor »*pentru punere la kale a întokmirii spitalului păkătoaselor aflătoare în Poltia Bukurești.*« Se deschide în consecință un spital vremelnic la Mănăstirea Mărcuța.

»*Relatia, ce a dat Adunării obicinuite obștești Dlui Mare Vornic din Lăuntru Mihail Ghica*« pomenește (în Buletinul Oficial din 23 August 1836) de o epidemie de sifilis ce ar fi bătuit în județele *Argeș, Olt, Gorj, Teleorman și Vlașca*. G. Z. Petrescu neagă că ar fi fost de fapt epidemie și susține că era vorba doar de câteva cazuri descoperite în capitalele de județ, mai ales printre militari.

Se mai găsesc din această epocă scrisori de ale boerilor, în cari se plâng de întinderea mare a sifilisului în satele lor. Caracteristică este o scrisoare a boerului Nicolae Băleanu din data de 4 Noemvrie 1844 (citată după G. Z. Petrescu).

»*Fiindcă la moșia mea din Dragomirești din județul Dâmbovița... din locuitorii de acolo o mare parte se află pătîmind de boale venerice... rău este întins cu mare sporire și cere trebuință a se lua măsurile cele mai grabnice.*«

Întinderea bolii este așa de mare că »*Departamentul trebilor dinnăuntru*« înființează în »toate orașele de că-

petenie« case speciale „ka să stirpească din tot koprin-sul Prințipatului boala lumească kare aduce lăkuitorilor vătămări însemnătoare“.

Un medic (Navara) în raportul său din 6 Iunie 1847 spune că locuitorii din județul întreg „alerg la dohtoriceskul ajutor“ și că „boala, de ce merge mai rău se întemeiază informându-se la unii ku durere prin oase, umflături de oase, bube în cerul gurii, în gât, prin murele gâtului și alte părți, răni venerice kondilomate și alte multe.“ (După Petrescu).

În Moldova boala a luat o dezvoltare epidemică în urma invaziei armatei rusești. Petrescu Z. P. spune: „Dela 1831 încoace este indubitabil că mersul (boalei) în țară a luat niște aliori pe care nu le avusese până atunci și cari le-au dat înfățișarea de epidemie“.

Cu cât ne apropiem de epoca noastră cu atât studiile asupra frecvenței, răspândirii și formelor sifilisului devin mai clare și mai precise.

Astfel la începutul acestui veac Petrescu G. Z. rezumă în cartea sa „Istoria sifilisului în România. Sifilisul la țară“, rezultatele unei anchete privitoare la sifilis (1909).

În această carte putem găsi date foarte interesante în ceea ce privește sifilisul endemic. Astfel în județul Suceava, regiunea cea mai bântuită de sifilis, găsim 889 bolnavi din 42 comune rurale.

Condițiunile cari au favorizat dezvoltarea sifilisului în așa grad sunt date de situația geografică, economică și socială a acestor sate. Localitățile odată infectate, fiind izolate, au oferit un teren prielnic pentru dezvoltarea sifilisului. Agenții purtători ai infecției erau muncitorii dela întreprinderile industriale din valea Bistriței și plutașii cari coboreau pe Bistrița dela Dorna-Vatra. Infecția trecea dela acești indivizi la familiile lor iar de aici la vecini sau chiar în comunele învecinate. Propagarea și persistența infecției se datora, ca și la celelalte cazuri de sifilis endemic, lipse de igienă și de cultură pe de o parte, pe de altă parte condițiilor de mizerie și promiscuitate în care trăiau acești oameni. Infecția nefind stingherită de nici o intervenție terapeutică, progresa repede și „deși s'au înregistrat mai multe cazuri cu manifestațiuni secundare cu infecția

relativ recentă, totuși — spune Petrescu — „*terțiarismul este foarte răspândit mai cu seamă în comunele dela munte unde se văd infecțiuni foarte vechi rămase cu totul netratate*“.

