Anul IV-lea No. 11—12. Noembrie-Decembrie 1931.

Mişcarea Medicală

LUNARĂ

PUBLICAŢIE DE MEDICINĂ GENERALĂ
REVISTĂ ANALITICĂ ROMÂNEASCĂ

SUMARUL

Pag.

I.

Cronica 649

REVISTE GENERALE

DOCENT DR. DAN TEODORESCU: Tratamentul chirurgical al ulcerelor cronice ale gambei 655

DOCENT DR. GH. PLĂCINŢEANU: Anestezia în obstetrică . . 674

LUCRARI ORIGINALE

PROFESOR I. IACOBOVICI şi DR. EM. NICHITA: Tratamentul piciorului strâmb congenital după 2 ani 685

DR. GABRIEL CARTOUTZA: Rôle de l'immunité dans l'élimination rénale des microbes; la pyélite d'origine sanguine comme signe pronostique favorable dans les septicémies 694

FAPTE CLINICE

CONF. DR. D. PAULIAN: Neurotropism, polimorfism clinic şi neurorecidive în urma tratamentului antirabic 718

DR. G. NEGRESCU, DR. M. STĂNESCU şi DRD. ALEX. PĂUNESCU-PODEANU: Consideraţiuni asupra purpurei rhumatoide 725

DR. N. NOSENCO: Criza nitritoida în urma unei injecţii intramusculare cu salicilat de mercur 737

DR. FILIP HOROVITZ: Accidentele serice, consideraţiuni asupra etiologiei, patogeniei şi tratamentului lor 738

CALATORII ŞTIINŢIFICE

DOCENT DR. M. CANCIULESCU: Prin Europa medicală şi climaterică 783

(Urmare pag. II-a cop.

SCRISUL ROMÂNESC — CRAIOVA.

24732.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

II.

Pag.

ACTUALITĂŢI MEDICALE

Modificări a unor valori biochimice ale sângelui în ergosterism de *Dott G. Frola* — **Anatomia patologică a ergosterismului** de *Prof. M. Capocaccia* — **Los derrames inflamatorios bilaterales, Erbozo clinico-patogenico** de *Dr. Atilio E. Gaggero* — **Pruriturile ano-rectale de natură blenoragică** de *Dr. Americo Valerio* — **Influenţa tutunului asupra glicemiei** de *E. şi S. Lundberg* — **Păstrarea virulenţei virusului poliomielitic în unt** de *C. Kling, C. Levaditi* et *P. Lepine* — **Kaolinul bismutat în boalele digestive** de *Georges Hayem* — **Dispositiv pentru cetirea uşoară a presiunii mijlocii** de *I. Ungar* — **Hereditatea tatălui şi studiul morfologic al testicului tuberculos** de *Nayrac* et *A. Breton* — **Patogenia urticariei** de *Jacques Sedillot* — **Starea actuală a tratamentului hemoragiilor tardive dupe naştere** de *Docent Dr. Plăcinţeanu* — **Organele şi humorile în medicina populară românească** de *Doc. Dr. Valeriu Bologa* — **Căutarea parasitului malaric prin metoda îmbogăţirii** de *Dott Dante Galletti* — **Asupra simptomului lui Buchman în apendicita cronică** de *Dott L. Minucci Del Rosso* — **Tuberculino-thérapie et antigénothérapie** de *Jaquerod (Leysin)* — **Criteriile de vindecare ale ulcerelor gastrice şi duodenale** de *Dr. Rene A. Gutmann* — **Trei casuri de syndromul lui Bernheim** de *C. Alexandrescu-Dersca* şi *P. Focşa* 744 751

III.

MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNEASCĂ

A. — CĂRŢI — MONOGRAFII

Dr. H. Ezess: **Sur les douleurs périphériques élevées, dans certaines affections annexielles** — 1931—Alger. Rec. de *Dr. Od. Apostol* 752

Mircea Iliescu: **Cercetări asupra analizei serice calitative în febra tifoidă** — 1931 — Bucureşti Rec. de *Dr. L. Herman* . . . 753

Dr. G. Banu: **Anatomia, Fisiologia şi Igiena omului.— Anatomia şi Fisiologia. — Igiena** — 1930 — «Socec» Bucureşti Rec. de *Dr. M. Cânciulescu* 754

Dr. Eug. Bumbăcescu-Prisiceanu: **Viaţa şi Opera Prof. Gh. Stănculeanu** — 1930—Cluj Rec. de *Dr. M. Cânciulescu* 755

Dr. Nicolae Dragomir: **Viaţa şi Opera Prof. Dr. N. Manolescu (1850—1910)** — 1931 — Cluj Rec. de *Dr. M. Cânciulescu* . . . 757

Dr. Iana Ilie: **Efectul lactagog şi eutrofic, direct şi indirect al actinoterapiei asupra femeilor cari alăptează şi a copiilor lor în colectivitate** — 1931 — Cluj Rec. de *Dr. M. C.* . . . 758

Doc. Dr. L. Popp: **Despre diagnosticul şi radioterapia tumorilor mediastinale** — 1930 — Orăştie Rec. de *Dr. M. Cânciulescu* . 758

B. — REVISTE MEDICALE

Revista de Hidrologie Medicală şi Climatologie, Fisioterapie şi Dietetică No. 3—4 | 1931 760

Revista de Igienă socială No. 7, 8, 9, 10 | 1931 761

Revista Medico-chirurgicală din Iaşi No. 1, 2, 3, 4 | 1931 . . 762

Revue Médicale Roumaine No. 1, 2, 6 | 1931 764

C. — SOCIETĂŢI ŞTIINŢIFICE

Societatea de chirurgie din Bucureşti: Şed. din 22 Aprilie, 6 Mai, 20 Mai, 3 Iunie şi 17 Iunie 1931 765

Societatea română de oto-rino-laringologie Şed. din 10 Febr., 10 Martie, 7 Aprilie, 5 Mai şi 2 Iunie 1931 — Dare de Seamă de *Dr. Mayersohn* . . 767

Societatea ştiinţelor medicale din Oradea: Şed. din 10 Octombrie 7 Noembrie 1931 — Dare de Seamă de *Dr. I. Glăvan* 771

(Urmare pag. III-a cop.)

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Nr. 11-12

Mişcarea Medicală

LUNARĂ

PUBLICAŢIE DE MEDICINĂ GENERALĂ
REVISTĂ ANALITICĂ ROMÂNEASCA

COMITET DE PATRONAJ:

Prof. C. Angelescu – Prof. I. Cantacuzino – Prof. C. Daniel
Prof. D. Danielopolu – Prof. D. Gerotă
Prof. C. Levaditi – Prof. I. Nanu-Muscel – Prof. A. Teohari

DIRECTOR:

Docent Dr. M. Cânciulescu.

COLABORATORI:

Anat. Patologică: Prof. T. Vasiliu.
Bacteriologie: Conf. D. Combiescu — D. Hess.-Leoneanu.
Cancer: Conf. A. Babeş – Conf. I. Jianu
Chirurgie: Prof. I. Iacobovici — M. Baculescu — Conf. T. Nasta.
Chimie biologică: Conf. V. Ciocâlteu.
Dermato-Sifiligrafie: Prof. S. Nicolau — V. Drăgoescu.
Căi digestive: Doc. Pavel - Conf. Simici
Endocrinologie: Prof. C. Parhon.
Farmacie: Dr. N. Petrescu.
Farm.-Terapeutică: Conf. G. Băltăceanu
Genito-Urinare: Doc. A. Daniel.
Ginec.-Obstetrică: Doc. E. Mateescu-I.
Infecţioase: Prof. M. Ciuca — Conf. T. Mironescu.
Laborator clinic: R. Hirsch.
Med. Exper.: S. Nicolau (Inst. Pasteur)
Medicina legală: Conf. M. Kernbach.
Medicina Militară: Gl. A. Vasilescu — Col. G. Diamandescu.
Neurologie: Conf. St. Drăgănescu — Conf. D. Paulian.
Nutriţie: Doc. I. Daniel — Conf. G. Litarzeck — Conf. C. Radoslav.
Oftalmologie: Prof. D. Michail.
Pat. Internă: Prof. I. Haţieganu.
Parasitologie: Prof. G. Zotta.
Pediatrie: Prof. M. Manicatide — Anghel Daniel.
Phisioterapie: Prof. P. Niculescu.
Radiologie: Prof. D. Negru — Doc. A. Georgescu — Doc. E. Lazeanu.
Tuberculoza: Doc. S. Iagnov — Docent M. Nasta — T. Voiculescu.

Secretar de Redacţie: Dr. I. Rosenstein.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Gardan

EXCELENT

ANTIPIRETIC şi ANALGEZIC

EFECT RAPID ŞI INTENS ÎN TOATE MALADIILE FEBRILE

ÎN GRIPĂ ŞI ÎN TOATE AFECŢIUNILE INSOŢITE DE DURERI

Ambalaj original: Tub cu 10 şi flacon cu 25 comprimate de 0,50 ctgr.

KRESIVAL

SIROP CONTRA TUSEI

în toate maladiile provenite din răceală, ca şi în toate afecţiunile acute şi cronice ale organelor respiratoare

EXPECTORANT PLĂCUT ŞI AGREABIL ✱ FOARTE MULT APRECIAT

AMBALAJ ORIGINAL: ÎN STICLE DE 125 ŞI DE 500 grame.

„Bayer-Meister Lucius"

SECŢIA FARMACEUTICA — BIROUL ŞTIINŢIFIC

I. G. FARBENINDUSTRIE AKTIENGESELLSCHAFT

LEVERKUSEN a. Rh.

Specimene şi literatură gratuit prin representanţii generali pentru România:

„PHARMA"-STUDERUS & Co.

BUCUREŞTI II, Strada Spiru Haret No. 5.

TELEFON 349 30

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CRONICA

D-l *Dr. Dan Teodorescu* expune în cadrul „Actualităţilor medicale" *Tratamentul chirurgical al ulcerilor cronice ale gambei*, adică al acestei afecţiuni rebele, recidivante, care dacă nu mai constitueşte ca înainte „vermina" spitalelor, dar face din bolnav un infirm şi un client al medicului pe restul vieţii.

Cu toată multiciplitatea tratamentelor instituite de diverşi autori — şi D-l Dr. D. T. le enumeră pe toate — aceste ulcere resistă la tratament sau vindecate se redeschid în scurt timp, dacă tratamentul aplicat nu are în vedere toţi factorii patogenici, adică causali, de favorizare şi de întreţinere.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Intr'un ulcer cronic al gambei chirurgul, la care se are ultimul recurs, trebue să fie înainte de toate medic şi biolog; să fie medic de orizont întins, pentru ca să prindă cauza primitivă a acestei localizări, care la început este de ordin general şi să fie biolog cu cunoştinţe precise de fisiopatologie, pentru ca să ştie a face partea respectivă a infecţiunilor secundare şi a diminuţiei rezistenţii ţesuturilor în favorizarea şi întreţinerea acestui proces localizat; iar la urmă să intervină ca chirurg specialisat, — nouă condiţie, — care prin intervenţiile sale să caute a face faţă tuturor condiţiilor operatorii.

Unui ulcer cronic al gambei trebuesc aplicate mai multe intervenţiuni succesive, iar aceste intervenţiuni, mai întinse sau mai restrânse, variază încă dupe bolnav şi dupe boală; ca în nici o altă afecţiune speţa îşi reclamă aici dreptul de a fi perfect individualizată: ca anatomie histologică, fisio-patologie şi terapeutică medico-chirurgicală.

De aceea autorul conchide: „Tratamentul ulcerelor cronice este complex; el necesită un diagnostic precis, fără de care nu se poate face un tratament raţional; tratamentul va avea în vedere factorii generali şi locali de cronicitate. Metoda indicată de Leriche este de acea cea mai logică: ea constă în excisiunea ulcerului, simpatectomia peri-arterială şi aplicarea de grefe cutanate".

* * *

Anestezia în obstetrică, generală, regională şi locală o expune în amănunţime *D-l Docent Dr. Plăcinţeanu*, care trece în revistă toţi agenţii şi toate metodele la care se poate avea recurs pentru a sustrage ocazional durerilor pe o femee însărcinată.

Studiul acesta face parte din cursul de obstetrică chirurgicală ţinut de autor studenţilor fac. de medicină din Iaşi.

* * *

Tratamentul piciorului strâmb congenital dupe 2 ani îl detaliază *D-l Prof. Iacobovici* şi *Dr. Em. Nichita*, bazându-se pe rezultatele lor obţinute asupra 33 bolnavi cu picioare strâmbe congenitale din cifra generală a celor 80 bolnavi cu picioare strâmbe trataţi în decurs de 10 ani, dela 1920—1930, în clinica chirurgicală din Cluj.

La începutul studiului se fac consideraţiuni ample asupra mecanismului fisio-patologic producător al unui picior strâmb; după aceia autorii — considerând că până la 2 ani trat. pic. strâmb cong. este pur ortopedic şi deci ca nefiind cuprins în cadrul articolului de faţă — se ocupă numai de trat. acestei diformităţi între 2—5 ani, punând indicaţiile majore urmărite, precum: corectarea, menţinerea şi restabilirea balanţei musculare naturale şi trec în revistă toate operaţiile cari au fost sau se pot aplica potrivit cu diversele modalităţi anatomo-clinice; apoi fac acelaş lucru pentru tratamentul picioarelor strâmbe inveterate (după 5 ani), pentru ca la sfârşit să prezinte statistica personală bogată a celor 33 cazuri operate, cu tratamentul aplicat fiecărui caz în parte, punând înainte grija deosebită ca înainte de operaţie să se facă bolnavilor băi calde locale antiseptice şi să li se administreze câteva zile clorur de calciu, pentru ca să se evite infecţia şi hematomul post-operator, cari pot compromite succesul intervenţiunei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Acest documentat studiu de terapeutică chiurgicală aplicată va folosi în cel mai mare grad specialiştilor.

* * *

D-l *Dr. Cartuţa* bazat pe observaţii personale şi străine denunţă *Rolul imunităţii în eliminarea renală a microbilor* şi consideră *producerea unei pielite de origină sanguină ca semn pronostic favorabil în septicemii.*

„Eliminarea microbilor septicemiei prin rinichi se produce atunci când organismul este în stare de imunitate faţă de microbii invadanţi.

Microbii sunt eliminaţi prin rinichi după ce au suferit scăderea virulenţei şi vitalităţii lor, proporţional cu gradul de imunitate al organismului invadat.

Pentru ca trecerea microbilor din sânge în urină să aibă loc trebue admis că rinichii sunt organe care iau parte la starea de imunitate şi că sunt dotaţi cu proprietatea (funcţiunea) de a se lăsa traversaţi de microbii pe care organismul îi prezintă spre eliminare.

Absenţa eliminării microbilor prin rinichi se constată în septicemiile grave — când imunitatea este slabă sau nulă — şi în cazurile când rinichii sunt impermeabli. In ambele cazuri microbii rămaşi în organism pot produce localizări organice extra-renale ale septicemiei, care sunt de un pronostic foarte grav".

* * *

D-l *Conf. Dr. Em. D. Paulian*, publică 3 obs. clinice, în cari *Fenomene de neuro-tropism cu polimorfism clinic* şi *semne de neurorecidive* au survenit *în urma tratamentului antirabic.*

Din cele 2 ipoteze: aceia a unei turbări de stradă atenuată prin tratament sau aceia a unor manifestaţii clinice paralitice datorite unei turbări de laborator provocate prin injecţia de virus rabic fix — autorul înclină spre ipoteza doua, având în vedere pe lângă condiţiile speciale în cari survin accidentele şi consideraţia că adesea-ori muşcătura nu este datorată unui animal turbat şi că tratamentul se face din precauţiune dictată de conştiinţă.

* * *

D-nii *D-ri Negrescu, M. Stănescu* şi *Drd. A. Păunescu-Podeanu* publică observaţia clinică a unui *Caz de purpură rumatoidă*, în care lesiunea de endotelită parcelară este pusă în evidenţă prin sufusiunile sanguine cari se produc pe locul de aplicaţie al unei pungi cu ghiaţă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Acest semn denumit de D-nul Dr. Mante, în serviciul medical al căruia a fost culeasă observaţia, şi de autori *semnul pungii cu ghiaţă*, este datorat vasodilataţiei paralitice, care urmează vasoconstricţiei pricinuite de ghiaţă, precum şi alteraţiei pereţilor capilarelor sanguine.

Caşi în semnul şiretului sau al unei legături oare-care de constricţiune, în semnul ciupiturei sau în acela al ventuzei mecanismmul patogenic este acelaş, dar metoda de a-l pune în evidenţă este personală şi atragem expresa atenţie asupra ei.

Observaţia aceasta foarte interesantă, care realizează o formă pură de purpură rumatoidă cu triada clasică a lui Schönlein descrisă în vechea peliosă reumatismală, mai pune în evidenţă rolul capital hemoragipar al insuficienţei heoatice (recidivele aú survenit după excese alcoolice iar probele de insuficienţă hepatică încercate au fost pozitive), precum şi rezultatul terapeutic favorabil obţinut prin radioterapia splinei.

* * *

D-l *Dr. F. Horovitz* publică 2 *cazuri de accidente grave serice* survenite în urma injecţiilor cu ser anticarbonos şi ser antidifteric şi la lumina cunoştinţelor actuale face *Consideraţiuni asupra etiologiei, patogeniei şi tratamentului lor.*

In privinţa tratamentului accid. grave asfixiante ne permitem a remarca că în cazul nostru personal, citat de autor, numai o

adevărată sângerare „à blanc" a putut readuce bolnavul la viaţă.

Această metodă a flebotomiei permiţând expulsarea floculatelor micelare sau a mononuclearelor încărcate, cari după teoria lui Sedillot expusă în chiar numărul de faţă la capitolul „Actualităţilor medicale" caută spontan a eşi la suprafaţa tegmentelor sau mucoaselor, trebue să-şi găsească o aplicare mai întinsă, ca fiind naturală.

* * *

D-l *Dr. Nosenco* publică un caz de *Criză nitritoidă survenită în urma unei injecţii intramusculare cu salicilat de mercur*, ceace constitue într'adevăr o raritate clinică.

* * *

Dupe cum am mai scris, impresiunele culese în cursul călătoriilor de studii sunt instructive prin materialul de informaţiuni, ce conţin.

In însemnările noastre aşternute cu ocazia vizitării mai multor *Centre medicale şi climaterice din Europa* am căutat să dăm o şi mai mare importanţă acestui material documentar, punându-l în comparaţie cu stările de fapt de la noi.

Dr. M. Cânciulescu.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Extr. Oleo. Jecoris. Chlorat, ZnO.
Bolus. alba Adeps. lanae c. aqua. Vaselin flav.

Arsuri (prin foc şi frig)
Cicatrizarea plăgilor
Ulceraţiuni cronice
Pansament ginecologic
Prurit, Intertrigo
Eczeme uscate
Pediatrie

DESITIN
Pomadă

Acţiune bactericidă neiritantă (Chlor după Dakin). Pansamentul nu lipeşte. Nu se descompune sub acţiunea organică. Apără plăgile împotriva secreţiunilor şi exsudatelor

Tuburi à 50 & 80 gr. & cutii a 1/4 kgr.

Reprezentant: AGECO S. A., Strada Sf. Ionică 9, Bucureşti.

PIPERAZINE MIDY

GRANULES EFFERVESCENTE

PIPERAZINE MIDY

LE PLUS SÛR

DISSOLVANT DE L'ACIDE URIQUE

Antiseptique Urinaire

2 a 4 cuillerees a cafe par jour

LABORATOIRES MIDY

4, Rue du Colonel Moll

PARIS

Bi-borate de soude	Citrate de Lithine	Citrate de Potasse
40 %	20 %	8 %

92 %

Solubilités comparées de l'acide urique

Agents généraux pour la Roumanie
J E BUCUR & Co 8 Str Mecet
BUCAREST IV

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La Tuse și Bronșite

la afecțiunile căilor respiratorii în general

Tablete de DICODID «Knoll»

(Dihidrocodeinon)

Calmant al tusei suveran.
Mai activ și mai economic decât codeina.
Nu produce constipație.

Ambalaje orig. cu 10 și 20 tabl. à 0,005 gr. și 10 tabl. à 0,01 gr.
2—3 ori pe zi 0,005—0,01 gr.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Picături de CARDIAZOL-DICODID «Knoll»

(10 % Cardiazol + 0,5 % clorhidrat de Dicodid)

Acțiune < **spasmolitică** asupra bronchiilor.
electiv sedativă asupra centrului tusei.

Combinație dovedită eficace și în tusea convulsivă, în laringită și în stările astmatice.

Flacon orig. cu 10 gr.

Pentru sugacii și în prima copilărie 5 picături de 2—3 ori pe zi; pentru copii mai mari 10 picături de 3 ori pe zi pe o bucățică de zahăr sau în suc de poame. Adulți 20 picături de 3 ori pe zi.

Knoll A.-G.
Ludwigshafen/Rh.

Reprezentanță Generală și Depozit: **M. TATARSKY, București**, B-dul Elisabeta, 39.

TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL ULCERELOR CRONICE ALE GAMBEI[1])

de

DAN THEODORESCU

Docent universitar

Chirurg secundar al spitalelor Eforiei.

Această afecţiune, de resortul dermatologiei cât şi al chirurgiei, n'a profitat prea mult de situaţiunea în care se află, poate din cauza unei lipse de colaborare între cele două specialităţi. Medicii au tratat ulcerele prin mijloace strict medicale, chirurgii la rândul lor le-au tratat chirurgical; ignorându-se reciproc, rezultatul a fost că bolnavul priveşte astăzi neîncrezător tratamentul acestei afecţiuni asupra căruia medicul la rândul lui este cel puţin tot atât de sceptic.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Frequenţa acestor ulcere precum şi procentul ridicat de infirmitate pe care-l conferă această penibilă afecţiune, îi dau o deosebită importanţă, insuficent apreciată după părerea noastră.