Un mare număr din bolnavi este dat de copii, cari după cum afirmă și Petrescu — au fost infectați pe cale extra-genitală. In comunele *Mălin, Găinești, Tătăruși*, Petrescu a găsit familii întregi sifilizate.

Parasifilisul se găsește rar.

„*In starea aceasta destul de amenințătoare*“ spune Petrescu — „*în care se află județul, în privința sifilisului, nu este totuși mare tendință la extensiune, afară de locuri unde populația este în mizerie și trăiește în murdărie și promiscuitate, cum este în Florești, în Bogdănești și în Tătăruși*“.

Deasemenea în restul țării Petrescu găsește regiuni cu situații asemănătoare. Despre județul Tecuci de ex. spune că „*sifilisul extragenital este foarte frecvent, datorit obiceiului de a mânca și a bea din vase comune*. Astfel sunt infectate numeroase familii întregi, mai ales între țiganii din comuna Corbașca...“

După războiu situația a devenit și mai gravă. Mișcarea populației cauzată de războiu, multiplele cauze care au făcut șansele de infecție mult mai mari ca înainte, fac ca sifilisul să se înmulțească enorm, în loc să scadă.

Astfel Dr. Banu în cartea sa „*Sănătatea Poporului Român*“ (București 1935) spune, că »sifilisul s'a răspândit foarte mult în urma războiului. In județul Bacău înainte de războiu au fost 2438 de cazuri cunoscute de sifilis, după războiu 7767. In județul Neamț dela 6124 se ridică la 10.982, iar în Roman dela 3799 la 5824.«

Un indiciu asupra răspândirii sifilisului la țară ni-l dă cercetarea întreprinsă în 1931 în plasa sanitară Tomești, din județul Iași. In anul 1927 au fost găsiți 809,7 sifilitici la 100.000 de locuitori. In 1928 proporția a fost de 1004,2, în anii următori iar crește foarte mult, fiind în 1929 1651,5, în 1930, 2061,4 și în 1931, 2718,2 la 100.000 locuitori.

Creșterea aceasta denotă pe de o parte răspândirea sifilisului în mediul nostru rural, pe de altă parte însă e și datorită intensificării campaniei antisifilitice și perfecționării mijloacelor puse în lucru pentru descoperirea maladiei.

Alte cercetări au fost întreprinse de Dr. Dominic Stanca în Ardeal cu un grup de cercetători: cercetările lor au dus la stabilirea faptului că *într'o multime de sale proportia bolnavilor sifilitici trece de 25% din populatia totală (!)*. Astfel în comuna Răcătău (județul Cojocna) Pre-luca Nouă (jud. Solnoc Dobâca). În satul Adalini din județul Cojocna proporția de sifilitici era de 23,3% din populația totală, în satul Aradu (jud. Turda) 16,8%, iar în Friș (Bistrița-Năsăud) 18,4%.

* *

Căutând cazuri de sifilis endemic printre bolnavii Clinicei Dermato-Venerice din Cluj, am găsit 2 cazuri de sifilis familiar cari având în vedere modul de contagiune, numărul neobișnuit de mare a membrilor de familie atinși de boală și extensiunea leziunilor prezentate, se pot considera drept cazuri de sifilis endemic.

În 14 II. 1929 se prezintă la Clinică B. M., o femeie de 52 ani, căsătorită, casnică, căreia i se pune diagnosticul de: *Sifilis secundar*, cu exantem macro-maculo-papulosquamos pe corp, papule seborroice pe față și pielea păroasă a capului, papule circinate pe gât, papule madidante pe genitale, plăci mucoase pe ambele amigdale. Scleradenita generalizată, cu predominența ganglionilor limfatici submaxilari și cervicali, cari ajung la mărimea unui bob de strugure, face să ne gândim la o poartă de intrare amigdaliană. La ancheta ce se face pentru a depista sursa de infecție, se găsesc următoarele: femeia are doi nepoți, cari suferă de leziuni ale cavității bucale. Unul dintre nepoți a fost cu un an înainte în tratamentul Clinicei. Foaia de observație a acestui copil arată diagnoza de: *Sifilis secundar* cu un exantem papulos, din care multe papule arătau un caracter circinat. Modalitatea de infecție nu a putut fi pusă în evidență. Mama copilului (deci fiica bolnavei B. M.) era indemnă de orice leziune sifilitică și sero-