Cine nu cunoaşte tabloul lamentabil al acestor nenorociţi cu gambele acoperite de ulcere murdare şi fetide, care aleargă pela toţi medicii, colindă toate serviciile de consultaţiuni sau zac uitaţi luni de zile dacă nu şi mai mult într'un serviciu oarecare pentru un ulcer socotit ca incurabil. *Bover* le numea cu drept cuvânt „vermina spitalelor".

Există în plus o chestiune de ordin social şi financiar. Dacă am socoti kilogramele de pansamente şi de pomezi, zilele pierdute, am afla cât costă pe individ şi colectivitatea un ulcer cronic.

Anglo-saxonii cu spiritul lor practic le-au calculat, ajungând la cifre foarte interesante. Astfel se citează cazul unui bolnav care şi-a petrecut şeapte ani din viaţa lui prin diverse spitale.

Multiplicitatea tratamentelor recomandate dovedeşte eloquent ineficacitatea lor. *Dikson Wright* spune cu umor că'n jumătate de oră se poate găsi într'un index chirurgical cel puţin o sută de remedii. Lipsa unor cunoştinţi precise asupra cauzelor cât şi fac-

---

1) Conferinţă ţinută la 30 Maiu 1931, la spitalul Colţea, din ciclul de conferinţe asupra «Actualităţilor medicale» organizat de Asociaţiunea docenţilor dela Facultatea de medicină.

torilor care provoacă cronicitatea acestei afecţiuni au făcut ca rând pe rând să eşueze tot ce s'a preconizat.

Astfel ca *tratament medicat* s'au întrebuinţat toate antisepticele şi substanţele keratinizante; pansamentele cu insulină, recomandate de *Ambard* şi *Pautrier;* bacteriofagul de *Bizard, Marcereau* şi *Rosenthal;* autorii englezi au recomandat metoda lui Dikson Wright care constă în aplicarea unor bandaje speciale după anumite reguli. Ceva mai mult ei garantează vindecarea ulcerelor precizând chiar durata tratamentului în care scop au emis o formulă, pe care citez ca o curiozitate: *aria ulcerului în c. p.* + 3 = timpul în săptămâni. *Jouin* şi *Bienvenu* au utilizat radioterapia care vizează excitaţiunea simpaticului.

Ca *tratament chirurgical,* dela fierul roşu al lui *Ambroise* Paré (1650) şi până la simpatectomia peri-arterială s'a preconizat: *Sappey* (1847), abraziunea ţesuturilor exuberante; *Fabre* (1855), inciziuni peri-ulceroase; *Dolbeau* (1862), inciziune peri-ulceroasă circumferenţială sau „circonvalaţiunea" la 2 cm. de ulcer şi până la aponevroză; *Moreschi* (1894), inciziune circulară până la aponevroză la 4 cm. deasupra ulcerului, iar în al doilea timp o inciziune circulară supra-maleolară sub ulcer; *Delagenière* (1895), disocierea nervului sciatic; *Chipault, Leonte* şi *Bărdescu* (1899), elongaţiunea trunchiurilor nervoase; *Mariani* (1900), modifică operaţiunea lui Moreschi, făcând o sutură imediată a inciziunii supra-ulceroase; *Mauclaire* (1900), inciziune superficială postero-internă pe gambă în formă de potcoavă; *Wenzel* (1904), inciziune circulară superficială pe coapsă; *Nabias,* neurectomia nervului safen intern; în fine simpatectomia peri-arterială a lui *R. Leriche,* pe care *Ecot* (1922), o aplică în alcerele varicoase.

Fiecare din aceste operaţiuni pot vindeca un ulcer cronic. Vindecarea însă este temporară de cele mai multe ori căci se face în cele mai proaste condiţiuni. Tegumentul obţinut astfel este de proastă calitate şi recidiva este rapidă.

Dacă toate dau numai vindecări pasagere sunt câteva operaţiuni care nu pot da decât rezultate proaste şi după Leriche, ele trebuiesc proscrise din terapeutică. Astfel este operaţiunea lui Moreschi şi varianta ei operaţiunea lui Wenzel, care lasă o jaretieră de ţesut fibros şi nu face decât să înrăutăţească condiţiunile locale deja destul de precare.

Dintre toate, simpatectomia peri-arterială a fost operaţiunea care a entuziasmat cel mai mult. Rezultatele proaste la distanţă n'au întârziat însă şi s'a văzut astfel ca această operaţiune dacă dă vindecări rapide într'adevăr, recidivele nu stau mai jos ca rapiditate.

Cauzele insucceselor. Sunt două: 1⁰ O totală lipsă de cunoştiinţă a cauzelor ulcerului cronic al gambei. 2⁰ Necunoaşterea factorilor care prezidează la trecerea în stare de cronicitate a unui ulcer de gambă odată apărut. Rezultă ca un corolar că o terapeutică sănătoasă trebue să rezolve două probleme: 1⁰ Combaterea cauzelor ulcerului, care nu este în definitiv decât o chestiune de diagnostic clinic, căci nu se poate trata un ulcer fără să se cu-

noască cauza lui. Astfel trebue tratate varicele, sifilisul, un calus exuberant care face compresiune pe tegumente, o leziune nervoasă sau vasculară, etc.

2⁰ Tratamentul ulcerațiunii în sine care constitue o problemă de biologie patologică. Aci trebuesc avuți în vedere factorii care duc la trecerea în stare cronică al unui ulcer. După Leriche ar fi trei: 1) Ulcerul apare consecutiv unei necroze dermo-epidermice în funcțiune de o ischemie de natură arteritică. 2) Condițiunile circulatorii locale precare întrețin o nutrițiune deficitară a țesuturilor. 3) Există o infecțiune profundă cu tot felul de germeni și corpi străini proveniți dela diferitele pansamente.

Acești factori în mod separat sau reuniți într'un cerc vicios provoacă incurabilitatea acestor ulcere. Dacă tratamentul instituit nu are în vedere acești factori, rezultatul nu poate fi bun. Tot ce se poate obține este o vindecare pasageră, ulcerul recidivând imediat ce bolnavul își reia condițiunile obicinuite de existență.

Bazat pe aceste considerente, *Leriche* s'a gândit că cea mai logică metodă de tratament ar fi următoarea: 1) Suprimarea cauzelor ulcerului cronic. 2) Modificarea factorilor locali de cronicitate. 3) Aportul unui tegument sănătos acolo unde natura prin propriile ei mijloace nu poate face decât un tegument de proastă calitate.

I. *Suprimarea cauzelor ulcerului cronic.* Cauzele ulcerului cronic fiind variate, un diagnostic precis este absolut necesar pentru a putea face un tratament cauzal. Astfel se va trata: sifilisul, varicele, leziunile osoase, o leziune nervoasă sau vasculară, etc.

II. *Modificarea factorilor locali de cronicitate.* Leziunile locale impun această conduită. Pielea la acest nivel prezintă un aspect patologic. Este subțire, lucioasă; se descuamează; perii și glandele lipsesc. Marginele ulcerului sunt rigide și fără nici o tendință de progres. Ulcerul are un aspect murdar, difteroid. La secțiune se observă un derm îngroșat, cicatricial, cu travee inflamatorii, cu celule uriașe cari înglobează microbi, corpi streini și polinucleare alterate. Panicului adipos este sclerozat. Frotiul arată un reticulum de fibrină în ochiurile căruia se găsesc microbi, corpi streini și polinucleare alterate. Deci ulcerul cronic al gambei se află în condițiunile cele mai rele ca vitalitate și posibilitate de reparațiune. Dacă la acestea adăugăm și circulațiunea defectuoasă din această regiune, ne dăm seama de dificultățile tratamentului. Un geniu britanic, *Thomas Baynton*, chirurg din Bristol, a observat și a scris acest lucru încă din timpul revoluțiunii franceze „This disease is due to the un favourable situation of the parts which are placed ad a remonte distance from the fountains of the life and heat and are obliged to return the venous bleod and lymph to the heart under pecularly un favourable and disavantageous circumstances".

Dintre toate mijloacele întrebuințate, simpatectomia peri-arterială s'a dovedit cel mai puternic mijloc de modificare a acestor condițiuni locale. Autori români ca *Papillian* și *Cruceanu*, *Plăcinteanu* și autori streini *Morpurgo*, *Locatelli* au demonstrat experi-

mental acţiunea inhibitorie a simpaticului asupra reparaţiunii ţesuturilor. Prin secţiunea lui regenerarea se face cu mult mai repede. S'a dovedit astfel că simpatectomia dă un coeficient cotidian de cicatrizare superior tuturor celorlalte mijloace de hiperemie.

Cum se manifestă simpatectomia? După o perioadă de vasoconstricţiune pasageră de 2—3 ore se produce o vaso-dilataţiune activă care se traduce printr'o hipermie vizibilă şi hipertermie sensibil la 2—4^0, timp de aproximativ 15 zile. Fenomenele difuzează şi de partea opusă operaţiunii.

Care este acţiunea simpatectomiei? Schematic putem distinge: 1^0 *Acţiunea sterilizantă. Leriche* şi *Fontaine* au studiat prin metoda lui Carrel efectul simpatectomiei asupra pululaţiunii microbilor. Astfel au prelevat frotiuri cât se poate de omogene şi le-au colorat cu albastru de metilen sau cu Gram. Inainte de operaţiune, numărul microbilor era întotdeauna considerabil, depăşind chiar 100 pe câmpul microscopic, uneori chiar ∞. După simpatectomie supuraţiunea creşte la început. Către a 3—4-a zi frotiurile arată polinucleare care conţin microbi fagocitaţi. Numărul microbilor scade până la O în interval de 8—10 zile, mai rar 14—15 zile (Fig. 1). Acest fenomen se datoreşte afluxului considerabil de

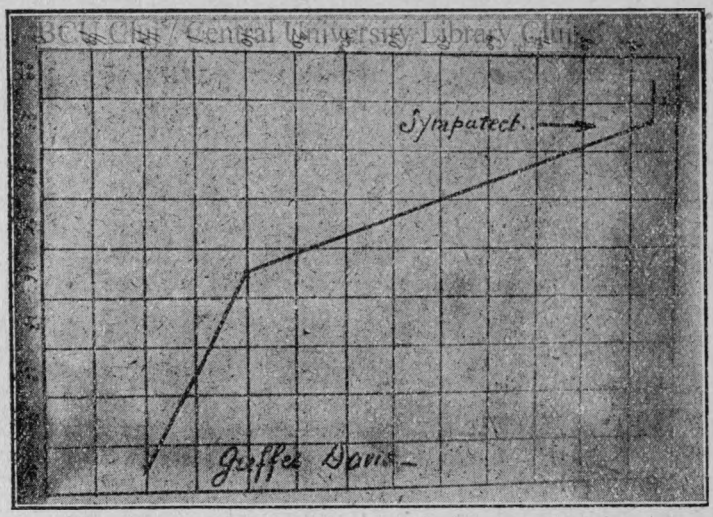


Fig. 1.— Grafic dupe R. Leriche, arătând acţiunea sterilisată a simpatectomiei.

fagocite. Astfel după o scurtă fază de leucopenie se produce o hiperleucocitoză (Fig. 2), manifestată unic asupra polinuclearelor neutrofile (Fig. 3). Acest fenomen explică puterea antiseptică a simpatectomiei.

Numărarea elementelor:

	Hematii	Leucocite
Inainte de operaţiune	5.775.000	9.633
La sfârşitul operaţiunii faza de vasoconstrucţie	3.810.000	3.876
A 2-a zi dela operaţiune	6.035.000	9.000

Fig. 2.— După R. Leriche.

Formula leucocitară:

	Inainte de operaţie	Dupe operaţie
Leucocite neutrofile	76%	90.5%
Limfocite mici	12	4
„ mari	8	0
Mononucleare	1	0
Forme de tranziţie	3	1,5

Fig. 3.— După R. Leriche.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

2⁰ *Modificările terenului.* Un ulcer murdar, cu leziuni ale dermului, cu vase obliterate, etc., este profund modificat prin simpatectomie. Astfel stratul de fibrină şi scleroza dermului dispar. Vasele devin permeabile. Plaga se acopere de muguri cărnoşi şi de bun aspect, iar la periferie apare un lizereu de epidermizare. Examenul bacteriologic şi cel anatomo-patologic demonstrează modificările profunde produse de simpatectomia peri-arterială în structura ulcerului care este astfel transformat într'o plagă vivace, bine înmugurită şi aseptică.

Numai după simpatectomie se poate obţine o cicatrizare însă de cele mai multe ori este o eroare. Nu se poate cere acestei operaţiuni mai mult decât poate da. Ea nu are decât o acţiune pasageră care dispare după 20 zile. Cicatrizarea care se obţine astfel se face în rele condiţiuni, iar tegumentul ce rezultă este de proastă calitate.

Acest focar local de infecţiune cronică se poate suprima prin *exciziunea ulcerului.* Ablaţiunea zonei ulcerate trebue să se facă în ţesut sănătos printr'o inciziune la 1—2 cm. de ulcer. Această conduită are avantajul să înlăture orice posibilitate de microbism latent şi facilitează acţiunea simpatectomiei. Exciziunea a fost practicată în ulcerele mici de către *Bărdescu* în serviciul d-rului Leonte. *Gunnar Nström* face numai o simplă exciziune fără simpatectomie. Este bine totuşi ca aceste două operaţiuni să fie asociate. Ambele se pot executa în aceiaşi şedinţă. Este mai bine însă ca exciziunea ulcerului să preceadă simpatectomia.

După extirparea ulcerului se produce o hemoragie abundentă prin venele voluminoase cu pereţi rigizi din grosimea marginelor ulcerului. Nu se vor pune legături căci acestea crează focare de necroză care întârzie cicatrizarea. Hemostaza se va face prin compresiune locală şi ridicare membrului.

In ceace priveşte simpatectomia peri-arterială am întrebuinţat technica d-lui Dr. C. Leonte, practicând-o la vârful triunghiului lui Scarpa sub rachi-anestezie joasă.

II. *Aducerea unui tegument sănătos.* Metoda nu este nouă de oarece *Frank Hamilton* a aplicat, încă dela 1854, grefe libere pe un ulcer al gambei.

Aceşti bolnavi nu trebuesc abandonaţi unei cicatrizări spontane care conţine în ea toate elementele necesare unei recidive la scurt interval.

Este foarte curios cum aceste grefe n'au fost întrebuinţate în ulcerele cronice pe o scară mai întinsă. Dacă ar fi fost vorba de o pierdere de tegument în altă parte cu siguranţa că toată lumea s'ar fi grăbit să facă grefe şi tocmai acolo unde condiţiunile generale şi locale nu permit organismului să-şi confecţioneze un tegument sănătos, foarte puţini aplică grefele.

Aci nu putem vorbi decât de grefe cutanate libere, cele pediculate fiind indicate în alte condiţiuni. Pot fi de mai multe feluri: 1⁰ *Grefele epidermice,* preconizate de *Jacques Reverdin,* la 1869. Sunt grefe mici, de 3—4 mm. Sunt numai teoretic epidermice. In realitate ele ampietează şi asupra dermului. De altfel chiar Reverdin a recunoscut inexactitatea acestei denumiri totuşi a păstrat-o ca să arate că epidermul este cel activ şi anume stratul profund. Nu ar da cicatrace suficient de solide.

2⁰ *Grefele dermo-epidermice.* Aci putem deosebi două categorii:

1) *Grefele lui Ollier-Thiersch.* La 1870, *Staele, Pollock, Holmes, Lee* au recomandat grefele epidermice însă mai largi şi mai profunde. La 1872, *Ollier* şi apoi *Thiersch* le-au făcut net dermo-epidermice sub formă de lambouri mari ce cuprind şi vârful papilelor dermice. *Gunnar Nisström* a aplicat cu rezultate bune aceste grefe în ulcerele varicoase. *Braun* a recomandat secţiunea în fragmente mici de 4—5 mm. lamboului luat a la Ollier-Thiersch, care se înfig apoi oblic în porţiunea profundă a massei granulate.

Fiind o grefă subţire nu ar da un tegument normal căci epidermul păstrează un aspect cicatricial. De asemeni confecţionarea şi aplicarea lor necesită oarecare îndemânare.

2) *Grefele lui Halstead-Davis.* Sunt grefe mai groase ca cele precedente căci cuprind epidermul şi totalitatea dermului. Au forma unor pastile dermo-epidermice. *Halastead* le-a imaginat şi aplicat după ablaţiunile largi ale sânului. *J. St. Davis* le-a studiat şi descris (Fig. 4).

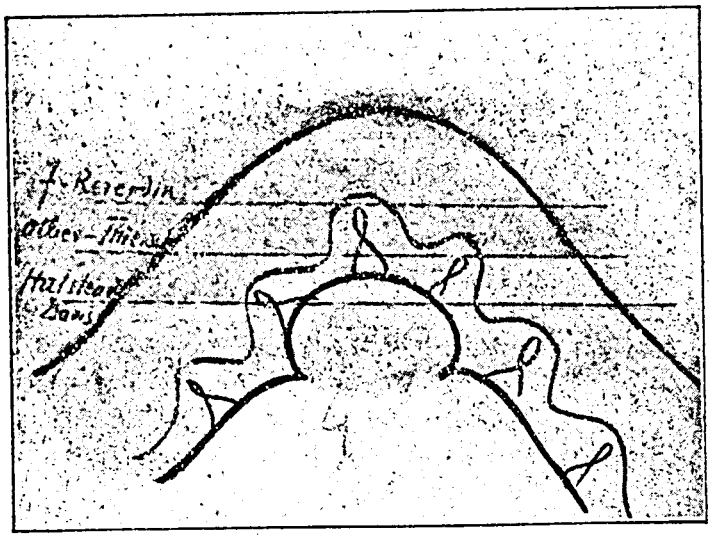


Fig. 4.— Grefele cutanate libere (dupe De Girardier).

Acest gen de grefe este puţin cunoscut în Franţa şi mai puţin la noi. *Degelly* a atras atenţiunea la Societatea de chirurgie din Paris, asupra importanţei şi rezultatelor bune pe care le dau aceste grefe; însă numai datorită lucrărilor lui Leriche aceste grefe au fost cunoscute şi aplicate în Europa. La noi în ţară au fost aplicate de către regretatul meu prieten d-rul Florescu în serviciul d-lui Prof. Butoianu.

3⁰ *Grefele cutanate totale libere.* Sunt lambouri mari care acopăr totalitatea ulcerului. Ele se confecţionează după un model desemnat pe piele şi care reprezintă forma pierderii de substanţă. Ar da rezultate bune numai în plăgile operatorii.

Dintre grefele enumerate mai sus, grefele lui Halstead-Davis, sunt acelea care dau rezultatele cele mai bune în leziunile care ne interesează. Prin structura lor aceste grefe se apropie mai mult de grefele totale, decât de cele dermo-epidemice. Leriche s'a făcut apărătorul lor şi le întrebuinţează din 1924. In numeroase publicaţiuni atât el cât şi elevii lui au arătat uşurinţa prelevării şi aplicaţiunii, precum şi rezultatele frumoase ce se pot obţine cu aceste grefe. Ele prezintă următoarele avantagii: 1) Dau o cicatrizare rapidă şi economică. 2) Tegumentul obţinut este normal. Singurul inconvenient este aspectul de „mozaic" sau de „joc de dame" al cicatricei, ceace le face inaplicabile în regiunile descoperite, la faţă în special. 3) Intinderea suprafeţii de grefat nu constitue o contraindicaţiune căci plăgi foarte întinse se pot acoperi şi cicatriza într'o săptămână.

Modul de aplicaţiune mai este în funcţiune şi de natura pierderii de substanţă. Dacă este vorba de o pierdere pe un teren nealterat (arsuri, traumatisme), aceste grefe se pot aplica direct.

Când însă terenul este alterat (ulcere varicoase, etc.), grefele cutanate nu constituiesc decât un element din terapeutica acestui gen de ulcere.

S'a mai observat de asemeni rezistenţa particulară pe care aceste grefe o opun mugurilor de recidivă neoplazică.

1⁰ *Pregătirea ulcerului pentru grefare.* Ingrijirile acestea au drept scop realizarea a două condiţiuni fără de care reuşita lor nu este posibilă: 1) *Absenţa oricărui element de infecţiune.* In general antisepticele sunt inutile. Se fac pansamente zilnice, curăţindu-se plaga în mod minuţios de toate depozitele murdare ce o acopăr şi care întreţin supuraţiunea. Pentru aceasta cel mai bun este săpunul lichid cu care se va face toaleta plăgii şi a pielii vecine. După ce ulcerul şi pielea au fost bine curăţite cu săpun se aplică un pansament uscat. Unii mai spală şi cu eter.

2) *O vascularizare suficientă adică o suprafaţă acoperită de muguri de bună calitate.* Este o condiţiune foarte importantă. Mugurii trebuiesc să fie curaţi, tari, nu prea exuberanţi. După Davis aspectul mugurilor este mai important decât flora microbiană şi de acea recomandă următoarea conduită: a) *Muguri mari şi exuberanţi.* Aplicaţiune de nitrat de argint în soluţiuni saturate sau în creion; tunderea lor cu foarfecele şi apoi aplicaţiunea de nitrat de argint; soluţiunea Dakin după metoda lui Carrel; compresele iodoformate; badijonarea cu t-ra de iod sau cu acid carbolic, spălarea cu eter; unguentele boricate sau xeroformate 3%. Un pansament strâns poate turti nişte muguri prea exuberanţi. Personal n'am avut nevoe să recurgem la nici unul din aceste mijloace recomandate.

BCU Iaşi / Central University Library Cluj

b) *Granulaţiunea întârzie sau mugurii sunt atoni.* Mugurii trebuiesc stimulaţi. După Davis compresele cu soluţiune sărată sau cu acid boric sunt preferabile soluţiunii Dakin. De asemeni pansamentul cu balsam de Peru, compresele cu sol. de clorur de sodiu 15—20% sau glucoză 20%. Pentru Leriche compresele cu ser fiziologic normal sunt un foarte bun stimulent.

Helioterapia, razele ultra-violete sunt de asemeni agenţi puternici de sterilizare şi stimulare a plăgilor atone. Se mai poate recurge la vaccinuri, insulină în aplicaţiuni locale, etc.

N'am utilizat decât simpatectomia peri-arterială care modifică ulcerul în câteva zile, iar local toaleta cu săpun şi pansamente cu ser fiziologci.

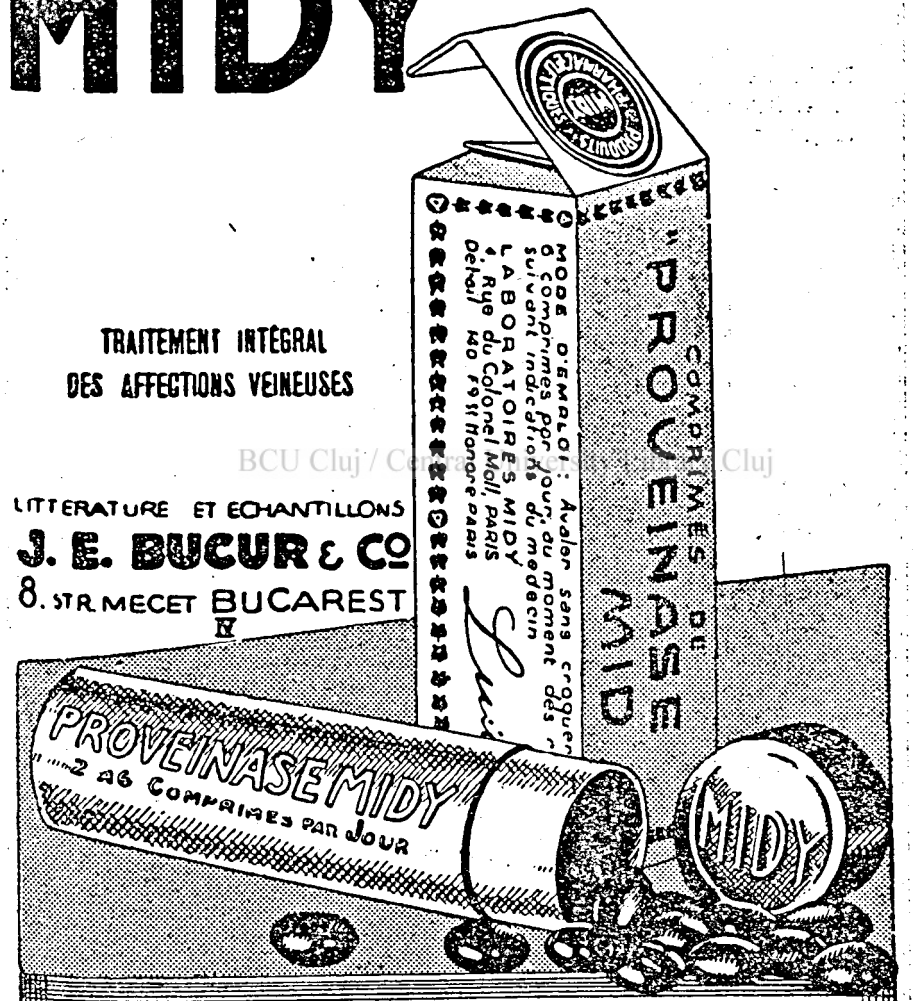
2⁰ *Momentul operaţiunii.* Grefa se poate aplica în ziua când condiţiunile de mai sus au fost îndeplinite. Obicinuit plaga este bună de grefat cam la 10—15 zile dela simpatectomie. In acest interval Leriche recomandă *controlul bacteriologic.* Se iau secreţiuni din plagă şi se colorează cu albastru de metilen. Grefa se poate face în ziua când plaga nu prezintă mai mult de 3—4 microbi pe câmpul microscopic. Pentru Davis aspectul sănătos al mugurilor are mai multă importanţă decât examenul bacteriologic. N'am întrebuinţat niciodată controlul bacteriologic, conducându-ne numai după aspectul plăgii. Grefele ne-au reuşit întotdeauna.

PROVEINASE MIDY

TRAITEMENT INTÉGRAL
DES AFFECTIONS VEINEUSES

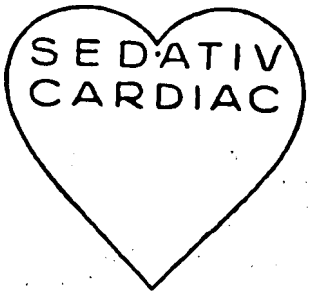
BCU Cluj / Central University Library Cluj

LITTERATURE ET ECHANTILLONS
J. E. BUCUR & Co
8. STR. MECET BUCAREST
IV



VARICES ● PHLEBITES ● ULCÈRES
VARIQUEUX ● HÉMORROIDES
TROUBLES CONGESTIFS DE
LA MÉNOPAUSE ET DE LA PUBERTÉ

SPASMOSÉDINE



Phenylethylmalonylurea 0 gr. 015
Bromhidrat de chinină 0 gr. 05
Extract Crataegus stab. 0 gr. 05
Excipient. q. s.

1—2 compr. glutinizate pe zi inaintea meselor timp de 15 zile pe lună.

Turburări nervoase cardiace (palpitaţii, extrasistole, nestabilitate cardiacă). **Hypertensiune arterială permanentă** (cefalee, vertige, ameţeli). **Hypertensiune paroxystică** (menopauză, histerectomie). **Algii precordiale. Angină pectorală** (tratament preventiv).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

DIGIBAINE

Asociaţiune Digitalină-Ouabaină.

Doze mici (tratament de intreţinere) 15 picături pe zi.
Doze mijlocii 25-30 picături pe zi.

Cure tonicardiace continue. Insuficienţă cardiacă dreaptă şi mai ales stângă. Cardiopathii valvulare în perioada decompensaţiunei. Miocardite toxice sau infecţioase. Diverse arythmii.

LABORATOIRES DEGLAUDE, PARIS

Reprezentant: AGECO S. A. Bucureşti Strada Sft. Ionică No. 9.

In *ajunul operaţiunii*, plaga se curăţă cu îngrijire şi se aplică un pansament aseptic. Davis o acoperă cu un strat gros de comprese imbibate cu sol. de sare naturală.

In *momentul operaţiunii*, plaga este spălată din nou cu săpun sau eter şi apoi cu ser fiziologic. Davis după Thiersch recomandă ca să nu se sângereze plaga, căci se împiedică prinderea grefelor.

3⁰ *Prelevarea şi transplantarea grefelor:* 1) *Regiunea prelevării.* Teoretic aceste grefe se pot lua din orice regiune. Este bine totuşi, ca grefele să prezinte caractere echivalente cu pielea regiunii de transplantare. Obicinuit se iau după faţa anterioară a coapsei sau după peretele abdominal. Pielea abdomenului în regiunea flancurilor fiind mobilă, elastică, fără peri, se pretează foarte bine. Cea mai bună regiune ar fi faţa internă a coapsei, apoi cea externă şi'n fine cea posterioară.

Dat fiind cicatricea în „joc de dame", care rămâne după ridicarea grefelor, este preferabil ca aceste grefe să se ia într'o regiune disimulată.

2) *Pregătirea regiunii:* Pielea din această regiune este rasă, curăţită cu săpun şi apoi spălată cu eter sau alcool. Davis găseşte cam murdară această toaletă şi de aceea după ce rade pe uscat, badijonează cu t-ră de iod 2,5% *W. F. Mc. Kenna şi H. H. Fisher*, recomandă o soluţiune de iodur dublu potasio-mercuric în acetonă sau alcool. Sol. de acid picric 5% în alcool ar fi excelentă. După ce regiunea a fost rasă, noi o spălăm cu săpun lichid şi apoi cu ser fiziologic. *C. Leonte*, întrebuinţează alcoolul salicilic.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

3) *Anestezia:* Locală prin infiltraţiune cu sol. de novocaina 0,5%. Cu t-ra de iod se circumscrie zona de ridicare a grefelor, marcând şi antiseptizând în acelaş timp locul unde se face anestezia locală. Anestezia se face prin infiltraţiune în „coaje de portocală", adică printr'o serie neîntreruptă de puncţiuni dermice a la Reclus care se suprapun prin marginele lor. Are avantagiul că este indoloră, bine înţeles afară de prima înţepătură. Linia de înţepături, prin punctele hemoragice, arată limita anesteziei.

4) *Confecţionarea grefelor*, (Fig 5): Este foarte simplă şi nu necesită o instrumentaţiune specială. Nu avem nevoe decât de un ac rotund care se montează într'o pensă cu dinţii plaţi, de preferat o pensă Terrier şi un bisturiu care să taie bine. Este mai practic să avem un joc de câtevà ace. Ridicarea grefelor se compune din următorii timpi: a) Inţeparea pielii cu acul. b) Ridicarea unui con mic suspendat de vârful acului. c) Secţiunea acestui con cutanat la baza cu bisturiul, paralel cu suprafaţa pielii. In felul acesta se confecţionează o serie de grefe, care au forma unor pastile mai groase la centru şi mai subţiri la periferie, cu diametrul de 3—6 mm. Ele nu trebuiesc să cuprindă grăsime.

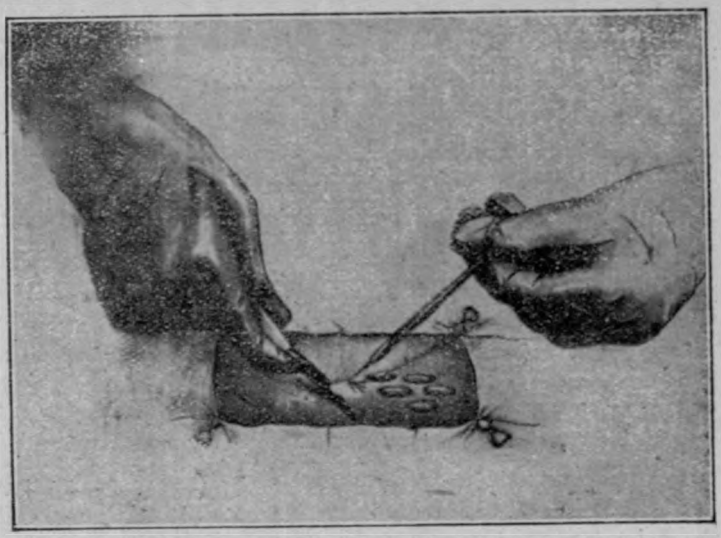


Fig. 5.— Confecționarea grefelor (Dan Theodorescu).

4) *Aplicarea grefelor*, (Fig. 6). Grefa înfiptă în ac este imediat transplantată pe plaga care se grefează și pe care se etalează astfel ca suprafața sângerândă a grefei să adere pe toată întinderea. Grefele se pot ridica și aplica de o singură persoană, sau se pot face în doi, adică operatorul confecționează grefele, iar ajutorul le aplică. In acest caz operatorul plasează grefele pe un câmp curat de unde ajutorul le ia și le aplică pe plagă. In felul acesta, spune Davis, se îndepărtează sângele după suprafața sângerândă a gre-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

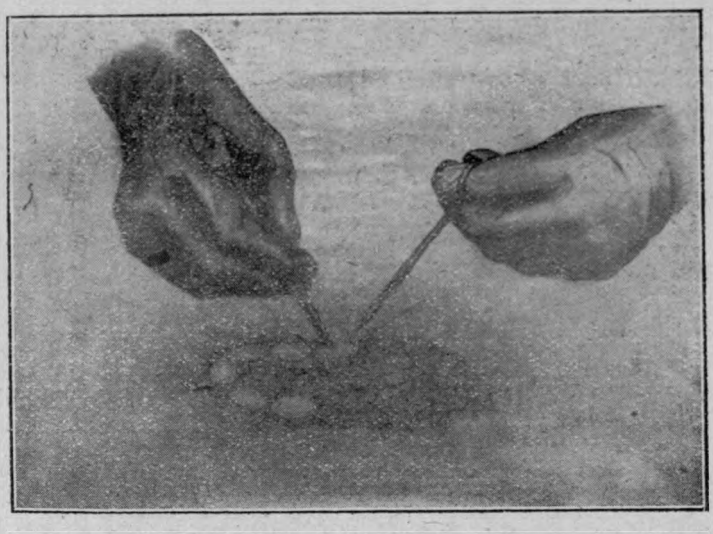


Fig. 6. — Aplicarea grefelor (Dan Theodorescu).

felor, în plus apliicarea se face cu mult mai repede. Este bine să avem mai multe ace montate ca să se evite infecţiunea prin transportul lor dela plaga grefată la regiunea de unde se ridică grefele. Astfel, acele pot fi flambate înainte de a se reîntoarce la operator.

Grefele se plasează în şiruri la distanţa de 5 mm. unele de altele. Când plaga a fost complet acoperită, are aspectul unui mozaic. fiecare grefă reprezentând o dală. Acelaş interval se lasă şi între marginea plăgii şi grefe. Spaţiile dintre grefe constituiesc un sistem de canale de drenaj pentru secreţiunile ce se acumulează.

In general grefele se pot aplicà în mai multe feluri: a) *Direct* — cum face Davis, Leriche etc., adică grefa se aplică direct pe suprafaţa granulată. Grefa se va mişcà puţin pe plagă până ce suprafaţa ei convexă îşi va găsi un loc bun.

b) In *godeuri* sau *cuiburi*, cum recomandă *Alglave*, (Fig. 7).

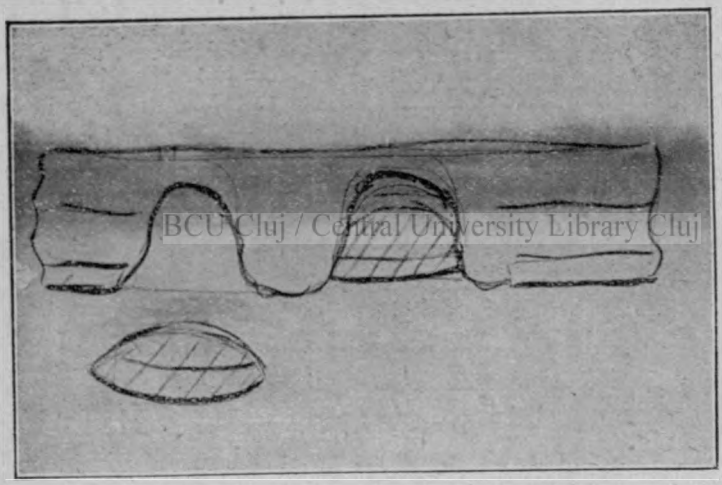

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fig. 7.— Grefele în „cuiburi" recomandate de Alglave.

Aceste cuiburi se fac cu o lingură Volkmann, în massa granulată. Prezintă avantagiul că grefele sunt hrănite cu humusul ce se adună în fundul cuiburilor; de asemeni au mai puţină şansă ca să se deplaseze. Am întrebuinţat întotdeauna acest procedeu care ne-a dat rezultatele cele mai bune. Astfel aplicate, aceste grefe s'ar putea numi grefele *Halstead-Davis-Alglave*. Prezintă un singur inconvenient, anume că pe un bolnav mai sensibil facerea acestor cuiburi este dureroasă şi necesită o anestezie uşoară.

c) Se *curetează* plaga şi apoi se aplică grefele. La societatea de chirurgie din Paris, s'a discutat această chestiune fără să se ajungă la concluziuni precise. Noi preferăm maniera lui Alglave.

4⁰ *Pansamentul imediat*. I) *Plaga grefată*. In jurul plăgii gre-

fate avem obiceiul de a aplicà o pastă cu oxid de zinc. Preparatul „Desitin" din comerţ, se pretează foarte bine în acest scop. Da asupra se pun comprese sterile şi vată, totul se fixează bine cu un leucoplast sau cu un pansament. Peste plaga grefată, ca să nu adere, se mai poate aplica o bucată de „taffetas-chiffon", cum se practică după o veche tradiţie la spitalul Saint Louis. *Robert Wuilliam*, a descris în 1910, un sistem care permite expunerea la aer a grefelor şi care astfel ar prinde mai bine. Se compun dintr'un „treillage" de fier galvanizat, care se aplică deasupra şi care este menţinut prin bande adezive.

Regiunea grefată se imobilizează într'o gutieră, timp de câteva zile. Obicinuit pacientul stă la pat mai mult sau mai puţin, în raport cu situaţiunea şi întinderea suprafeţii grefate. *Mauclaire*, aplică chiar un aparat gipsat, face apoi o fereastră la nivelul plăgii unde va aplica grefele.

2) *Regiunea de prelevare*. Dacă locul de unde s'au ridicat grefele sângerează, hemostaza se face prin puţină compresiune cu tampoane de ser cald. Se aplică apoi un pansament cu „tulle-gras" sau cu ambrină. Ca să se evite cicatricea în „joc de dame", aceste grefe se pot ridica pe o bandă longitudinală care apoi se excizează şi se suturează.

5⁰ *Ingrijirile post-operatorii*. Primul pansament se face la patru zile dela operaţiune. Davis îl schimbă la 48 ore, iar plaga o curăţă de secreţiuni cu o sol. de sare normală. De obicei pansamentul nu trebue schimbat înainte de patru zile. După acest interval se poate vedea dacă grefele au prins sau nu. Pansamentul se ridică cu multă delicateţe şi dacă cumva aderă se îmbibă cu ser fiziologic. Grefele care au prins au o culoare rozată. Unele prezintă la centru o pată negricioasă sau au o culoare violacee. Imprejurul grefelor se observă un halo albăstrui care este epiteliul nou ce acopere spaţiul dintre grefe. Grefele care n'au prins au un aspect alb lăptos. Dacă plaga este murdară, acoperită cu falşe membrane, se curăţă cu săpun lichid şi ser fiziologic. Se face din nou un pansament cu ambrina sau cu „talle-gras". Al doilea pansament se ţine cam 3—4 zile. Deobicei după acest pansament, adică la 7—8 zile delă grefare, întreaga suprafaţă este epidermizată. Cicatricea prezintă un aspect caracteristic cu reliefuri formate de insule mamelonate, care nu sunt decât grefele cutanate. Din acest moment se poate aplica un simplu pansament uscat. In a doua săptămână regiunea grefată se descuamează. Davis recomandă să se pudreze cu stearat de zinc şi să se expună la aer. După trei săptămâni se începe un uşor mesaj pentru asuplisarea regiunei până ce tegumentul neoformat alunecă pe planurile profunde. Pentru descuamaţie care durează câteva luni uneori, se poate aplica un cold-cream, oleu de olive, etc.

Este prudent ca şederea la pat să fie prelungită mai mult timp, căci mersul timpuriu congestionează regiunea grefată, iar în intervalul grefelor cicatricea ia o coloraţiune vânătă. Aceste zone sunt încă fragile şi mersul timpuriu le poate da un aspect

cheloidian sau se pot ulcera. Chiar după ce mersul a fost permis, pacientul va feri regiunea grefată de orice traumatism. In ceace priveşte regiunea din care s'au ridicat grefele, cicatrizarea se obţine în două săptămâni.

Cum se prind grefele. Sudura grefelor pe solul de transplantare se face printr'un mecanism analog cu cicatrizarea prin prima intenţiune. La început se produce un exudat fibrino-leucocitar. Apar apoi fenomene de ordin vascular care constau în pătrunderea şi rehabitarea grefelor de către capilarele sanguine eşite din solul plăgii înmugurite şi care pătrund în papilele grefelor. După Davis circulaţiunea cea mai precoce s'a observat la 22 ore dela grefare. O circulaţiune însă, care să garanteze viaţa grefelor nu se stabileşte înainte de 8 zile. Dupe Auclaire, vascularizarea începe în a 4-a zi. In acest interval grefa este nutrită prin circulaţiune plasmatică. Tot atunci se observă o degenerare a epidermului, şi endoteliului vaselor. Pătura cornoasă ramolită se ridică şi rămâne numai dermul acoperit de câteva celule ale stratului malpighian. Foliculii părului şi glandele sebacee sunt elementele cele mai rezistente ale pielei. Procesul de degenerare durează 7—8 zile, când desvoltarea elementelor care trăiesc întrece procesul de degenerare. In acest interval viaţa grefelor este precară. Inervaţiunea începe la periferie şi se desvoltă în 4—5 săptămâni. Apare la început sensibilitatea tactilă, apoi sensibilitatea dureroasă şi la urmă cea termică. După vindecarea complectă apare o pigmentaţiune brună care se observă dealtfel în toate tipurile de grefe. Nu se cunoaşte până acum nici un mijloc sigur ca să le evite.

Digitized by Carol I National Library Cluj

INDICAŢIUNILE.

Rolul mare pe care îl joacă sifilisul în aceste ulceraţiuni cronice impune ca o măsură prudentă facerea unui tratament antisifilitic serios chiar când reacţiunea Bordet-Wassermann este negativă. Este o regulă dela care nu trebuie să se abată nimeni, chiar dacă ulcerul survine în urma unui traumatism. După Leriche 3 din 10 ulcere se vindecă astfel.

In principiu deci se va suspecta întotdeauna sifilisul, tratându-se energic şi prelungit. Să vedem acum indicaţiunea acestei metode de tratament în diferitele ulcere:

1⁰ *Ulcerele cronice de origine traumatică.* Când pierderea de substanţă este mare, când ulcerul este infectat şi cicatrizarea întârzie tratamentul chirurgical îşi are rostul. Condiţiunile precare dela nivelul gambei fac cicatrizarea dificilă în aceste cazuri. Aci simpatectomia peri-arterială dă rezultate admirabile; sterilizează plaga şi cicatrizarea se obţine în câte-va zile. Totuşi, dacă pierderea de substanţă cutanată este mare, grefele sunt indicate căci dau un tegument cu mult superior celui rezultat dintr'un simplu proces spontan de cicatrizare.