reacția încercată s'a dovedit negativă, Acest copil părăsise clinica după 3 injecții de Miosalvarsan, cu promisiunea părinților de a continua tratamentul mai departe, ceea ce însă nu s'a întâmplat. E foarte posibil, ca bolnava B. M. bunica acestui copil, precum și ceilalți membrii ai familiei s'au infectat dela acest copil. S'a făcut atunci o anchetă, la care s'au prezentat 4 fete, 1 băiat, 2 gineri, o noră și 6 nepoți ai bolnavei B. M. Deci total 15 membrii ai unei familii, ce se întâlneau des. Cercetările clinice și serologice au dat următoarele rezultate:

1. Bunica al cărei tablou clinic l-am descris mai înainte.

2. Fata P. A. de 27 ani, căsătorită, mama copilului obs. 3 arată pe lângă o scleradenită universală, lângă mamelele drepte, două papule roșii-brune, infiltrate, ce ne fac să ne gândim la leziuni sifilitice. R. W. slab pozitiv. S. G. și M. B. R. intens pozitiv. Papulele după 3 injecții de Neo. au dispărut pledând prin acesta pentru natura lor sifilitică.

3. Copilul P. M. de $1\frac{1}{2}$ an, nepotul bolnavei B. M. care cu un an înainte a mai stat sub tratamentul Clinicii cu leziuni papuloase, cu dispoziție circinată, prezintă acum pe ambele mâini la nivelul articulației radio-carpene, leziuni papuloase ragadiforme, acoperite cu cruste și cu o infiltrație profundă la bază și leziuni papuloase pe antebrățe, cari leziuni prin vindecarea centrală prezintă și acum o formă circinată. La aceste leziuni se mai adaugă papule madidante pe ambele buze și pe limbă și o scleradenită universală.

4. Fata C. M. de 27 ani, căsătorită, gravidă în luna a 7-a, mama copiilor observ. 6—7—8. Această femeie e liberă de manifestațiuni floride, prezintă însă o mărire considerabilă a ganglionilor limfatici cari sunt duri, nedureroși și reacțiile serologice ulterioare s'au dovedit intens pozitive.

5. Ginerile C. E. prezintă acelaș tablou ca și soția sa C. M. obs. Nr. 4.

6. Fiul lor C. J. de $1\frac{1}{2}$ an, cu starea următoare: E un copil slab dezvoltat, debil, încă nu poate umbla și nu știe vorbi. Ambele buze, în special cea inferioară sunt tumefiate, mai consistente decât normal. Din nasul în formă de șea se scurge o secreție ușor purulentă. Pielea la acest nivel este eritematoasă și prezintă ragade și fisuri acoperite cu cruste galben-brune. Pe mucoasa gurii, limbei și pe

amigdale se observă plăci mucoase. Ganglionii nu sunt palpabili. Dentiția, urechea medie și ochii nu prezintă leziuni evidente.

7. Fratele copilului de mai sus. E de 3½ ani. Prezintă scleradenită universală și reacțiunile serologice intens pozitive.

8. Fratele copiilor de mai sus. Are 7 ani, scleradenită universală, reacțiile serologice intens pozitive,

9. B. N. fata primei noastre observațiuni, mătușa copiilor de mai sus, 17 ani, necăsătorită. Prezintă pe corp sifilide papulo-squamoase circinate, papule seborroice circinate pe pielea păroasă a capului, papule madidante în unghiurile gurii și pe genitale, plăci mucoase și scleradenită universală cu prevalența ganglionilor submaxilari din stânga foarte tumefiați și duri.

10. Fața B. D. de 15 ani. Scleradenită universală cu mărirea pronunțată a ganglionilor submaxilari și cu seroreacția intens pozitivă.