2⁰ *Ulcerele consecutive arsurilor.* In urma arsurilor putem avea două feluri de ulcere: 1) Ulceraţiunea secundară a unei cica-

trice vicioase. 2) Ulcer primitiv prin absenţa sau epuizarea efortului de epidermizare şi trecerea lui la stare de cronicitate. In primul caz se va proceda la excizia cicatricei ulcerate. Simpatectomia periarterială permite o grefare în bune condiţiuni. In ceace priveşte tratamentul arsurilor întinse este mai bine să aplicăm grefele. Astfel regretatul nostru prieten d-rul Florescu, după exemplul lui Leriche, a recomandat aceste grefe în arsuri după ce au fost tratate cu acid tanic prin metoda lui Davidson.

3⁰ *Ulcerul la nivelul unui calus exuberant sau hiperostoze.* In aceste cazuri este vorba de un ulcer în funcţie de un factor pur mecanic şi nu se poate vorbi deci de un tratament al ulcerului până ce nu se face abraziunea calusului exuberant sau a hiperostozei. Când plaga a înmugurit se pot aplica grefele lui Davis.

4⁰ *Ulcerele cronice post-flebitice.* Multe ulcere cronice sunt datorite unui proces vechiu de flebită. Aci simpatectomia periarteriale are importanţă căci permite controlul venei femorale. Astfel în două cazuri am avut surpriza să găsim împreună cu d-nul Dr. C. Leonte, alături de artera femurală un cordon fibros care reprezenta vena femurală trombozată. Tratamentul va consta în excizia acestui cordon pe o întindere cât mai mare. Rezecţia venoasă realizează o simpatectomie mai complectă suprimând reflexul dureros şi permiţând vindecarea ulcerului. Aceste ulcere se pot exciza şi grefa.

5⁰ *Ulcerele varicioase.* Până acum, majoritatea ulcerelor cronice ale gambei, la indivizii mai în vârstă, erau considerate ca ulcere varicoase. *Lecène* (Pat. chir. tip. 537), spune precis că nu trebue să se facă un diagnostic de ulcer varicos decât atunci, când ulceraţiunea cutanată este însoţită de varice superficiale evidente. Leriche susţine acelaş lucru considerând drept ulcere varicoase numai pe acele care coincid cu dilataţiuni venoase, sunt plasate pe o dilataţie venoasă şi pe care tratamentul antisifilitic nu le-a ameliorat. In terapeutica ulcerului cronic varicos, atât mijloacele medicale cât şi cele chirurgicale abundă, fără ca unul să dea rezultate bune. Majoritatea acestor tratamente vindecă ulcerul; el prezintă însă o tendinţă dezesperantă la recidivă. In general tratamentul ulcerelor varicoase este complex şi dificil. Aci avem de tratat două leziuni: varicele şi ulcerul. Se poate începe cu tratamentul varicelor, însă Leriche recomandă să se procedeze la sterilizarea ulcerului şi apoi să se extirpe varicele. Ca tratament chirurgical al ulcerelor varicoase s'au recomandat numeroase operaţiuni fără rezultate mulţumitoare. Ulcerul varicos trebuie excizat. Simpatectomia va permite apoi o bună granulaţiune a plăgii. Când plaga a granulat bine se va acoperi cu grefe Davis. Ulcerul, odată vindecat, se vor trata varicele. In rezumat tratamentul chirurgical al ulcerului varicos se face în 3 timpi: 1) Excizia ulcerului şi simpatectomia. Este preferabil ca exciziunea să se facă înaintea simpatectomiei. 2) Aplicaţiunea grefelor. 3) Extirparea pachetelor varicoase. Acesta pare astăzi tratamentul cel mai logic al ulcerelor varicoase. Ar fi interesant de cunoscut rezultatele la

distanţă. Până acum nu avem suficiente documente în această direcţiune. Bolnavii trebuiesc urmăriţi, supraveghiaţi şi consiliaţi să observe o higienă adequată afecţiunii lor venoase.

6⁰ *Ulcerele sifilitice.* Desigur că un tratament antisifilitic bine condus este suficient; totuşi ar fi interesant de revăzut aceşti bolnavi pentru a cunoaşte rezultatele la distanţă. Multe din aceste ulcere, datorite unei arterite sifilitice, nu sunt influenţate de tratament; altele se ameliorează la început, apoi tratamentul devine inactiv. Mai există alte leziuni descrise de *Favre, Constantin* şi *Martin* sub denumirea de *dermită pigmentară purpurică pre-ulceroasă* datorite tot leziunilor de vascularită sifilitică şi etichetate obicinuit ca ulcere varicoase sau eczemă. Leriche crede tratamentul chirurgical indicat chiar în aceste leziuni pentrucă aduce un tegument nou sănătos. Astfel într'un caz, excizând cicatricea, a găsit la examenul microscopic leziuni inflamatorii. In cazurile mai vechi deci s'ar putea face excizia ulcerului şi apoi grefe. Recidivele se vor evita printr'un tratament antisifilitic.

7⁰ *Ulcerele prin cauze diverse:* 1) *Ulcerele consecutive limfangitelor torpide.* Aci simpatectomia este contra-indicată. Tratamentul va fi cauzal.

2) *Ulcerele consecutive degerăturilor.* Conduita vav fi aceeaşi ca în arteritele obliterante. Simpatectomia nu reuşeşte decât în mod excepţional. Leriche recomandă rezecţiunea arterei pedioase şi tibialei posterioare. Obicinuit însă, tot amputaţiunea este sfârşitul.

3) *Ulcerele pe un bont de amputaţiune.* Sunt datorite nevromului terminal, care trebue excizat. La câteva zile apoi, se va grefa. In leziunile mai vechi poate fi indicată şi simpatectomia.

4) *Ulcerile tuberculoase, neoplazice, micozice, etc.,* cer un diagnosticat exact de care depinde succesul tratamentului. Tot astfel *ulcerele de gambă ale splenomegalicilor* observate în splenomegalia algeriană sunt în funcţiune de o micoză splenică şi dispar după splenectomie.

Rezultatele. Leriche dă pe 21 observaţiuni următoarele rezultate la distanţă: 8 mai mult de un an; 1—8 luni; 4—6 luni; 1—5 luni; 7—3 luni; 3—3 luni şi jumătate. In general 20 de retate bune cu cicatrizare obţinută în 15 zile. D-l Prof. *Butoianu;* D-rul *Stoian* şi *Costescu* au prezentat la Societatea de chirurgie din Bucureşti, un rezultat frumos după 6 luni de ulcer grefat. In serviciul d-lui conf. C. Leonte am operat câtea cazuri care durează de câteva luni, termen prea recent pentru a putea trage vreo concluziune.

Această metodă de tratament a ulcerelor cronice n'a fost lipsită de critici. Astfel *Tavernier* a renunţat de a o mai aplica din cauza rezultatelor puţin satisfăcătoare.

Concluziunile. Tratamentul ulcerelor cronice este complex. El necesită un diagnostic precis fără de care nu se poate face un tratament raţional. Tratamentul va avea în vedere factorii generali şi factorii locali de cronicitate. Metoda indicată de Leriche este până acum cea mai logică. Ea constă din exciziune, simpatectomie peri-arterială şi grefarea ulcerului cu grefe Halstead-Davis.

BCU Cluj / Central University Library Cluj-Napoca

Simpatectomia permite controlul vaselor femurale. Grefele lui Halstead-Davis sunt uşor de aplicat şi constituiesc în aceste cazuri o transplantare ideală. Metoda lui Leriche pentru tratamentul ulcerelor cronice trebue încercată pentrucă după autor dă vindecări bune, este economică şi facilă.

BIBLIOGRAFIA

Alexandrescu C.: Intinderea nervilor în ulcerele cronice ale gambei. Teză Bucureşti, 1900.
Alglave P.: La reparation des pertes de subst. cut. par des gr. dermo-epidermiques. Presse med., 1917, No. 41, p. 419.
Bertocchi: Decort. peri-art et gr. auto et homoplastiques. Giornali della Acad. di Torino an V, No. 3, 1927, p 129.
Bizard, Marcereau et Rosenthal: Ulc. de jambe traité et guéri par le bactériophage. Soc. de derm. et syph., 1928, 8 Nov.
Chaix: Thèse de Lyon, 1926.
Cotte: Sur l'utilisation des gr. de Davis dans la cure de l'ongle incarné. Soc. de chir. de Lyon, 2 Fev., 1925.
Davies et Drynan: Ulc. chron. de la jambe traité par la meth. de Wright. The Brit. Med. Journ. 1930, No. 3649, p. 998.
Davis: A method of splinting skin grafts. Annals of Surg., 1909, p. 416.
Davis: Skin graft. at the Johns Hopkins Hospital. Annals of. Surg. 1909, p. 549.
Davis: Exerc. thick. of Thiersch grafts caused by a component of scarlet red. Annals of scarlet red. Annals of Surg. 1913, p. 451.
Davis: The use of small deep skin grafts. Journ. Americ. Med. Assoc. 1914, p. 985.
Davis: The use of small deep skin grafts. Clin. Jouve, 1915, p. 312.
Davis: A back for facil. the handl. of small deep skin grafts. Journ. Amer. Med. Assoc. 1917 p. 997.
Davis: Transpl. of skin. Surg. Gyn. Obst., 1927, p. 181.
Davis and Trant.: Origin and devel. of the blood suppy of slov. thick. skin gr. an exp. study of Surg. 1925, p. 871.
Davis and Trant.: A method of abs. gret. relax. with whole thick. skin gr. Surg. Gyn. Obst. 1926, p. 710.
Dehelly et Chiery: La greffe cutanee de Davis. Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris 1922, p. 495
Deville: Trait. de l'ulc. variq. The Brit. Med. Journ., 1930, No. 3649, p. 1000.
Dobrzaniecki Wl: Infl. de l'abl. des gangl. symp. sur l'évol. des diff. formes de gr. cut. auto et hompl., Lyon chi ., 1930, t. XVII, No. 5, p. 537.
Douglas: Graffes en cribles permettant de recouvrir de larges pertes de subst. cut.. Surg. Gyn. Obst., 1930, No. 61, p. 1018.
Favre, Contamin et Martin: La dermite pigm. et purp. et les phlebites chron. syph. des membres infér., syph. et ulcères dits variqueux. Lyon med, 1924 8 Fevr., p. 136.
Girardier(De): Greffes de Halst-Dav, cond. de transpl. et techn. Lyon med., 31 Juillet, 1927.
Girardier(De): Greffes de Halst.-Dav., ind. et rés.. Lyon med. 14 Aout 1927.
Gouinet Bienvenue: Rés de la radiothér. fonct. symp. dans les erythrocyanoses sus-malléol. et troubles assoc. et dans l'hyposphyxie, la mal. de Raynaud, les ulc. de jambe. Soc. derm. et syph. 1927, 15 Dec.
Leriche R.: Indic. et rés. de la symp. dans la chir. des membr. Rapport 36-e Congrés de chir. 1927.
Leriche R.: Res. d'une meth. de trait. des ulc. jambe.. Soc. dz chir. de Lyon. 8 Dec. 1927.
Leriche et Fontaine: Des causes des ulc de jambe et sur une meth. générale de trait. Reun. derm. de Strasbourg, 17 Janv., 1926.
Leriche et Fontaine: De la stéril. des plaies infect. et des ulc. chron. par la symp. peri-art, Bull. Mem. Soc. chir. 1928, 28 Avril.
Leriche et Fontaine: De l'infl. des opér. symp. sur la leuc.. Presse méd., 1926, No. 71.
Leriche et Fontaine: Rés. donnés par la meth. comb. symp. péri-art. et greffes cut. dans le trait. des ulc. chron. de jambe. Bull. Soc. med. du Bas-Rhin, 1928, No. p. 49.
Leriche et Fontaine: Strasbourg méd. 1928, 20 Avril.
Leriche et Policard: Phisiol path., Masson, 1930, p. 176.
Kenna W. F. Mc. et Fisher H. A: L'emploi de l'iodure double de pot et de merc. pour la désinf. de la peau. Surg. Gyn. Obst., 1920 t. XXX, No. 4, p. 370.
Kilbourne: Ulc. variq. The Journ. of the Amer. Med. Assoc., t. XCV, No. 8, p. 787.
Mauclaire: Les greffes chir. Baillère, 1922.
Nanta A.: Les ulc. de jambe des splenomégaliques. Soc. de derm. et syph., 1928, 15 Dec.
Penant J.: Nouvelle méth. de trait. des ulc. variq. par le cur. et les greffes dermo-epid. Thèse. Paris, 1927.
Rădulescu D: Trat. de urg. al ars cu acid tanic. Teză Bucureşti, 1929.
Risgalla Nassif Gabriel: Contr. a l'étude des gr. cut. Thèse Strasbourg, 1926.
Santy P.: Ulc. chron. très étend. de la jambe traitée avec succès par les gr. de Davis. 21 Mars, 1929.
Schirtliffe: Thèse Montpellier, 1921.
Tinozzi: L'infl. de la symp. cerv. dans les gr. cut. autom. et homoplast.. Rassegna intern. din Clinica e Terapia an. VII, No. 9, 1926, p. 585.
Williams C. A. Mc.: Principes des quatre types de gr. cut.. The Journ. of the Amer. Med. Assoc., v. LXXXIII, No. 3, p. 183, 1924.
Wright: Trait. de l'ulc. variq. The Brit. Med. Journ. 1930, No. 3649, p. 996.

University Library Cluj

RÉSUMÉ: Le Dr. Dan Theodoresco *expose le* Traitement chirurgical des ulcères chroniques de la jambe; *l'auteur demande en préalable un diagnostic précis des conditions déterminantes générales et locales et il recommande un traitement complexe basé sur la méthode de Lerriche: excision de l'ulcère, sympatectomie peri-arterielle et application de greffes cutanées.*

RIASSUNTO: Il Docente Dr. Dan Teodorescu *espone* Il trattamento chirurgico delle ulceri della gamba; *l autore chiede anzitutto una diagnosi precisa delle condizioni di produzione generale e locale, e raccomanda un trattamento completo basato sul metodo di Leriche: 1) escezione dell ulcera, simpatectomia peri-arteriale e l'applicazione di grefe cutanee.*

ZUSAMMENFASSUNG: Dozent Dr. Dan Teodorescu *legt* die chirurgische Therapie des chronischen Ulcus des Beines dar; *der Verfasser verlangt vorläufig eine genaue Diagnoze der generalen und lokalen Hervorbringungsbedingungen und rekomandiert eine komplexe Therapie auf der Methode von Leriche gegrundet: Ulcus-Excision, Sympathekthomia peri-artherialis und Anwendung von dermo-epidermischen Greffen.*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

VIN BRAVAIS

(KOLA, COCA, CACAO, Tannates de Caféine, Cocaine & Théobromine).

Cel mai puternic tonic, nutritiv şi stimulent în afecţiunile cardiace, nervoase, anemie, rachitism, chlorosă, debilitate, convalescenţă, etc.

Literatură şi eşantioane medicale:

J. E. BUCUR — BUCUREŞTI 4

Strada Mecet No. 8.

ANESTEZIA ÎN OBSTETRICA

de

Docent Dr. GH. PLĂCINȚEANU

Se preconizează în general ca femeia gravidă să nu sufere cea mai mică durere pentru orice manoperă obstetricală, la care împrejurările ar sili-o să se supună, ba mai mult unii pretind, că naşterea normală să se desfăşoare într'o linişte perfectă. *Naşterea fără durere ar fi idealul gravidelor şi mamoşilor.*

Inainte de a trece în revistă diferitele anestezice şi metode de anestezie, utilizate actualmente în obstetrică, este interesant să ne oprim puţin asupra *somnului hypnotic* în naşteri.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Eram în clinica *Prof. Franz* dela Charité-Berlin (1923), când asistentul său Zondek încerca şi uneori reuşea în faţa auditorului, să hipnotizeze femeile în travaliu.

Hipnoza este o stare psihică particulară în care sugestibilitatea este mărită la maximum. Hipnoza este desigur un somn, dar un somn deosebit, care trece prin trei stadii, asemănătoare somnului obţinut prin cloroform. Prima fază este marcată printr'o stare de somnolenţă, imediat survine o amorţeală musculară şi apoi un stadiu final de amnezie.

Gravidele ce vor fi supuse hipnozei în timpul naşterii, trebuesc pregătite prin şedinţe anterioare cel puţin cu trei săptămâni înaintea datei presupuse a travaliului. Cam 4—5 şedinţe ar fi suficiente pentru a obţine o stare aptă de hipnoză în travaliu. Momentul cel mai bun pentru hipnoză, după *Gunthervon Wolf*, care s'a ocupat mult de această chestiune, este după masa de amiază sau înainte de culcare, seara. Gravida este culcată într'o cameră mică, hipnotisorul aşezându-se între sursa luminoasă (fereastră sau lampă) şi gravidă, pentru ca aceasta să poată susţine uşor privirea medicului. I se vorbeşte gravidei încet, calm, repetându-i-se ca să nu aibă cea mai mică frică de naştere, că nu va avea nici o durere, nu va simţi nimic; să fie încredinţată că este culcată, deoarece este extrem de obosită şi trebue să se odihnească. Cât timpul durează naşterea trebue s'o menţinem în hipnoză, iar trezirea să se facă foarte lent.

Acest mijloc de somn hipnotic, oricât de interesat ar fi şi ori câte rezultate bune ar da, este condiţionat de o serie de factori, ce trebuesc îndepliniţi, încât păstrează pentru moment valoarea numai a unor încercări de cel mai mare interes, nu a intrat însă în practica obişnuită.

In ultimii ani s'au lansat de diferite laboratorii chimicale o întreagă serie de anestezici în obstetrică.

Dintre preparatele, cari au dat naştere la cercetări şi observaţiuni clinice nenumărate, este desigur *Somnifenul*, întrebuinţat după metoda lui *Cleisz*, în injecţiuni intravenoase.

Acest autor recomandă, când travaliu devine clar dureros, dilataţia este începută, să se facă o injecţiune foarte lentă, intravenoasă de o doză mijlocie de 8 cc. In cazuri de agitaţie acest autor recomandă să se adauge morphină, sau în cazuri când travaliu trebue grăbit să se adauge hypophiză. Pe 22 cazuri astfel tratate, autorul a obţinut 17 succese.

Ledoux de ex. publică 10 cazuri unde gravidele îşi pierd cunoştinţa durerilor, contracţiunile fiind puternice şi repetate, copii se nasc trezi şi vioi, somnul nu este agitat pentru parturiente şi nu se observă agitaţiuni sau alte turburări în post partum.

Somnifenul este nu numai un analgesic dar şi un anestesic. Femeia este absolut inconştientă. Contractura este ameliorată şi retracţiunea uterină s'a arătat întotdeauna normală. Respiraţiunea şi pulsul mamei sunt calme. Somnolenţa poate dura 24 ore. Suferinţa din partea fătului s'au observat într'un număr foarte restrâns de cazuri.

O serie de autori publică cazuri unde somnifenul a fost întrebuinţat cu succes: *Weymeerch, Poulain, Wodon, Favreau* et *Lapervenche, Denizet* et *Gavaudan, Donatien, Marion.*

Somnifenul a fost recomandat în crizele eclamptice, la cachectice, la gravide cu insuficienţe hepato-renale, neproducând choc şi nici modificare în tensiunea arterială sau în compoziţia sângelui *(Ginesty, Mériel* et *Lassalle).*

Unii autori au semnalat totuşi cazuri de intoxicaţiune cu somnifen *(Bickelet Katzenelbogen);* iar alţii chiar decese *(Quercy* et *Lancelot).*

Personal l'am văzut utilizat o singură dată în clinica Prof. Hortolomei din Iaşi. Technica a fost urmată întocmai, injecţiunea de somnifen intravenos fiind precedată de o injecţie de scopolamină-morphină. Acest bolnav nu numai, că a fost în prada unei agitaţiuni deosebite în timpul operaţiunei, dar 24 ore mi se pare i-au apărut adevărate convulsiuni. *Tavernier*, cu drept cuvânt, la soc. de chirurgie din Lyon (1925), conchide cam astfel: *avantajele somnifenului sunt remarcabile, când totul merge bine, dar inconvenientele lui sunt de aşa natură, când urmările sunt agitate, că actualmente îl fac inutilisabil încă în spitale.*

Prin urmare un anestesic bun, dar trebue manipulat cu mari precauţiuni. Posibil ca urmările agitate, semnalate în chirurgia generală să nu fie de aceiaşi gravitate pentru femeia gravidă şi

aşa cred se explică o sumă de publicaţiuni, mereu crescânde, în favoarea somnifenului.

In ultimii ani a mai apărut în arsenalul anestezicilor şi ethylenul, în locul protoxidului de azot, în proporţie de 25—50% de aer.

După *Plass et S. Wauson*, trei sferturi din naşterile normale şi un sfert din operaţiunile obstetricale au putut fi duse la bun sfârşit cu acest mijloc anestezic.

Asfixia copilului este mult mai mică ca la protoxidul de azot. Aceşti autori l'au întrebuinţat în 600 de cazuri.

Hémypnalul este o nouă combinaţiune sintetică de diallyl-barbiturat de ethylmorphină.

Elementul durere este influenţat vădit, însă contracţiunile uterine se menţin. Se notează deasemenea în timpul anesteziei cu acest preparat, o somnolenţă, însă femeia nu-şi pierde complect noţiunea de ceace se petrece în jurul său. A fost utilizat în naşterele permature, în cazuri de rigiditate a colului uterin. Are influenţa de a regulariza travaliu şi a-l accelera. Face uneori să cedeze spasmul colului *(Dujol şi Raillon)*. Nu dă accidente maternele, nu dă cefalee, nici turburări cardiace, iar din partea copilului nu se semnalează fenomene toxice.

Preparatul a fost utilizat în supozitoare. Unii autori *(Pelissier)*, îl recomandă în injecţiuni. Contraindicaţiunile acestui preparat ar fi numai în cazuri de inerţie uterină.

S'au mai încercat încă în obstetrică o altă serie de combinaţii, unele cu succes altele cu mai puţin succes.

Adams a recomandat injecţiuni intramusculare de morphină şi sulfat de magneziu.

S'a întrebuinţat *niketolul* în aplicaţiuni externe pe mucoasa genitală, *Didial 1* şi *Didial 2* (din seria barbiturică) pe cale intramusculară.

Toneff utilizează *atropina-morphina* în tratamentul rigidităţii colului.

Toate preparatele sintetice, cari inundă literatura modernă le-am putea considera încă drept curiozităţi anestezice.

Anestezia curentă obstetricală însă cuprinde, ca şi pentru chirurgia generală trei capitole esenţiale:

a) Anestezia generală;
b) Anestezia regională;
c) Anestezia locală.

In anestezia generală se păstrează locul prim *cloroformului* şi *etherului*, uneori şi *clorurei de ethyl* (Kélenul).

Cloroformul trebue să fie pur şi sunt posibilităţi de laborator. *(Proba lui Langgard* cu formaldehidă-acid sulfuric sau *proba cu nitrat de argint)* pentru a-şi fixa puritatea sa, deoarece cele mai multe accidente sunt consecinţa manipulărei unui cloroform impur.

Cloroformul este toxic, cu urmări ştiute de toată lumea asupra rinichiului, ficatului, pulmonului, imediate sau mai târziu. Am avut personal ocaziunea să pierd o bolnavă tardiv, după cloroformizare.

Cei ce s'au ocupat de morţile târzii după cloroformizare (1—6 zi), au observat la necropsiile unor asemenea cazuri o congestiune, o encefalo-meningită hemoragică, cu repercusiuni destructive asupra centrilor cardio-pulmonari.

In general cloroformul măcar să fie proaspăt şi fiola să fie deschisă în momentul utilizărei.

Fr. Pels Leusden în *Die Chirurgie* rezumă perfect calităţile şi defectele cloroformului şi etherului.

Calităţi: 1) Cloroformul nu irită, mucoasa tractusului respirator, deci nu produce nici o secreţiune în bronşii sau vre-o salivaţie abondentă;

2) Indepărtează înţepeneala musculaturei mai şigur ca etherul;

3) La o cloroformizare mai îndelungată, se poate întrebuinţa doze minimale de cloroform, suficiente să întreţină pacientul, contrar etherului.

Defecte: 1) Atingând pielea sau mucoasa oculară produce răni, plăgi corneale, panophtalmii, etc.;

2) Acţionează prin degenerarea asupra organelor interne, cum este cordul, ficatul, rinichiul, care poate duce la moarte după câteva zile chiar;

3) Scade tensiunea arterială, indicând primejdia unei sincope cardiace.

In această ordine de idei este bun obiceiul ce l'am observat în clinica Prof. V. Pauchet, unde o soră de caritate are sarcina să controleze cu Pachon tensiunea arterială, tot timpul cât durează intervenţiunea. Aparatul indică dacă să i se facă ser artificial, ser adrenalizat, etc. Controlul este riguros şi ajutorul este dat şi pe bază ştiinţifică şi la momentul oportun;

4) Cloroformul produce la lumină deschisă (petrol sau gaz de iluminat) vapori toxici şi pentru bolnav şi pentru personalul medical, ce îl inspiră, dând tuse,, catare bronşice.

De aceia sălile de operaţii trebuesc bine aerisite. Germanii au imaginat aparate electrice sugătoare a vaporilor toxici, eliminându-i în afară de sala de operaţie, printr'o mişcare în aer aproape imperceptibilă, aerul rămânând permanent pur.

Femeia gravidă, din observaţiile tuturor reesă, că tolerează perfect cloroformul, ba mai bine decât în afară de starea de sarcină. Gravida adoarme uşor şi tot uşor se trezeşte, adeseaori chiar fără greţuri şi fără vărsături, aşa cum suntem deprinşi să vedem după administrarea clorurului de ethyl.

Se încriminează anestezia prin cloroform, că ar predispune parturienta la hemoragii ale delivrenţei, având o putere frenatorie asupra celor două calităţi fiziologice ale corpului uterin: contracţiunea şi retracţiunea.

In adevăr contracţiunea este diminuată, însă retracţiunea se păstrează nealterată, ceace se observă în cursul tuturor operaţiunelor de cezariană. Copilul din contră este adormit, aşa se naşte, dar se trezeşte uşor.

Cloroformul pentru gravide este contraindicat când se adaugă afecţiuni cardio-renale, afecţiuni de ficat.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Noi obişnuim să utilizăm cloroformul ca anestezie obişnuit în manoperele sau operaţiunele obstetricale de lungă durată, însă nu singur. Adormim gravida cu cloroform, până obţinem relaxare musculară perfectă şi continuăm întreţinerea somnului cu ether. In felul acesta obţinem imediat narcoza dorită şi îndepărtăm pericolul toxic, când operaţiunea devine laborioasă.

Al doilea narcotic general, *etherul*, preferat de foarte mulţi actualmente, a căpătat o uşurinţă şi o siguranţă în administrare, graţie admirabilei măşti a lui Ombrédanne (cu rezervor automat, reglabil).

Bolnava ia atât cât îi trebue.

Şi etherul trebue să fie pur şi pentru proba purităţei şi netoxicităţei sale este reacţiunea de laborator *Jorrison* cu acid vanilinic şi acid sulfuric sau proba lui *Nessler*.

Laboratorul însă nu-l avem la îndemână înaintea fiecărei narcoze, atunci e preferabil să se întrebuinţeze un ether produs de o fabrică renumită. Actualmente noi utilizăm etherul — *Bayer-Méister-Lucius* — în flacoane de 100 cc., doză suficientă pentru umplerea aparatului *Ombrédanne* şi suficientă pentru o narcoză de durată mijlocie. De când utilizăm acest ather nu am nici un accident în timpul sau post operator.

Tot după *Fr. Pels Leusden* etherul are desigur avantaje asupra cloroformului dar are şi incoveniente.

Avantaje: 1) Este nevătămător în timpul narcozei, ridicând tensiunea arterială, lucrează ca un excitant;

BCU Cluj / Central University Library Cluj

2) Este nevătămător întrebuinţat în catitate mare pentru operaţiunile de lungă durată.

Desavantaje: 1) Arde şi este explozibil;

2) Irită mucoasa respiratorie, producând bronşite, pneumonii, mai ales întrebuinţat în concentraţiune ridicată, face secreţie mucoasă abundentă;

3) Produce cianoză, mai ales când se acopere toată faţa cu masca;

4) Nu se obţine relaxare musculară suficientă şi produce mişcări mari de respiraţie în timpul intervenţiunelor abdominale;

5) Din cauza ridicărei tensiunei arteriale hemoragiile sunt mărite şi întreţinute;

6) Când se prelinge pe faţa bolnavei produce, uneori arsuri. Din acestea se vede contraindicaţiunile întrebuinţărei etherului pentru gravidă şi anume când aceasta are şi afecţiuni respiratorii (pneomonii, bronşite, emfisem), maladii renale, diabet, arterio-scleroză etc.

In clinicele germane se întrebuinţează încă drept anestezic general combinaţiunea de *ether-cloroform-alcool*, în picături, cu rezultate bune.

De câţiva ani a intrat în practica anesteziei generale amestecul lui *Schleich*, din cloroform-clorură de etyl-ether în anumită proporţie, în fiole de 30 cc. turnat în aparatul lui *Ombrédanne*.

Clorura de ethyl a fost recomandată de *Kulenkampf*, ca anes-

BISMUT LIPOSOLUBIL

(SOLUŢIE ULEIOASĂ)

SOLMUTH

1 ccm. = Og. 04 Bi

INDOLOR — PERFECT TOLERAT — INCOLOR

Intruneşte rapiditatea de acţiune a soluţiilor apoase şi eficacitatea profundă şi prelungită a suspensiunilor uleioase.

Pentru adulţi: săptămânal 2 fiole de 1 ccm.

Injecţiunile intramusculare cât mai încet şi mai profund posibil

Cutia cu 12 fiole de 1 ccm. Lei 220 pentru public.

Adoptat de Ministerul Sănătăţii precum şi de Casa Centrală a Asigurărilor Sociale (Ministerul Muncii) unde se află permanent în depozit

LABORATOIRES LECOQ & FERRAND

LEVALLOIS PERRET (Seine).

Reprezentant: AGECO S. A — Bucureşti, Strada Sf. Ionică, 9.

BCU Cluj / Babeș-Bolyai University Library Cluj

Hémostyl

DU Dr. ROUSSEL

Anémies — Hémorragies

SÉRUM HÉMOPOÏÉTIQUE FRAIS DE CHEVAL

Flacons-ampoules de 10cc de Sérum pur

A) Sérothérapie spécifique des ANÉMIES (Carnot)

B) Tous autres emplois du Sérum de Cheval: HÉMORRAGIES (P.E. Weill) PANSEMENTS (R. Petit)

Sirop ou Comprimés de sang hémopoïétique total

ANÉMIES
CONVALESCENCES
TUBERCULOSE, etc.

Echantillons, Littérature

97 RUE DE VAUGIRARD. PARIS

Agent pour la Roumanie: RENÉ DUNOD
103, Strada Toamnei — București

BCU Cluj / Central University Library Cluj

tezic general. Toată lumea ştie că e un anestezic rapid, netoxic şi util mai cu seamă pentru intervenţiuni de scurtă durată, pentru refacerea unui perineu imediat după naştere de ex. Femeia se trezeşte imediat şi fără să păstreze nici cea mai mică urmă de narcotic.

In treacăt pomenim de narcoza cu *ether-intravenos*, după *Burkhardt*. La un litru de ser fiziologic de 28° C se adaugă 50 cc. ether. Narcoza cu ether pe cale rectală a fost recomandată pe vremuri de *Arndt* şi reluată pe urmă de *Dumont*.

Aceste metode au fost întrebuinţate numai în chirurgia generală şi nu găsim nici o aplicaţiuni în obstetrică, studiind literatura.

Anestezia locală are întrebuinţare foarte rară în obstetrică. Se injectează în marginele plăgei de suturat (la perineu de ex. sau colul uterin rupt) dintr'o soluţiune de novocaină 1 la 200; sau se aplică tampoane îmbibate în această soluţiune la suprafaţa mucoasei.

Este o anestezie nesigură în orice caz.

Dar se poate întrebuinţa o altă technică mai eficace; injectându-se câte 20 cc. din aceiaşi soluţie în fundurile de sac vaginale, imobilizând colul uterin cu o pensă. Se obţine prin aceasta o *anestezie regională*, care permite manopere chirurgicale pe col şi tractusul vagino-vulvar.

Victor Pauchet a descris bine technica *anesteziei presacrate*, adică după repararea articulaţiunei sacro-coccigiene se înfundă un ac lung de rachianestezie, profund în sus, sub controlul unui tuşeu rectal, şi se depune anestezic pe faţa anterioară a sacrumului, care acţionează asupra nervilor sacraţi.

Sau se pătrunde prin găurile sacrate posterioare de fiecare parte şi se injectează lichid novococainozat (anestezie transacrată).

Aceste anestezii regionale utilizând multiple înţepături şi o technică complicată nu sunt metode întrebuinţate pe femeia gravidă.

In uzul obstetricei însă s'au introdus de curând două metode cari se disting prin indicaţii, technică, rezultate fiziologice şi care tind să devină metode uzuale. Acestea sunt: *anestezia epidurală* şi *rachianestezia*.

Doléas şi *Galy-Gasparrou* în „Ginécologie et Obstètrique" din 1928, dă un studiu amănunţit al anesteziei epidurale în obstetrică.

După aceşti autori anestezia epidurală este un product francez, datorit lui *Sicard* şi *Cathelin* (1901). Aplicarea ei în obstetrică o datorăm însă lui *Jambon* şi *De Queroily*. Metoda este popularizată şi recomandată de Prof. *Audebert* şi *Garipuy*, iar în 1923, se trece la Toulouse o teză interesantă de către *Bernardbeig* cu această chestiune.

Autorii insistă în lucrarea lor asupra anatomiei regiunei numită *hiatus sacralis*, care trebue reperat. Distanţa dela marginea superioară a hiatusului până la vârful conului dural este de 6—9 cm. Este important de cunoscut pentru momentul când se introduce acul. Acul trebue să meargă absolut liber în canalul sacrat, după

ce a perforat membrana sacrată, şi nu sub periost. După un parcurs de 5 cm. scoţând mandrenul ne dăm seama, dacă pe ac curge lichid cefalo rachidian sau sânge. In ambele cazuri trebue să rectificăm parcursul, căci nu trebue să curgă lichid cefalorachidian, prin urmare să nu pătrundem în sacul dural, precum nu trebue să curgă pe ac sânge din vr-o venă plexiformă, înţepată.

Dacă nu curge nimic pe ac şi aceasta este la profunzimea de 5—5½ cm. dela marginea superioară a hiatusului, atunci injectăm, dintr'o soluţiune de novocaină 2% în ser izotonic, cam 30 cc.

Efectul este producerea unei *anestezii în şea*, adică a perineului superficial şi profund, micul basin, ridicătorul anal, mucoasa externă a colului uterin. Prin urmare o relaxare a muşchilor perineului cu suprimarea sensibilităţei în această regiune. Insă se conservă perfect activitatea de contracţiune şi retracţiune uterină, iar starea generală rămâne nelovită. Nu se scoboară tensiunea arterială, nu produce dureri de cap, stare de şoc.

Obţinând o asemenea anestezie în şea, atunci poate fi întrebuinţată şi în adevăr este, în toate intervenţiunile pe cale joasă, însă nu la principare cu perineu foarte rezistent şi cu perioada de expulsare prelungită, nu deasemenea în prezentaţia umerilor, în stări de contractură uterină marcată sau la femei obeze, când găsirea regiunei de puncţionat întâmpină dificultăţi somatice.

Rămâne însă o anestezie perfectă în mâinile celor experimentaţi, pentru *aplicaţiuni de forceps, prezentaţia şezutului* (decomplect), *versiuni interne, extirpări de tumori previa, la gravide cu stare generală precară.* Permite de asemenea examene amănunţite în timpul sarcinei şi în timpl travaliului, fără ca să influenţeze mersul normal al acestora.

In ceace priveşte *rachianestezia în obstetrică* este tot de dată recentă. *Malartic* (1901), raportează în teza sa 62 observaţiuni, utilizând cocaina, arătându-i puterea sa analgesică, excitatoare asupra contracţiunilor uterine şi a retractibilităţei, cu efecte hemostatic.

Malartic şi *Doleris* sunt promontorii *rachianesteziei obstetricale.* Nu putem însă vorbi niciodată de rachianestezie fără să pomenim că *Bier* în 1899 a publicat primul în „Deutschen Zeitscrift für Chirurgie" lucrarea: „*Versuche über kokainisierung des Rückenmarkes*" şi că el a fost consacrat de însuşi Reclus, ca imaginatorul metodei „*c'est Bier et Bier seul qui a imaginé et realisé la méthode*". Dar ceace era pentru *Bier* rachianestezie numai lombară, a devenit pentru *Toma Ionescu* rachianestezie generalizată la toată înălţimea coloanei vertebrale şi la recomandarea stovainei cu corectivul său stricnina. Aceasta constitue specificul metodei româneşti, datorite Prof. *Toma Ionescu.* Puncţia spaţiului arachnoidian se poate face fără nici o primejdie în oricare segment al şirei spinărei, iar adăugirea stricninei este fără importanţă asupra anestezicului. In anul 1909 *Prof. Toma Ionescu* a descris pregătirea soluţiunei anesteziate, technică, rezultate. Dela dânsul metoda s-a încetăţenit în chirurgia generală.

Soluţiunile anesteziante însă au suferit schimbări, căutându-se preparate din ce în ce mai puţin toxice.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Sol. cocaină experimentată pe animale s'a observat, că doza anesteziantă este mortală, dând hiperemia creerului şi *Miculicz* după 62 de rachicocainizări părăseşte complect acest anestezic.

Stovaina întrebuinţată încă e mai puţin toxică. Dar *novocaina* după lucrările lui *Heineke und Laewe*, influenţează foarte puţin nervii motori, păstrându-şi totuşi puterea anesteziantă.

Tropocaina s'a dovedit mai puţin toxică asupra sistemului nervos şi cu influenţă însemnat mai mică asupra muşculaturei respiratorie, dacă i se adaugă şi adrenalină.

Noi întrebuinţăm novocaina „Meister-Lucius" în soluţiunea de 10%, trase în fiole de 2 cc.

Lantnéjoul în 1924, publică un articol interesant în ceace priveşte modul cum a evoluat chestiunea *rachianesteziei obstetricale*.

Fiind vorba de obţinerea unei anestezii de 30—50 minute, nu poate fi întrebuinţată ca metodă curentă în travaliu normal.

Intrebuinţată însă pentru intervenţiuni chirurgicale-obstetricale pe femei tuberculoase, cardiace, anemiate s'a arătat perfect tolerată.

Raclajele, perineorafiile, cezarienele, pentru aplicaţiuni de forceps, pentru extracţiunea şezutului, când este necesar o pubiotomie, când trebue să se obţină o perioadă de repaus mai mare în naşterile grele, în toate aceste împrejurări rachianestezia este o metodă rapidă, sigură anodină.

Rachianestezia din punct de vedere anatomo-fiziologic este o paralizie chimicală a sistemului nervos de legătură între măduvă şi periferie. Asupra sferei genitale femeeşti produce o anestezie imediată şi complectă. Vulva, anusul se întredeschid, sfincterul se paralizează. Perineul, vulva, vaginul devin suple, pot să se distindă la maximul fără să se rupă, devin de o supleţă remarcabilă. Insuşi colul uterin devine suplu şi se lasă deschis sau dilatabil. Contracţiunile uterine însă se menţin şi se produc chiar mai accentuate, însă femeia nu le simte, sensibilitatea la durere a dispărut.

Femeia rachianesteziată este o paraplegică, ea nu are dureri, căci conexiunile cu periferia sunt întrerupte, însă uterul se contractă, căci sistemul nervos intramural rămâne intact.

Pentru *Malartic*, contracţiunele uterine în rachianestezie sunt chiar mai puternice pentru că centrul lombar uterin (în măduva lombară) este mai mult moderator, iar cel intramural (ganglionii din peretele uterin) este mai mult motor.

Din publicaţiunele apărute până în prezent se vede că rachianestezia este bine tolerată de femeile gravide, produce rar greţuri, dureri de cap, retenţii de urină post anestezice, etc.

In orice caz fătul nu este atins, copilul strigă imediat.

Pentru avantajele care le oferă rachianestezia, a făcut pe *Prof. Paul Delmas* să recomande lumei obstetricale acest mod de anestezie ca un mijloc de a provoca *naşterea la oră fixă*, după voinţă. Metoda lui *Paul Delmas* însă, precum întrebuinţarea în general a anesteziei rachidiene în obstetrică nu este complectamente anodină.

Sunt autori cari citează cazuri de hemoragii rebele şi char mortale în post partum sau imediat după intervenţie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In orice caz rachianestezia de utilizare curentă în chirurgia generală nu poate fi considerată, cel puţin după datele actuale, ca un mijloc anestezic de toate zilele şi în toate împrejurările, pentru gravidă. Dacă în unele cazuri este superioară anesteziei generale, uşurând manopera de dilatare a colului, extracţia fătului, etc., în altele însă este inferioară.

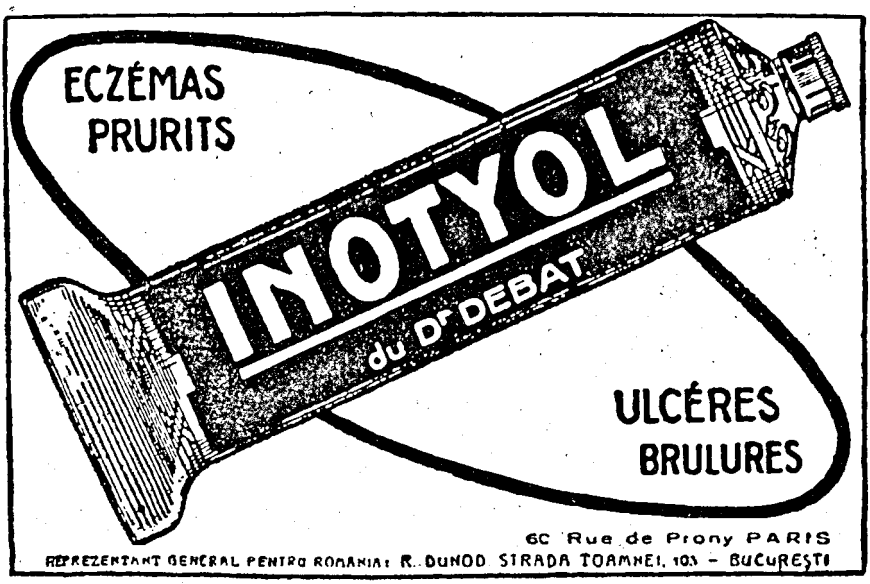
Decurând operând o femee cu placentă previa sub rachianestezie, unde a fost necesar şi o incizie pe col, — segmentul inferior — la 1/2 oră după evacuare şi sutura colului a survenit o hemoragie rebelă la orice tratament (pungă cu ghiaţă, pituglandol, clauden, ergotină, calciu pe cale endovenoasă, etc.). Hemoragia provenea din segmentul inferior, flasc şi fără nici cea mai mică urmă de retracţiune. Un tamponaj bogat intrauterin a făcut să înceteze hemoragia.