11. B. J. fiul observației Nr. 1 este liber de orice manifestare sifilitivă, seroreacție negativă.

12. B. I. nevasta celui mai sus: Idem.

13—14. Doi copii ai lor: Idem.

15. P. T. Ginere, bărbatul observației 2: Idem.

Este vorba deci de o infecțiune care interesează 10 persoane dintr'o familie cu 15 membrii, din care 5 suferă de simptome manifeste, iar la alți 5 seroreacția este pozitivă. Căutând după sursa de infecție și modul de infecție, după o anchetă anevoioasă, (fiind vorba de oameni cari tăgăduiau totul) s'a putut reconstrui următoarele: bărbatul C. J. ginerele femeii B. M. cazul Nr. 5, lucrând într'o comună vecină, a acvirit un sifilis cu manifestațiuni amigdaliene. Intorcându-se acasă și-a infectat nevasta și doi copii (observ. 4, 7 și 8), cari însă nu și-au dat seama de infecție. Femeia rămâne gravidă și naște copilul observ. 6, cu manifestațiuni de sifilis ereditar. În acelaș timp naște și femeia observ. 2 un copil. Copiii, cum se obișnuște des în sate, au fost alăptați de ambele mame, așa că astfel se infectează de sifilis și copilul observ. 3 și mama sa, observ. 2. Bunica și cele două mătușe s'au infectat dela copii îngrijindu-i. Poarta de intrare cum se poate deduce din predominența tumefacției ganglionilor submaxilari, a fost mucoasa bucală.

Faptul că bărbatul P. T. tatăl copilului observ. 3 a rămas indemn de infecție, este un fapt curios și pare ne-
verosimil. Se explică totuși prin faptul că el în ultimul
timp a lucrat altundeva și se găsea acasă foarte rar. Pen-
tru siguranță a fost chemat la control în repetate rânduri.

Căutând după material asemănător, am găsit între
cazurile clinice încă un caz de sifilis familiar asemănător,
care de astădată interesa toți 5 membrii ai unei familii.

1. Tatăl S. V. muncitor în vârstă de 35 ani. Dg. Si-
filis II. Prezintă papule hipertrofice genitale și perianale.
Sifilide seborroice și framboeziforme pe față și pe cap.
Plăci mucoase.

2. Mama S. A. Dg. sifilis secundar, Exantem maculo-
pulos, plăci mucoase.

3. Copilul S. I. de 3 ani. Dg. sifilis secundar. Exan-
tem papulo-pustulos pe corp și sifilide impetiginoase și se-
borroice pe față. Plăci mucoase.

4. Copilul S. M. de 5 ani. Diagnostic sifilis secundar.
Papule impetiginoase și seborroice pe față, condilome late,
plăci mucoase.

5. Copilul S. T. de 5 luni. Diagnostic sifilis secundar.
Sifilide seborroice și papulo-pustuloase pe corp și pe față.
Toți 5 prezintă scleradenită universală, în special sunt
măriți ganglionii submaxilari. Seroreacție intens pozitivă
la toți.

În acest caz izvorul de infecție a rămas necunoscut.
După spusele părinților s'a imbolnăvit prima dată copilul
de 5 ani, care cu 6—8 săptămâni înainte a avut o leziune
localizată pe buza superioară. Dela acest copil s'ar fi in-
fectat apoi toți, și anume, având cu poarta de intrare mu-
coasa gurii, ceea ce pare a fi dovedit prin mărirea pronun-
țată a ganglionilor submaxilari.

* * *

Este interesant a releva la aceste cazuri faptul (obiș-
nuit la sifilisul endemic) că afectul primar lipsește sau mai
bine zis a rămas neobservat. Probabil că infecția și aici
ca și în celelalte cazuri de sifilis endemic, a pătruns în
organism prin mucoasa bucală. Pentru acest fapt pledează

tumefacția mai pronunțată a ganglionilor limfatici din regiunea submaxilară.