Prin urmare rachianestezia este o achiziţiune nouă pentru obstetrică, promite să capete un câmp vast de întrebuinţare în acest domeniu, dar pentru moment, rezultatele nefiind bine clasificate, metoda nefiind bine observată ca indicaţiuni, rămâne o anestezie accidentală în obstetrică şi în orice caz mai sigură numai în mâinele celor cu experienţă.

RÉSUMÉ: Le Doc. Dr. Gh. Placinteanu *expose* L'Anestesie en obstetrique *au point de vue génerale, regionale et locale, avec tous les agents et avec toutes les méthodes employées jusqu'à présent par les divers auteurs.*

RIASSUNTO: Il Docente Dr. Gh. Placintianu *espone* L'anestesia in ostetricia, *generale, e regionale o locale, con tutti i medicamanti e tutti i metodi usati fino adesso dai diversi autori.*

ZUSAMMENFASSUNG: Dozent Dr. Gh. Plăcintianu *stellt die* Anästhesie in der Geburtshülfe *dar (allgemeine, regionale und lokale) und beschreibt die bis jetzt von verschiedenen Autoren gebrauchten Arzneimitteln und Methoden.*



TRATAMENTUL PICIORULUI STRÂMB CONGENITAL DUPA 2 ANI

de

Prof. I. IACOBOVICI şi EM. NICHITA

Tratamentul piciorului strâmb congenital variază cu: vrâsta bolnavului, forma şi gradul deformaţiei, supleţea sau fixitatea ei.

Până la vârsta de 2 ani, tratamentul este pur ortopedic, asupra acestui punct toţi autorii sunt de acord.

Dela 2 ani în sus deformaţia este mai greu de corectat numai prin mijloace pur ortopedice. Atitudinile vicioase, suple şi reductibile până acum, se agravează tot mai mult şi se fixează, devenind ireductibile, prin jocul a 2 legi fundamentale în ortopedie: legea lui Delpech şi legea lui Ducroquet.

Legea lui Delpech (1828) privitoare la schelet, în perioada lui de creştere: *La nivelul articulaţiilor, o repartiţie anormală a presiunilor modifică activitatea osteogenică a cartilagiilor de creştere vecine, astfel că: în punctele de hiper-presiune se produce o diminuare a creşterei, iar în punctele de hipo-presiune se produce din contră o exagerare a creşterei.*

Din această inegalitate a creşterei osoase rezultă neregularităţi şi deformaţiuni osoase ale suprafeţelor articulare, ireductibele manual. De aici decurge principiul hipercorecţiei: fixând articulaţia deformată, timp îndelungat, în hipercorecţie (atitudine inversă deviaţiei), adică degajând punctele de hiperpresiune şi apăsând punctele de hiperpresiune, inversând deci punctele de aplicaţie ale acestei legi, nivelăm treptat creşterea osoasă şi astfel deformaţiile osoase se corectează.

Legea lui Ch. Drucroquet (1925), privitoare la părţile moi capsulo-ligamentare.

Orice ligament (tendon, capsulă, apenevroză), pus în tensiune timp îndelungat, se lungeşte şi se atrofiază; orice ligament neîntins (relaxat), se plisează şi se retractează, contribuind la fixarea atitudinilor vicioase.

Aceste modificări anat. patologice se petrec dela început, încă din timpul vieţii intra-uterine. In primii ani însă, obstacolele pe cari ele le constituesc, sunt relative mici şi pot fi uşor învinse prin

cercetări manuale, cari fac să lucreze aceleaşi legi, inversând însă punctele lor de aplicaţie, adică degajând punctele de hiperpresiune şi apăsând punctele de hipo-presiune prin anumite atitudini (de hipercorecţie) date piciorului şi menţinute timp îndelungat.

Cu timpul însă, dela 2—3 ani înainte, obstacolele se agravează şi fixează deformaţia, făcând-o ireductibilă prin simple manevre manuale şi necesitând anumite operaţiuni chirurgicale asupra părţilor moi şi a scheletului în raport cu felul, gradul şi sediul acestor obstacole.

Bazaţi pe această evoluţie anatomo şi fizio-patologică a picioarelor strâmbe congenitale, şi de acord cu cei mai mulţi autori, putem împărţi tratamentul lor, astfel:

1⁰ Tratamentul pic. strâmbe cong. până la 2 ani

2⁰ Idem între 2—5 ani.

3⁰ Idem peste 5 ani (picioare strâmbe inveterate).

1⁰ Trat. pic. strâmb cong. până la 2 ani este pur ortopedic şi nu nitră în cadrul articolului de faţă.

* * *

Tratamentul piciorului strâmb congenital între 2—5 ani

Ori care ar fi forma lui, în această perioadă tratamentul are de scop:

A. Corectarea tuturor elementelor componente ale diformităţii; se va urmări totdeauna să se obţină o hipercorecţie;

B. Menţinerea corecţiunii obţinute, până ce tendinţa la revenire, dispare;

C. Restabilirea balanţei musculare, prin un trat. funcţional îndelungat, cu scopul de a stimula şi tonifica muşchii mai slabi, a modera activitatea celor mai puternici, opunându-ne la tendinţa lor de a se scurta şi retracta; prin aceasta vom reuşi să menţinem mai departe atitudinea de corecţiune, prin jocul şi echilibrul normal al muşchilor, singura menţinere fiziologică durabilă, care face inutile orice alte aparate de contenţiune.

După vindecare, e necesară o supraveghere îndelungată, de mai mulţi ani.

A. *Corectarea diformităţii.*

Toate statisticile (Bessel-Hagen, Tamplin, Whitman) sunt de acord în a arăta că marea majoritate a picioarelor strâmbe cong. o formează varietatea Varus-echin (86%); tema trat. pic. strâmb cong. se raportează, deci, cu deosebire la această varietate.

Diformitatea de Varus-echin e complexă şi constă din (Ducroquet):

1⁰ Aducţia piciorului anterior, sau metatarsus varus (se face din artic. medio-tarsiană).

2⁰ Supinaţia.

3⁰ Bascula calcaneană (se face din artic. sub-astragaliană).

4⁰ Echinismul (se face din artic. tibio-tarsiană).

BCU IASI / Central University Library Iasi

Corectarea pic. varus-echin. cong. constă din corectarea pe rând a tuturor elementelor sale componente, notate mai sus; la copii între 2—5 ani această corectare se face rapid, sub narcoză, în o singură şedinţă şi poartă numele de corectare forţată manuală.

Ea se face prin aceleaşi manevre manuale, ca şi la sugaci, şi în aceiaşi ordine, dar cu mai multă putere, pentru a obţine corectarea în o singură şedinţă. Când copilul a început să doarmă bine, se începe corectarea adducţiei, după ce am obţinut complect această corectare, trecem la corectarea supinaţiei şi basculei calcaneene, când şi acestea au fost corectate bine (hiper), trecem la corectarea echinismului. Acesta e lăsat tocmai la urmă, pentru că tendonul lui Achille retractat, menţine şi fixează bine piciorul posterior, constituind un sprijin solid, în jurul căruia putem imprima piciorului anterior toate manevrele şi atitudinile necesare deplinei lui corectări.

Dacă echinismul nu poate fi corectat prin manevre manuale, se face secţiunea subcutanată a tend. lui Achille, la 2 cm. deasupra vârfului maleolei interne (Jalaguier).

Se aplică un mic pansament steril pe împunsătura tenotomului şi apoi se corectează şi echinismul.

Inainte de războiu exista un întreg arsenal de aparate mecanice de forţă, brutale, *tersoclaste*, de cari se serveau ortopediştii pentru corectarea forţată şi cari produceau uneori complicaţii grave, sau numai corectări incomplecte sau aparente; azi aproape nimeni nu se mai foloseşte de ele; cel mult se mai văd în uz câteva aparate simple, inofensive şi în adevăr utile, ca: prisma triunghiulară (Lorenz), şi planşeta ortopedică, dar şi acestea nu-s indispensabile.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Noi am executat corectarea forţată manuală, fără nici un aparat special, după technica lui Ch. Ducroquet, pe care o găsim f. simplă şi eficace (v. Journal Médical Français Nr. 1/1925).

Sunt cazuri ,la cari retracţia părţilor moi din partea int. a piciorului este aşa de puternică, încât nu cedează la corectarea forţată. In aceste cazuri, pe lângă tenotomia achiliană, suntem nevoiţi să secţionăm, subcutan sau deschis, după caz, acele formaţiuni tendino-capsulo-ligamentoase retractate şi anume:

Secţiunea lig. lat. intern (Nové-Josserand), tend. gambierului anterior şi post, flexorul lung al halucelui, aponevroza plantară în partea ei internă, capsula artic. (Anzoletti, Codivilla, Ober, Majnoni d'Intignano, etc.).

In alte cazuri, mai grave, cu toate secţiunile părţilor moi retractate, nu se poate obţine o corectare suficientă, din pricina deformaţiilor şi obstacolelor osoase şi osteo-cartilaginoase. In aceste cazuri s'a propus a se ataca scheletul osteo-cartilaginos al tarsului, prin operaţia numită: *evidarea osoasă subcutanată paramedio-tarsiană.*

Concepută şi menţionată întâi de Meusel (Congr. german de Chir. 1890), executată pe cale deschisă de Ogston (1902) şi Lauenstein (1903), apoi perfecţionată şi făcută subcutan de Men-

cière (1905), Lamy (1910), această operaţie constă din mici punctiuni subcutanate, cu bisturiul, pe faţa dorsală a piciorului, în aria oaselor tarsului din jurul artic. medio-tarsiene, perforarea coajei lor cartilaginoase cu un perforator de mână şi extragerea nucleului lor osos, cu o lingură Volkmann, prin tunelul făcut cu perforatorul; oasele lipsite astfel de miezul lor osos, şi constituite acum numai din un înveliş gros de cartilaj, au devenit suple, uşor comprimabile şi modelabile, nu mai opun acea rezistenţă invincibilă la corectarea forţată, care acum, după această operaţie prealabilă, se face lesne şi cu succes.

Plăgile de punctiune se acopăr cu comprese şi vată sterilă şi piciorul se fixează într'un aparat gipsat, în hipercorecţie.

Casele cari trebuesc evidate (enucleate) sunt:

Astragalul, pentru corectarea echinismului.

Calcaneul, pentru corectarea supinaţiei şi basculei.

Cuboidul, pentru corectarea educaţiei.

Această operaţie, relativ simplă şi inofensivă, ar permite o bună corectare şi ar lăsa piciorului forma lui absolut normală; ea ar avea toate avantajele celorlalte operaţiuni osoase, fără a avea inconvenientele lor.

La Congresul Soc. Fr. de Ortopedie din 1930, Nové Josserand şi Lucien Michel au propus a asocia la evidarea paramedio-tarsiană şi *artrodeza subastragaliană*. Elementul cel mai greu de corectat şi menţinut este bascula calcaneană, care se face din artic. subastragaliană, cum a arătat Ch. Ducroquet. Pentru a corecta, trebue să atacăm această articulaţie, ca în picioarele strâmbe paralitice, prin o artrodeză, mai largă la partea ext., adică cuneiformă cu baza art., care permite ridicarea calcaneului în poziţie verticală şi corectarea basculei şi supinaţiei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Prin o incizie curbă retromaleolară externă, se descopăr tend. peronierilor laterali şi se depărtează înapoi; se decolează înainte pediosul şi descopere sinus tarsi, prin care se abordează artic. subastragaliene şi se face artrodeza lor, cuneiformă cu baza ext. Prin aceiaşi incizie se perforează şi se enuclează cuboidul, marea apofiză a calcaneului, capul şi colul (la nevoe şi corpul) astragalului. Se face corcetarea forţată, manuală. Se suturează la loc pediosul, ţesuturile moi, pielea cu fire de catgut. Dacă e nevoe se face şi aponevrotomia plantară subcutan sau deschisă şi tenotomia achiliană; pansament aseptic, cismă de gips în hipercorecţie, injecţie antitetanică. (Revue d'Orthopédie Nr. 2/1931).

B. Menţinerea se face cu un aparat gipsat circular, care se întinde dela rădăcina degetelor, până deasupra genunchiului, flexat în unghiu drept. Se face în gips o fereastră înainte, la nivelul gâtului piciorului şi alta sub călcâiu; se degajează spaţiul popliteu, se supraveghează degetele. Gipsul se ţine 4—6 săptămâni, apoi se înlocueşte cu altul, pus tot în poziţia de hipercorecţie; se schimbă şi acesta cu un al treilea gips.

Imobilizarea în gips trebue să dureze 4—5 luni, în care timp copilul poate merge cu ap. gipsat.

După scoaterea ultimului gips, piciorul trebue să rămână dela sine în poziţia corectată; atunci este vindecat.

Semnele clinice ale unei vindecări complecte sunt:

Menţinerea fermă a piciorului în poziţie corectată, în toate împrejurările (în pat, în staţionare, în mers, Tubby).

Excitarea plantei piciorului provoacă mişcări active de pronaţie (Nauber).

Copilul se poate lăsa pe vine cu toată planta piciorului sprijinită pe sol (Czerny), — flexiunea dorsală trece de unghiu drept (Hoffa).

C. Tratamentul funcţional va consta din: băi calde, masagii, mişcări pasive şi active, exerciţii de mers corect.

Copilul va merge încălţat, iar ghiata pic. bolnav va fi fără toc şi va avea talpa mai groasă la marginea ei externă. Peste noapte piciorul va fi menţinut cu o atelă St. Germain. Timp de 2—3 ani copilul va fi supraveghiat şi controlat de medic.

* * *

Tratamentul picioarelor strâmbe inveterate (după 5 ani)

Acestea prezintă, de regulă, deformaţiuni osoase grave, cari fac piciorul fix, ireductibil prin manevre manuale sau operaţiuni numai asupra părţilor moi.

A. Totuşi vom încerca întâi, de probă, corectarea forţată manuală sub narcoză şi dacă nu reuşim, vom recurge, în altă şedinţă, la operaţiuni osoase şi articulare, cari vor avea de scop principal să restabilească funcţia de suport a piciorului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Operaţiile întrebuinţate azi în acest scop sunt:

1⁰ *Medio-tarsectomia cuneiformă dorsală externă*, propusă şi magistral descrisă de Farabeuf în tratatul său clasic de med. operatorie, corectează f. bine adducţia, mai puţin supinaţia şi bascula calcaneului; se asociază la ea tenotomia achiliană pentru corectarea echinismului. Ombrédanne a mai perfecţionat-o, adăogându-i şi tenodeza scurtului peronier lateral, ca operaţie complimentară.

2⁰ *Tarsectomia cuneiformă dublă: medio-tarsiană şi subastragaliană, cu baza externă* — operaţia lui *Ombrédanne*, este o lărgire a dublei artrodeze Ducroquet-Launay, dela care Ombrédanne s'a inspirat.

Această operaţie atacă sistematic toate elementele diformităţii, la locul lor de producere, şi le corectează în mod perfect, astfel: tarsectomia cuneiformă medio-tarsiană dorsală externă corectează adducţia şi scobitura piciorului; tersectomia subastragaliană cuneioperatorie, corectează f. bine adducţia, mai puţin supinaţia şi bascula calcaneană, tenoplastia (alungirea) achiliană corectează echinismul.

La aceşti bolnavi nu se face tenotomie, ci tenoplastia tendonului lui Achille, pe cale deschisă în 2 planuri frontale (Vulpius). Operaţia lui Ombrédanne este cea mai logică şi mai complectă; este

însă o operaţie mai labrioasă; e urmată dese ori de hematom vol; de aceia trebue dată o atenţiune f. mare la asepsie şi hemostază, iar după operaţie să se imobilizeze cu o atelă St. Germain şi numai după 8—10 zile, la scoaterea firelor, să se fixeze pic. în aparat gipsat, în hipercorecţie.

3⁰ *Astragalectomia, cu împingerea piciorului îndărăt (operaţia lui Whitman)*, operaţie mai simplă şi care corectează f. bine echinismul şi torsiunea gambei, păstrând piciorului oarecare mobilitate, utilă în mers, căci permite piciorului să se adapteze la teren; nu corectează însă suficient adducţia şi supinaţia.

Gross a recomandat încă din 1885 să se adauge la astragalectomie şi o rezecţie calcaneo-cuboidiană, pentru a creia înafară spaţiu de corectare pentru varus. Astfel complectată, operaţia este mult mai eficace (astragalectomie cu tarsectomie cuneiformă ext. Gross).

4⁰ *Tarsoplastie internă prin transplant osos cuneiform extern (operaţia lui Albee)*, modificată de Ombrédanne.

Se începe cu tenoplastia achiliană. Prin o incizie dorsală arciformă între vârful maleolelor, se degajează părţile moi dorsale, şi dela ambele margini ale piciorului, puţin şi cele plantare. Se rezecă un cuiu osos cu baza externă, din calcaneu — cuboid; se prelungeşte incizia osoasă transversal înăuntru prin astragal scafoid; se extrage cuiul osos extern, se corectează adducţia şi cuiul osos se aşeazţă în despicătură căscată a scafoidului, cu baza înăuntru.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Astfel adducţia se corectează f. bine fără ca piciorul să piardă din forma şi mărimea lui, iar menţinerea este f. uşoară.

5⁰ *Osteotomia supramaleolară*, indicată în cazurile cu torsiune pronunţată a tibiei înăuntru. Ombrédanne preferă ca după detorsionarea fragmentului inf. înafară cu 45⁰, să fixeze capetele osoase cu două şurupuri de osteosinteză temporară, pe cari le scoate după ce calusul s'a format şi consolidat (25—30 zile).

In loc de acestea, se poate fixa piciorul în o gutieră de gips ca pentru o fractură obişnuită.

Operaţiunile osoase enumărate mai sus şi larg descrise în tratatul lui Ombrédanne, trebue făcute pe un un picior ale cărui oase sunt suficient de desvoltate, ca să ofere o bună priză operatorului, să fie urmate de vindecarea prin anchiloză, urmărită şi să nu dea loc mai târziu la tulburări grave în creşterea piciorului.

De aceia prof. Ombrédanne recomandă a nu face aceste operaţiuni înainte de 8—10 ani. Când numai cu ele nu se poate obţine o corecţiune suficientă (ipercorecţie), se vor secţiona şi părţile moi retractate, cari se mai opun la corecţiune.

In unele cazuri foarte avansate şi cu deformaţiuni enorme, e nevoe de operaţiuni atipice, rezecţiuni largi în oasele tarsului, uneori adevărate dezosări (Lucas-Championnière), asociate cu secţiuni de ligamente, tendoane, fascii, capsulă, pentru a putea da piciorului o formă utilizabilă, din punctul de vedere al funcţiei de suport.

Aceste cazuri vor fi cu atât mai rari, cu cât trat. pic. strâmbe cong. va fi făcut mai de timpuriu şi mai complect, nelăsându-le să ajungă la deformaţiuni monstruoase.

B. După operaţiile corectoare, piciorul este imobilizat în hipercorecţie, cu un aparat gipsat circular, sau gutieră de gips 4—6 săptămâni, după care se înlocueşte cu altul, pentru un timp egal.

După scoaterea ultimului gips, piciorul este vindecat prin anchiloză, care-l menţine durabil în poziţia dată.

C. Tratamentul fizioterapic se va face şi aici, dar va urmări mai ales ca piciorul să nu fie dureros, edemaţionat şi să ofere un bun sprijin în mers şi staţionare.

Din cele de mai sus se vede că în alegerea operaţiilor trebue să evităm a lucra asupra artic. tibio-tarsiene (regina), a cărei bună funcţionare este aşa de necesară în actul mersului.

* * *

Celelalte forme şi varietăţi de picioare strâmbe cong. sunt mult mai rari, unele excepţionale. Tratamentul lor se inspiră din aceleaşi principii. Intre 2—5 ani se va face corectarea forţată manuală sub narcoză, prin manevre manuale, cari să întindă părţile moi retractate şi să comprime părţile osoase hipertrofiate; piciorul hipercorectat va fi imobilizat în aparate gipsate succesive 4—5 luni, după care se va face trat. funcţional. Când corectarea forţată manuală nu se poate face, se va recurge la secţionarea părţilor moi retractate şi eventual la enuclearea acelor oase cari se opun la corecţiune.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pentru cazurile inveterate, peste 5 ani, cari nu se pot reduce prin corectare forţată manuală, se va recurge la operaţiuni pe schelet şi părţile moi; astfel pentru:

Echin pur cong. (.3% Whitman), e indicată, tenoplastia achiliană, astragalectomia lui Whitman.

Calcanean (2.2% Wh.); medio-tarsectomia cuneiformă plantară transversală; operaţia lui Robert Jones (rezecţia tibiotarsiană şi medio-tarsiană).

Valgus. (6.8% Wh.), tenotomia sau tenoplastia peronierilor şi tend. Achille; rezecţia cuneiformă astragalo-scafoidiană, cu baza internă (operaţia lui Ogston); dubla tarsectomie cuneiformă: medio-tarsiană cu baza plantară şi internă (corectează abducţia) şi sub-astragaliană cu baza internă (corectează pronaţia).

In calcaneo-valgus (4,1%) şi calcaneo-varus (0.5% Wh.), operaţii combinate din cele de mai sus.

Cavus: (0.2% Wh.): rezecţia aponevrozei plantare, urmată de grefă cutanată pediculată; (Froelich), medio-tarsectomie cuneiformă cu baza dorsală şi transversală.

In executarea acestor operaţiuni, vom lua aceleaşi precauţiuni severe, de asepsie şi hemostază, ca şi la operaţiile contra pic. varus-echin.

* * *

In Clinica Chirurgicală din Cluj (Prof. Iacobovici), în intervalul 1920—1930, au fost tratați 80 bolnavi cu picioare strâmbe, dintre cari 33 cu picioare strâmbe varus-echin congenitale (dr. 7, stg. 13, bilat 13); 12 fete și 21 băeți.