Trebue să mai relevăm în aceste cazuri încă un lucru interesant : faptul că la o familie predomină forma circinată a leziunilor, iar la cealaltă formă pustulo-impetiginosă. Faptul că membrii unei aceleași familii reacționează în mod identic față de virus, nu poate fi privit ca o simplă întâmplare, ci mai mult ca reacția unui teren de infecție identic (prin alimentația, felul de viață, caractere ereditare etc. comune) față de un virus sifilitic originar din acelaș izvor de infecție.



CONCLUZIUNI

1. Prin *sifilis endemic* se înțelege apariția infecțiunii sifilitice la un grup mai mare sau mai mic de indivizi, infecția propagându-se mai ales pe cale extra-genitală și ducând repede la leziuni sifilitice grave ce în mod obișnuit nu apar, sau apar foarte târziu.

2. Nu există diferență calitativă între *sifilisul endemic* și cel obișnuit. Aceste două forme diferă mai mult prin numărul decât prin felul leziunilor.

3. Leziunile grave terfiere ce se observă la indivizi tineri se datoresc faptului că infecția este luată pe cale extra-genitală în fragedă copilărie și se dezvoltă nestin-gherită de nici un tratament. În plus aceste leziuni lovesc un organism în creștere, deci tulburările sunt cu atât mai evidente.

4. Propagarea și dezvoltarea infecțiunii este favorizată de ignoranța și indolența populației la care se adaugă și mizeria ce îi constrânge să trăiască în promiscuitate și lipsiți de condițiunile elementare de igienă.

5. Cercetările recente precum și cazurile raportate aici, par a dovedi că această manifestare a *sifilisului* continuă să existe și azi în România.

Văzută și bună de imprimat.

Cluj, la

Decanul Facultății:
ss. M. STURZA.

Președintele tezei:
C. TĂTARU

BIBLIOGRAFIE

- ALDO : *La sifilide nella Cirenaica. Giorn. ital. d. malatt. vener. e. d. pelle.*
- ARZT—ZIELER : *Haut u. Geschlechtskrankheiten B. IV.*
- BANU : *Sănătatea poporului român. Buc., 1935.*
- BOLOGA : *Contribuțiuni la istoria sifilisului în Ardeal. Rev. Științ. Medicale. 9 Sept. 1925.*
- BOLOGA : *Din istoria sifilisului. Cluj.*
- DEMKO KALMAN : *A magyar orvosok rend története. Budapest, 1894.*
- EHLERS EDUARD : *Le Syphiloïde de Jutland. Paris. Masson edit. 1923.*
- FLOR, STANCA și KAMINSCHI : *Exposé général de l'état sanitaire de la Roumanie.*
- GYÖRY TIBOR : *Der Morbus Brunogallicus, ein Beitrag zur Geschichte der Syphilis-Endemien.*
- GYÖRY TIBOR : *Magyarország orvosok bibliográfiája. Budapest, 1900.*
- GRÖN KRISTIAN in : *Handbuch der Haut u. Geschlechtskrankheiten, (Jadassohn). Vol. XVII. 3.*
- JEANSELME : *La syphilis dans la péninsule indochinoise (Ann. de dermat. et de syph. Octobre 1901).*
- JEANSELME : *Cours de Dermatologie exotique. Masson 1904.*
- JEANSELME : *La syphilis, son aspect pathologique et social, Paris, Gauthiers—Vollars, edit. 1925.*
- JEANSELME et Mme Chatelain : *Une épidémie de syphilis familiale. Bull. de la Soc. medic. des Hop. de Paris. 6 Juillet 1917.*
- LACAPÈRE : *La syphilis arabe. Paris Doin.*
- NEKAM LAJOS : *A magyar bõrgyógyászat emlékeibõl. Budapest, 1908.*
- PETRESCU Z. G. : *Sifilisul la țară. București Göbl 1910.*
- PETRINI—GALATZ : *România Medicală, 1893. Nr. 2.*
- SÉZARY : *La syphilis nerveuse. Paris Masson 1926.*
- STANCA D. : *Campania antisifilitică în regiunea Cluj, 1921—1927, Cluj.*