Ca vârstă au fost:

până la 2 ani împliniți:	14
între 2—5 ani împliniți:	3
peste 5 ani	16
	33

Din aceștia 2/3, între vrâsta de 1—5 ani au fost tratați prin metoda ortopedică a masagiilor modelante, asociată cu tenotomia sau tenoplastia achiliană la o parte din ei, — urmată de o imobilzaire în atelă St. Germain, sau aparat gipsat 3—4 luni — schimbat la 4—6 săptămâni.

La plecarea din serviciu cei mai mulți prezentau o corectare suficientă. In ce măsură s'a menținut această corectare și cum au respectat recomandațiunile care la plecare, nu ne-a fost posibil să controlăm, cei mai mulți bolnavi fiind din regiuni îndepărtate, și ne mai venind la control.

La 1/3 s'au făcut intervenții pe schelet (între 4½—23 ani) și anume:

1) Medio-tarsectomie cuneiformă dorsală ext. la 6 bolnavi (2 bilateral), asociată cu tenotomia sau tenoplastia achiliană, aponevrotomie plantară.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dintre aceștia unul a sucombat de o complicație bronchopulmonară, ceilați s'au vindecalt în bune condițiuni. Este de remarcat în special un caz. S. T. 23 ani, cu diformități foarte accentuate, la care prin medio-tarsectomie cuneiformă dorsală și externă s'a obținut o corectare foarte bună; după vindecare bolnavul a rămas mulți ani în Clinică, făcând serviciul de laborant și putând să stea și să meargă foarte bine, fără nici o jenă, chiar să fugă.

2) Dubla tarsectomie (Ombrédanne): medio-tarsiană și subastragaliană, tenoplastie achiliană, — s'a făcut într'un caz (B. T. 16 ani). După operație însă s'a format un hematom voluminos, care a produs fenomene de compresiune și gangrenă — pentru care a necesitat o amputație supra-maleolară.

3) Operația lui Albée — făcută la bolnavă de 6 ani — care s'a vindecat în excelente condițiuni.

4) Astragalectomia lui Whitmann s'a făcut la 2 bolnavi (12, și 21 ani); la unul s'a adăugat și o rezecție parțiolă din cuboid și din calcaneu (Gross).

Ambii bolnavi s'au vindecat foarte bine, având un mers suplu, și nedureros.

După operație, bolnavii au fost imobilizați în aparate gipsate, schimbate la 4—6 săptămâni — timp de 4—5 luni, — după cari li s'au luat măsură și confecționat de ghete ortopedice, cu cari au plecat acasă, recomandându-le trat. fizioterapic și, să mai revină la control.

O atenţie deosebită s'a dat bolnavilor înainte de operaţie. Piciorul de operat a fost tratat cu băi calde antiseptice 5—6 zile consecutive, şi pansamente aseptice, înainte de operaţie, iar bolnavilor li s'a administrat per os Calciu Chlorat 10/300, pentru a mări coagulabilitatea sanghină.

In adevăr 2 mari pericole ameninţă decursul post-operator: infecţia şi hematomul post-operator. Impotriva lor trebuesc luate toate măsurile de precauţiune şi combatere. Dacă bolnavul este pus la adăpostul acestor complicaţii, operaţiunile descrise mai sus, azi bine regulate în toate detaliile lor, bine şi corect executate, sunt capabile să corecteze şi deformaţiile cele mai grave, cari tot se mai văd la bolnavii cu picioare strâmbe congenitale.

Idealul este însă profilaxia lor, care constă din tratamentul ortopedic făcut din primele zile dela naştere, timp îndelungat şi complect, până la vindecare, urmată de o lungă perioadă de supraveghere.

RÉSUMÉ: Le Prof. I. Iacobovici *et le Dr.* Em. Nichita *exposent le* Traitement du pied bot congénital après 2 ans *en spécifiant la méthode employée et les résultats obtenus en cours de 10 ans (1920-1930), dans la clinique chirurgicale de Cluj sur 80 malades avec pied bot parmi les quels 33 fois congénital.*

Les auteurs donnent une attention particulière à l'administration en préalable de bains antiseptiques et à l'ingestion de clorure de calcium dans le but d'eviter l'infection et l'hematome post-opératoire; de même ils insistent sur le traitement fonctionnel ultérieur afin de pouvoir rétablir la balance naturelle tendino-musculaire.

RIASSUNTO: Il Prof. Dr. I. Iacobovici *e* il Dr. Emilio Nichita *espongono* Il trattamento del piede storto congenitale dopo due anni, *col metodo usato e i risultati ottenuti nel corso di 10 anni (1920—1930) nella Clinica Chirurgica di Cluj, su 80 malati con i piedi storti di cui 33 congeniti.*

Una speciale attenzione é data dagli autori al dovere praticare in anticipo dei bagni locali antisettici ed alla somministrazione di cloruro di calcio per evitare l'infezione e l'ematoma post-operatorio, come anche il trattamento funzionale ulteriore per ristabilire la bilancia tendino-muscolare naturale.

ZUSAMMENFASSUNG: Prof. Dr. I. Iacobovici und Dr. E. Nichita *beschreiben* die Therapie des kongenitalen Krumm-Beines nach 2 Jahre *mit der verwändeten Methoden und erlangten Resultaten in Verlauf von 10 Jahren (1920—1930) in der chirurgischen Klinik von Cluj, an 80 kranken mit Krumm-Beine von denen 30 kongenitalen varen.*

Die Autoren gewähren eine besondere Aufmerksamkeit der vorläufigen antiseptischen lokal-Bäder und der Verordung von Calcium, damit man die Infektion und den post-operatorischen Hemathom vermeidet; wichtig ist auch die funktionälle spätere Therapie für die Wiederherstellung des naturlichen tendino-muskulären Balanz.

RÔLE DE L'IMMUNITÉ DANS L'ÉLIMINATION RÉNALE DES MICROBES LA PYÉLITE D'ORIGINE SANGUINE COMME SIGNE PRONOSTIQUE FAVORABLE DANS LES SEPTICÉMIES

par le

Dr. CARTOUTZA GABRIEL — Craïova

La flore des urines pathologiques comprend de nombreuses espèces microbiennes, les urines tenant en suspension les bactéries provenant de l'organisme après septicémie et les bactéries localisées sur le tractus urinaire.

La gravité des infections urinaires est très variable. Depuis les simples bactériuries — sans lésions de l'appareil urinaire, — jusqu'aux pyélonéphrites graves, mortelles, tous les dégrés sont possibles.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Les infections urinaires, dont l'agent pathogène a suivi la voie ascendente pour gagner les voies urinaires supérieures, sont particulièrement graves. Elles sont impressionnantes par leur début brusque, leurs symptômes alarmants et leur extension rapide, comme cela arrive très souvant après un cathétérisme septique.

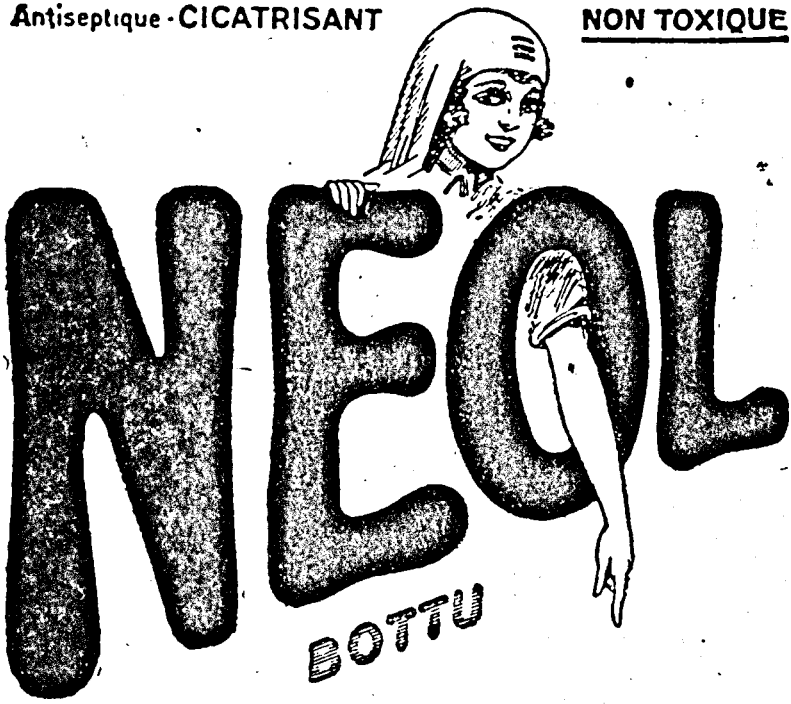
Les lésions produites par les microbes gagnant les voies urinaires par voie sanguine, au contraire, sont habituellement bénignes ou nulles, lorsqu'il n'existe pas de la stase urinaire; elles sont plus importantes, mais chroniques — se constituant progressivement—, lorsqu'il y a gêne dans l'écoulement des urines. Traitées, elles sont habituellement d'une guérison facile et assez rapide, sinon, c'est qu'il y des calcules ou malformations urinaires.

Le microbe le plus fréquent des urines est le colibacille (70—80%) hôte normal de l'intestin, qui gagne les reins par la voie sanguine.

Pour expliquer la bénignité des infections descendentes des voiés urinaires il est admis que les microbes de l'intestin passent en petit nombre dans le sang, puis dans les urines et c'est ainsi qu'ils ne peuvent léser le trajet réno-vésical, tandisque dans le sang ils produisent des septicémies latentes. C'est le point de départ du syndrome entéro-rénal, dans lequel les microbes, après avoir franchi la muqueuse intestinale, pénètrent dans le sang, produisant des

Antiseptique · CICATRISANT

NON TOXIQUE



guérit (Néol à 1/10)

ANGINES

cicatrise (Néol à 1/5)

ULCÉRATIONS

cutanées et muqueuses

épidermise (Néol à 1/5)

BRULURES

par le FEU, le FROID
et tous les Agents physiques

L'eau néolée (Néol au 1/5) est utilisée journellement
dans tous les HOPITAUX de PARIS en remplacement de l'eau oxygénée

Laboratoires BOTTU. 35. rue Pergolèse. — PARIS (XVI-e).

Agent pour la Roumanie: Mr. R. DUNOD. 103, Strada Toamnei. — Bucarest

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CEL MAI PUTERNIC TRATAMENT AL

SIFILISULUI

PRIN INJECŢIUNI INTRAMUSCULARE CU

BISMUTHION

COUTURIEUX

IN SOLUŢIUNE APOASĂ COLOIDALĂ

MULT MAI PREFERABILĂ SOLUŢIUNILOR ULEIOASE

LABORATOARELE CH. COUTURIEUX

18 AVENUE HOCHE, PARIS

TRATAMENTUL SPECIFIC AL

PALUDISMULUI CU

ARSIQUININE

LEMAITRE

COMBINAŢIE QUINO-ARSENICALĂ

Constituind după cele mai recente teorii patologice, terapeutica cea mai raţională şi cea mai eficace pentru profilaxia şi tratamentul paludismului, complicaţiilor şi consecinţelor sale

In pilule şi în fiole pentru injecţiuni intramusculare

Bonetti Frères, Belinzona (Suisse)

Literatura şi eşantioane medicale la reprezentantul general pentru România J. E. BUCUR, 8, Strada Mecet, Bucureşti IV.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

septicémies plus ou moins éphémères, puis traversent les reins. Les symptomes de la septicémie et de l'infection urinaire varieraient parallèment à la quantité des microbes dans le milieu sanguin.

*

Nous croyons que la *virulence* et la vitalité des microbes jouent un rôle important, pour que leur élimination du sang par le filtre rénal puisse s'accomplir. C'est à-dire que les microbes ne sont éliminés par les reins qu'après avoir souffert des modifications vitales dans leur passage par l'organisme; ceux qui n'en ont nullement souffert restent dans le milieu sanguin et dans les organes pour continuer la septicémie.

Parmis les moyens grâce auxquels l'organisme peut influencer la virulence et la vitalité du microbe il y a: 1) le point initial de pénétration des bactéries par la défense locale qui se constitue pour la limitation de l'infection; 2) cette barrière franchie, le sérum sanguin même, par son pouvoir bactéricide et par la formation d'anticorps spécifiques. La production et la gravité de la septicémie dépendent du dégré de leur intervention.

Les microbes peuvent être: 1) tués ou lysés; 2) attenués dans des dégrés variables; 3) ils restent à virulence conservée ou peuvent même s'en exagérer. Ce sont Seulement les deux premières catégories, croyons nous, qui sont susceptibles d'être conduites par l'organisme vers les reins et éliminées. Les microbes virulents ne peuvent être soumis à l'évacuation rénale que dans la mesure de la régression de leur virulence.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

L'influence de la défense locale sur l'évolution de la septicémie est bien connue; c'est son rapport avec l'élimination des microbes par les reins que nous essayerons de mettre en évidence. Nous rassemblerons à cet effet des faits cliniques et expérimentaux qui y peuvent conduire.

* * *

Le pronostic des septicémies en général tient en grande partie à l'origine de l'infection. Les septicémies consecutives à des plaies infectées sont presque toutes mortelles. Les septicémies puerpérales suraigues, à apparition très précoces — I-er ou II-ème jour après l'accouchement—, tuent les femmes en 4—5 jours. La mortalité dans les septicémies consecutives à des entérites ou gastro — entérites est, au contraire, de beaucoup moins grande et on connait la bénignité de l'évolution et du pronostic des colibacilémies à point de départ intestinal au cours de la grossesse et en général, chez les adultes.

Selon l'agent pathogène le pronostic serait:

88% mortalité dans les staphylocoquémies,
81% mortalité dans les streptocoquémies,
51% dans les pneumocoquémies et
35% d'après Widal et Lemierre dans les colibacillémies.

Les complications meningées, cardiaques etc. aggravent particulièrement le pronostic.

Si l'on avait une statistique sur les bactériuries consécutives à des septicémies, les chiffres en donneraient des *proportions inverses à celles de la mortalité.* En effet, le staphylocoque n'est signalé dans les urines que très rarement. C'est, au contraire, le colibacille qui est l'agent de la grande majorité (70—85%) des bactériuries; il apparaît dans les urines quelque temps après le début de l'affection et augmente progressivement de quantité à mesure que la septicémie se dissipe.

*

Toute fièvre typhoïde et paratyphoïde commence par une phase de septicémie suivie d'une phase de localisation intestinale. De multiples localisations on peut noter au cours de la fièvre typhoïde, en dehors de la localisation intestinale et cutanéee, parmi lesquelles la cholécystite typhique est plus fréquente. Expérimentalement, les bacilles typhiques et paratyphiques virulents ont toujours tendence à se localiser sur l'intestin. L. Ribadeau-Dumas et Harvier, après injections chez les animaux, les ont trouvés dans l'intestin de l'animal, surtout dans l'appendice et le duodénum.

Les infections urinaires dans les typhoïdes sont rares et apparaissent tardivement dans la période de défervescence. Ce sont des complications, dont la rareté les a rendues presque inconnues, il y a encore quelques années. Le plus fréquemment ce sont des cystites, plus rarement des pyélo-cystites.

Des cystites au cours ou à la suite des fièvres typhoïdes ou paratyphoïdes ont été publiées par Guéneau de Mussy, Guinon, Melchior, Behmer, Horton Smith, Richardson, Curshmann, Vincent, Lévy et Lemierre, et ce sont presque tous les cas connus jusqu'à l'apparition de la guerre.

Digitized by Google Original from Harvard University

Pendant la guerre la littérature s'enrichit rapidement en exemplaires de cystite et pyélo-cystite typhiques. P. Nobecourt et Peyre, Coyon et Lemierre, G. Etienne, rapportent en 1916 des cas relativement nombreux de cette localisation en quelque sorte anormale de la typhoïde.

Dans tous les cas la complication pyélo-cystique marque la fin de la maladie. En même temps l'évolution clinique de la maladie fut aussi anormale dans bon nombre des cas rapportés et cela non sans rapport avec l'apparition de la complication pyélo-cystique. Citons les cas:

P. Nobécourt et Peyre[1]) trouvent sur 67 paratyphiques A, 2 fois la cystite apparue vers le 28-ème jour de la maladieet une cystite à un bacille typhique indéterminée sur 9 cas. En 1917 ils trouvent une cystite sur 46 typhiqurs et 2 cystites sur 127 paratyphiques A, apparaissant aussi à la fin de l'affection; dans un de ces cas il y avait des phénomènes de pyélonéphrite. Tous les cas cas ont été vaccinés contra la typhoïde. Coyon et Lemierre[2]), communiquent deux cas de pyélo-cystite à paratyphique B.:

1) Soc. des Hopit. Paris 1916 b. 152; idem 1917.
2) Idem 1916 b. 1221.

Obs. I. ...4 vaccinations antityphiques en 1914. En 1916, une fièvre paratyphoïde B évoluait normalement, lorsque, finalement, les urines deviennent purulentes.

Obs. II. ...4 vaccinations antityphiques en 1914. Peu de temps après la vaccination, le malade eut une embarras gastrique, auquel il ne donna pas d'importance. Des lors, ses urines contenaient du pus et il sentait quelques douleurs dans la miction. Il semble avoir eu quelques poussées fébriles en 1915; les urines ont redevenu claires. En 1916 le 7—8 Fevrier le malade présenta de l'albuminurie et de l'hypethermie dont la nature restait inexpliquée. Le 23 Fevr. apyrexie. Le 27—28, fièvre 40⁰ albumine 0,20. Puis la pyurie persista des mois, avec des rares élévations thermiques à 40⁰ durant 24—48 heures. Le cystoscope montra des signes de cystite, mais on trouva le bassinet gauche dilaté de 20 cc. contenant des urines purulentes, tandisque les fonctions rénales étaient normales. La radiographie montra le rein gauche aggrandi.

L'obstacle dans le bassinet gauche a produit donc la retention des microbes qui devaient s'éliminer de l'organisme. La fièvre paratyphoïde B a été reduite à quelques symptomes d'embarras gastrique, par suite de la vaccination antityphique citée dans les antecédents du malade. La vaccination, grâce à l'immunité qu'elle a conférée à l'organisme, eût aussi comme conséquence l'élimination des microbes par les reins.

Du cas de G. Etienne[3]), nous résumons les points principaux:

Obs. Scarlatine en 1890 sans suites rénales. 4 injections antityphiques le 25 Juin, 2 Juillet 1915, 25 Janv., 10 Fevr. 1916. Début de la maladie le 14 Août 1916, par des douleurs gastriques, diarrhée, vomissements, céphalée très violente. 17 Août, fièvre 39⁰, 27 Août, urines troubles quantité 500 cc., albumine 0,35, (il y a état thypique très accusé). Hypothermie 36⁰, constipation opiniâtre. 4—5 Septembre amélioration de l'état typhique, tempér. 36⁰, depôt urinaire gros blanc-grisâtre. 6 Sept., séro-agglutination positive pour Eberth 1%, négative pour le para A et B. 12 Sept. très abondants globules de pus et bacilles thypiques dans l'urine. L'albuminurie pérsiste jusqu'au 30 Septembre.

La diarrhée, les taches rosées et l'hypertrophie de la rate ont été absentes pendant toute la durée de la maladie. C'est donc une septicémie à bacilles typhiques sans aucune des *localisations* classiques, mais suivie d'une localisation anormale de la fièvre typhoide, la localisation pyelo-rénale.

Il est important à remarquer que les cas les plus nombreux de pyélo-cystite typhique publiés sont survenus chez *les vaccinés*, dans une période où la vaccination préventive antityphique était obligatoire et que cependant jusque-là les cas de ce genre étaient extremement rares dans les fièvres typho-paratyphiques. Parmi les modifications produites par la vaccination antityphique sur les typhoides, il y a donc le raccourcissement de leur évolution et

3) G. Etienne. Pyelocystite ebertienne essentielle hypothermique, prostration — Soc. des. Hopit. Paris 11 Dec. 1916.

l'apparition des infections pyélo-cystiques. Très probablement que toutes ces modifications tiennent au degré d'immunité que le vaccin confère à l'organisme dont il s'agit.

C'est ce qu'on peut déduire du temps écoulé entre les injections vaccinantes et l'apparition de la maladie. En effet, dans les cas de P. Nobécourt et Peyre et dans le premier cas de Coyon et Lemierre, où l'affection débute 2 où 3 ans après la vaccination antityphique, l'évolution de la maladie fut peu modifiée, parceque l'immunité avait fléchi pendant ce long délai. L'élimination rénale des bacilles en quantite plus importante n'eut lieu qu'après une période assez longue de septicémie (28—30 jours). Tandisque dans le deuxième cas de Coyon et Lemierre toute maladie se réduit à un embarras gastrique sans importance, suivi immédiatement de la purulence des urines; c'est parceque le début de la maladie eut lieu *peu de temps* après la vaccination. Dans le cas de G. Etienne la typhoïde commence 6 mois après la vaccination. C'est un microbe bien plus virulent que les paratyphiques, mais les effets de la vaccination ne tardèrent pas à se montrer: durés de la maladie raccourcie, pas de localisations classiques, élimination des bacilles typhiques par les urines, bien que d'une façon très bruyante (néphrite).

*

Le streptocoque ne se trouve dans les urines que très rarement au cours des septicémies streptocociques. Les conditions pour que la streptocoqurie se produise dans l'infection streptococique sont étroitement liées aux phénomènes d'immunité.

Dans les 6 cas rapportés par L. Ribadeau-Dumas et Chabrun[1]) les streptocoques se montrèrent dans l'urine à la suite d'une phase d'infection localisée et grâce à la stase urinaire se constitua la purulence des urines. Nous les citons parcequ'elles nous permettent de faire quelques remarques, qui les rapprochent de la pathologie collibacillaire.

C'est l'obstacle au cours de l'écoulement normal des urines qui les a évidenciés, car ils ont apparu au cours de la grossesse.

Obs. I. ...gravide. A la suite d'une angine, dans les urines apparaissent des streptocoques et des colibacilles.

Obs. II. ...Deux cas à phlébite variqueuse aigue, suivie de pyélite, streptococique. Dans l'un des cas la pyélite était éphemère, quoique dans l'urine les streptocoques fussent en abondance.

Obs. III. Malade ayant une colique hépatique dans les antécédents et tendence à l'hémorragie, (gingivale, nasale, régles très abondantes, etc.). Coryza, frissons avant l'entrée à l'hôpital, suivis de douleurs lombaires violentes. Les urines, troubles et sanguinolentes, contiennent des hématies, des globules de pus, de nombreux streptocoques dépourvus de tout pouvoir hémolytique, inoffensifs pour la souris et le lapin.

Obs. IV. ...Femme de 20 ans, ayant souffert depuis l'enfance d'infec-

1) Remarque sur les pyélonéphrites gravidiques Soc. des Hôpit Paris 1926 p. 1488

tion chronique du rhino-pharynx et végétations adenoïdes. En 1924 quelques douleurs fugaces dans la région lombaire. En Décembre 1926 grossesse. En Mai et Juin deux catarrhes nasaux sans gravité, suivis à la fin de Juin brusquement de douleurs lombaires à grande acuité prédominant à droite. Les urines sont rares, 1/2 litre en 24 h., troubles et contiennent des streptocoques. Ce sont des coques Gram positifs en chainettes courtes; germe polymorphe, disposé en amas ou isolé, diplocoques en chainettes courtes, même tétrades, insoluble dans la bile de boeuf et les sels biliaires. 1/4 cc. de culture sur bouillon ne tue pas la souris.

Plus d'un mois plus tard, à la suite d'une constipation de 48 h., la malade sent de nouveau de la fatigue et de la fièvre — en dehors de toute pousée infectieuse naso-pharingée. Les urines contiennent: purée de bacilles Gram négatifs: colibacilles; pas de coques Gram positifs.

Le 27 Sept. coryza, angine, toux, tempér. 39—40°, sans troubles intestinaux; hémoculture négative. Les douleurs lombaires reparaissent violentes, les urines deviennent très troubles, contiennent de nombreux colibacilles. On n'a pu trouver des coques Gram positifs. Le 5-e jour amélioration manifeste naso-pharyngée et pyélo-rénale; apparait une éruption d'herpès sur la face et les lévres.

Obs. V. ...Grossesse VII-éme mois. Angine, phlégmon amigdalien et bronchite, tempér. 37,2°; région lombaire très douloureuse. Urines: pus, nombreuses hématies et streptocoques. Puis streptocoques et colibacilles; finalement colibacilles purs.

Dans ces cas on constate cliniquement le procès inflammatoire local, — réaction de l'organisme—, et *l'élimination* des microbes par les reins, — celle-ci grâce surtout à la stase urinaire produite par la grossesse. En plus on constate tant de fois l'élimination des microbes, combien il y a d'infections *bénignes* de l'organisme: survient-il une infection rhino-pharingée, l'élimination des streptocoques par les reins en fait suite; survient-il sur le même individu une constipation, ce sont les colibaciles qui apparaissent dans les urines.

Les microbes des urines injectés à la souris même après leur culture, ont montré leur innocuité pour cet animal. Les microbes, ont souffert même des modiffications morphologiques importantes, présentant un polymorphisme curieux: les streptocoques prennent la forme de coques, diplocoques, chainettes courtes, tétrades. Les fonctions rénales ont été peu atteintes pendant cette élimination et la phase septicémique a été aussi peu atteintes. Seulement la réaction initiale locale contre l'infection a été assez importante, ce qui montre un streptocoque virulent à son entrée dans l'organisme, et à virulence sensiblement diminuée á son élimination. Les modifications morphologiques les plus importantes se sont montrées chez les streptocoques urinaires de la IV-ème obs.; en effet ce cas concerne une vieille immunisée contre les streptocoques par les infections rhino-pharingiennes fréquemment répétées depuis son enfance.

Comme la streptocoqurie est si rare dans les septicémies streptocociques graves, à hémoculture positive et point d'entrée sans

réaction perceptible, il nous semble rationnel de conclure que les modifications de virulence des streptocoques constituent la condition essentielle pour leur élimination de l'organisme par la voie urinaire.

*

La même conclusion se dégage de l'obs. de M. Lévy Bruhl [1]) que nous résumons:

C'est une pyélonéphrite à pneumocoqurie massive.

1. Le 2 Mars les microbes des urines sont avirulents, mais solubles dans la bile.

2. Le 3 Avril les microbes des urines sont avirulents et complètement insolubles dans la bile.

3. Les pneumocoques solubles de 7 Mars, cultivés pendant un mois, deviennent eux aussi insolubles dans la bile, le 1 Avril, sans modification de l'avirulence.

Normalement le pneumocoque avirulent est insoluble dans la bile. Or, aux premiers examens, ce parallélisme entre la virulence et la solubilité des pneumocoques des urines était absente. Après un mois de culture, on constate in vitro que le parallélisme s'était rétabli; les pneumocoques étaient avirulents et complètement insolubles. Dans le même mois aussi, les pneumocoques avalent suivi la même évolution dans les urines: ils étaient aussi insolubles dans la bile, en gardant leur avirulence. La conclusion de l'auteur même fut que vraisemblablement c'est un germe qui à un moment a pu être soluble et de virulence moyenne.

Digitized by Google Digitized by Google

* * *

Tandisque pour les microbes qui précédent l'on connait la pathologie dans l'organisme, mais on connait mal leur élimination par les reins, c'est l'inverse pour le colibacille. C'est surtôut son mode de sortie de l'organisme que l'on connait le mieux, mais on connait assez mal sa pathologie dans l'organisme. En effet c'est le microbe le plus fréquemment rencontré dans les urines de tous les microbes septicémiques. Mais, abstraction faite de la colibacillurie, dont la transformation en inflamation des voies urinaires est bien mise en rapport avec la stase urinaire dans ces mêmes voies, le mode de pénétration dans l'organsimé et la phase sanguine du colibacille présentent de telles variations, qu'on se trouve dans l'impossibilité de pouvoir attribuer tous les cas à ce même agent pathogène, quoiqu'on le trouve seul dans l'hémoculture. C'est ainsi que Cathala et Chabrun, dans un cas de pyélonéphrite gravidique à colibacilles, associés après l'accouchement à l'infection puérpérale et anémie marquée, ne trouvant-que le colibacille dans les hémocultures, répétées plusieurs fois pendant la vie et après la mort, pensent, toutefois, que c'était probablement le streptocoque

1) Sur un pneumocoque isolé dans un cas de bactériurie persistente, experimentalement avirulent bien que soluble dans la bile. C. R. Soc, Biel 1923 p. 1258.

qui produisit l'anémie. Les septicémies produites par le colibacille sont tantôt d'une gravité extrême, tantôt d'une telle bénignité qu'elles passent inaperçues cliniquement.

A part la retention des colibacilles dans les bassinets grâce à la stase urinaire, il nous semble qu'il existe une retention de ces microbes dans le urines mêmes, c'est-à-dire dans les capillaires rénaux et dans le sang. Pinard a observé dès 1899 qu'il y a relation entre l'atteinte antérieure des reins et l'apparition de la pyélonéphrite au cours de la grossesse. C'est-à-dire qu'une lésion antérieure rénale favorise la greffe du microbe sur l'appareil pyélo-rénal, grâce au fait que „la grossesse, amenant un obstacle matériel à l'écoulement urétéral, détermine des accidents". Interprétant un peu différemment cette constatation de Pinard, elle pourrait concourir, avec d'autres observations cliniques, à rendre évident que la retention des microbes peut avoir lieu au niveau des reins mêmes.

Dans la littérature il existe une observation de pyélonéphrite assez curieuse, communiquée par Audebert et Fournier.[1])

Il s'agit d'une grossesse angulaire acompagnée d'hémorragie utérine, qui faisait croire à une grossesse extra-utérine. La malade présentait un état nerveux des plus marqués. Dans le 5-eme mois de la grossesse on constate une pyélonéphrite, les urines troubles, de la fièvre. Cette fièvre présentait des paroxysmes étroitement liés au fonctionnement rénal. La température axilaire atteignait et parfois dépassait même 42°, alors que la malade avait de l'oligurie, et cela presque journalièrement, mais variant d'un moment à l'autre; la température rectale était relativement modérée. Le cathétérisme urétéral montra que les urétères étaient parfaitement perméables et leur lumen n'était pas déformé; pendant le cathétérisme les urines s'éliminaient en quantité normale et la température s'abaissait.

L'état général n'était pas en rapport avec la fièvre et l'oligurie constatées. Les auteurs avaient l'impression d'une hystérie. La malade avait porté antérieurement un accouchement à terme sans incidente. L'evolution de la maladie enfin devient telle qu'on se décida à l'avortement. Mais des les premières bougies de Hegar introduites, rapidement les urines se rétablissent et la fièvre tombe, tout comme cela arrive dans les vomissements incoërcibles de la grossesse, qui guérissent après n'importe quelle manoeuvre gynécologique. Les auteurs ont été conduits à croire que l'hypérthermie était due à l'hystérie en la rapprochant à ces cas d'hystérie hyperthermique, dont on a vu la température atteindre des dégrés allant jusqu'à 44° et même 45°.

Cette observation pourrait valoir pour une vraie expérience. L'oligurie était rénale, vasculaire, très capricieuse, probablement de nature nerveuse et ses variations parallèles à la courbe fébrile. Les urines se rétablissaient la fièvre tombait. Le nervosisme des vaisseaux rénaux en même temps que l'oligurie, amenait la retention des microbes dans l'organisme, et ces microbes retenus produisaient, du moins en partie, la fièvre exagérée et paroxystique constatée.

Dans les observations communes de pyélonéphrite gravidique,

1) Grossesse angulaire, pyelonephrite hyperthermique chez une nevropathe. Soc. d'Obst. Toulouse 1909.

l'interruption de la grossesse amène şi rapidement l'amendation des symptomes que les obstétriciens se trouvent très embarrassés à attribuer les symptomes si alarmants qui imposent l'avortement à la pyélonéphrite seule, quelques uns pensant qu'il existe en même temps infection et intoxication gravidique. C'est ainsi que Brindeau et Siguret[1]), Metzger[2]), on relaté des cas de pyélonéphrite à évolution menaçante, qui ont imposé l'interruption de la grossesse et dont la guérison rapide après l'avortement fut étonnante. Mais dans le cas de A. Fruhisholz et P. André[3]) avec *lésions rénales* „Un cas atypique de pyélonéphrite gravidique à forme urémique, cachexie", l'évolution a été grave, la guérison après l'avortement beaucoup plus lente et difficile.

Dans d'autres cas les suites de l'avortement ne sont pas si heureuses. S. Johansonn[4]) communique un cas dans lequel le traitement médical n'influença pas l'état de la gravide et de même l'accouchement prématuré survenu spontanément: l'infection s'aggravait progressivement. C'est alors que la néphrotomie pratiquée amène de suite l'amendation des symptomes infectieux, le pus et l'urine se drainant par la plaie opératoire.

Il est aussi utile de rappeler les constatations de Vincent[5]) dans une observation de pyélonéphrite colibacillaire.

Il trouve dans les reins d'un sujet, succombé par colibacilose avec colibacillurie abondante, tous les degrés de l'infection des glomérules malpighiens depuis son début jusqu'à l'infiltration microbienne abondante, la désorganisation et même la suppuration de ces glommérules; la glomérulite avait un caractère parcellaire. Les vaisseaux glomérulaires altérés, disloqués, infiltrés de leucocytes, les uns en cytolyse, et de bacilles, s'étaient laissés forcés par les bacilles. Pénétrant dans la cavité de la capsule les colibacilles avaient suivi ensuite le trajet de l'urine dans les canalicules urinifères. Dans les tubes collécteurs il était d'extremement abondants microbes, amas énormes, soit par agglomération progressive soit par multiplication in situ. En même temps il trouva dans les vaisseaux profonds de l'organisme des colicilles en quantité beaucoup moins grande que celle des reins.

Nous citons l'observation d'un sujet dont l'évolution clinique peut mettre en évidence le retentissement sur l'organisme de la difficulté de l'élimination des microbes par les reins.

Obs. — R. Halp. 33 ans, gravide V-ème mois, primipaire. Pyélonéphrite gravidique. Début de la maladie au commencement du IV-ème mois de la grossesse, avec perte progressive des forces, de la fatigue à tout effort. Le V-ème mois, elle a eu de la céphalée, des vertiges, nausées, vomissements, des frissons, de la fièvre 38—39°. Le traitement prescrit par un praticien améliore son état, mais pour peu de temps, deux semaines après

1) Avortem. provoqué p. pyélonéphrite. Soc. d'Obst. Gynec. Paris 1928 p. 116.

2) Idem.

3) Soc. Obst. Gynec. Nancy 1921.

4) Zentrbl. für Gynäk. 1913.

5) C. R. de l'Academie des Sciences Paris 1925.

les symptomes ont réapparu, déterminant son entrée dans le service obstétrical de Bucarest, le 1 Août 1928.

Dans ce service la fièvre est de 36,9° à grandes oscillations. La culture des urines donne, deux fois, des colibacilles. L'urine contient: gros nuage d'albumine, dans le sédiment de très nombreux polynucléaires et de nombreuses cellules épitéliales des voies urinaires inférieures. L'urée dans le sang s'élève. **Apparait ictère, puis parotidite** gauche. L'urée dans le sérum sanguin, cherchée quatre fais en dix jours, montre ces chiffres: 0,90 0/0, 1 gr. 20 0/0, 1 gr. 80 0/0, 2 gr. 30 0/0. On décide l'intervention pour évacuer l'utérus, toute médication restant sans effet. Après l'avortement la fièvre tombe et 03oscille entre 38—37°, mai l'urée sanguine continue à saccroitre. 8 jours après l'avortement le taux de l'urée sanguine est de 3 gr. 15 0/0. L'état général assez grave. **La parotidite et l'ictère ont disparu.** On l'évacue dans un service médical pour azotémie, le dixieme jour après l'avortement.

Dans le service médical l'évolution est courte, 5 jours seulement. La malade se plaint de vertiges, de faiblesse, soif vive, inappétence. Elle est pale, affaiblie, présente du subictère conjonctival, apparaissent des plaques urticariennes nombreuses sur les bras, les avantbras, la poitrine. Le foie depasse les fausses côtes de deux travers de doigt, le rein droit est palpable, points urétéraux douloureux des deux côtés. La température vegete autour de 37° à petites oscilations, pendant deux jours elle atteint 37,5°. Quelques rales à la base de poumon gauche.

L'examen des urines montre: albumine 20 0/0, urobiline normale, pigments biliaires, acides biliaires et indican absents; nombreux leucocytes isolés et groupés, cellules épitéliales des voies urinaires supérieures et inférieures, rares cylindres hyalins, urate acide de sodium.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

	L'urée dans le sang.	Quantité de l'urine en 24 h.
25/VIII	2 gr. 20 0/0.	100 gr.
27/VIII	1 gr. 56 0/0.	300 gr.
30/VIII	1 gr. 32 0/0.	400 gr.

Tension arterielle Mx 16, Mn 9. Diagnostic: Insuffisance hépato-rénale. Succombe le 30/VIII.

L'autopsie. Coeur de la grosseur d'un poing, graisse auteur des vaisseaux coronaires, l'orifice mitral perméable pour deux doigts, l'orifice tricuspidien perméable pour trois doigts. Le muscle ventriculaire gauche a l'aspect de la chair bouillie, il n'est pas friable. Les valvules mitrales et tricuspidiennes ont les bords épaissis. L'aorte et l'endocarde vers leur bord sont dépolies, à ce niveau il y a de nombreux points hémorragiques. Les artères coronaires sont libres, leur orifice perméable. Poumons, legère hypostase à la base gauche. Foie il pèse 2100 gr., grossi, lobulé, meu, présente de la dégenérescence graisseuse. La vésicule biliaire pleine de bile à teinte foncée.

Les reins, mous, pésent 200 gr. A la section: Rein droit dessin à peine visible, de même la limite entre la corticale et la médullaire. La corticale réduite de volume, pâle. Vers le pôle supérieure de l'organe, une porte de substance au niveau de la corticale contient du pus. Il se decortique. Rein gauche, plus petit, la corticale plus épaisse, le dessin beaucoup plus visible, le même aspect, mais les lésions moins accentuées que pour le

rein droit. Pas de coudure des urétères. L'utérus, grossi, meu, son col entreouvert, sa cavité aggrandie. Quelques débris organisés, adhérente aux parois, qui sont pâles et friables.

En résumé, la succesion des faits est la suivante:

Il y a élimination des colibacilles par les reins. Cette élimination s'effectue avec quelque difficulté du fait de l'existence de la grossesse, qui favorise un fonctionnement rénal défectueux, par congestion rénale consecutive à la grossesse. [1])

La prolongation du séjour des colibacilles dans les reine se manifeste par l'apparition de la néphrite. La suite en est que les colibacilles s'aglomerent dans l'organisme et ils produisent succesivement des localisations extra-rénales (foie parotide) de l'infection, qui était jusque-là rénale pure.

On élimine l'influence de la grossesse par l'avortement. La fièvre tombe à 38° et continue à s'abaisser lentement, les localisations extrarénales (ictèrs parotidite) disparaissent, tandisque les signes de la localisation rénale (la néphrite) s'accentue. C'est que la gêne du fonctionnement rénal tenant à la grossesse ayant cessé une fois l'utérus évacué, l'élimination des microbes de l'organisme par les reins s'accroit.

Après l'avortement, survenant une infection puérpérale, l'analyse des symptomes généraux se trouve obscurcie par l'intervention de cette nouvelle infection probablement septicémique.

Par l'évacuation de l'utérus on a influencé donc, non seulement la pyélonéphrite en enlevant l'obstacle urétéral, mais l'évolution de la septicèmie même et de ses localisations dans l'organisme, par action sur les reins.

Biblioteca Universitară Central University Library Cluj

Le cas communiqué par M. Delater [2]) a une évolution presque analogue au précédent. Il montre l'évolution d'une septicémie colibacillaire chez un malade dont les reins étaient déjà atteinte antérieurement.

En résumé il s'agit d'un malade, qui à son entrée à l'hôpital présente temperature 40,7°, des colibacilles dans l'urine et dans le sang, Les jours suivants le malade est presqu'anurique, urémie à 4 gr. $0/0_0$, tandisque la fièvre tombe. Ensuite les urines se rétablissent peu à peu (médication diurétique), mai l'urée s'élève encore jusqu'à 6 gr. $80/0_0$ qoique le régime alimentaire soit extremement réduit. Plus tard l'urée sanguine commence à s'abaisser, il survient des vomissements, de la diarrhée, de l'hypothérmie (35,5°), l'état général grave. Le 17-e, jour après l'hospitalisation apparaissent des hemorrhagies intestinales, du purpura, la température et le pouls s'élèvent. Le 19-e jour survient une parotidite gauche, le 21-e jour parotidite droite. Dans le pus parotidien et dans le sang en trouve des colibacilles. Succombe le 30-e jour. A l'autopsie: Les urétères ne présentaient aucune coudure. Les reins présentaient à côté des lésions récentes, des lésions de néphrite chroniques: glomérulite scléreuse qui prédomine soit sur le peloton glomérulaire, soit sur la capsule de Bowmann; hypertrophie du tissu conjonctif interstitiel.

---

1) Voy. G. Cartoutza, Pronosticul septicem. colibacilare la gravide.—Rev. Ştiinţelor Medicale, pag. 536, 1930 Mai Bucureşti.

2) Soc. des Hôpit. Paris 1924 p. 14.

L'interprétation de l'auteur est que du point initial de l'infection, probablement intestinal, se sont faites en deux fois des invasions sanguines par des colibacilles. La première invasion trouvant les reins en moindre état de résistance par l'atteinte antérieure de lésions néphrétiques, se localise sur ces organes ainsi affaiblis. Une deuxième invasion se localise sur les parotides, la peau, etc. Mais si c'était la faible résistence des reins qui aurait déterminé la localisation première sur ces organes, cette deuxième invasion des microbes aurait trouvé des conditions plus favorables encore à leur localisation sur les reins, cette fois plus lésés qu'auparavant.

En effet, l'abaissement du taux de l'urée sanguine dans ce cas coincide avec un changement dans le cours de la septicémie: en même temps que l'urée dans le sang commence à s'abaisser, le pouls et la fièvre se rallument, les colibacilles reparaissent dans le sang, des localisations extrarénales (purpura, parotidite bilatérale) se produisent les jours suivants, les urines étant dépourvues de toute purulence. La localisation extrarénale des microbes septicémiques ne se preduit donc qu'après l'effacement des signes de la néphrite, unique localisation de la septicémie initiale, tout comme dans le cas de néphrotyphus de Widal, que nous verrons plus loin.

L'intervalle d'hypothermie, compris entre les deux phases thérmiques initiale et finale, correspond donc à la tentative de l'organisme de se débarrasser des microbes, en les éliminant par les reins. Cette tentative echouée, la defaillance de l'immunité de l'organisme permet aux microbes rénaux, redevenus libres dans l'organisme, une nouvelle généralisation et une nouvelle localisation de la septicémie, cette fois en dehors des reins (extrarénale). Les agents de cette deuxième septicémie sont donc les mêmes colibacilles qui ont produit la première infection sanguine avec localisation rénale.

Pris séparément chacun de ces cas pourrait peut être présenter des explications pathogéniques plus ou moins plausibles, telles que: Hyperthérmie hystérique, etc., explications qui éloigneraient des faits qui ont entre eux des rapprochement évidents. Pris ensemble se complètent l'un l'autre pour rendre évident l'importance de l'élimination des microbes septicémiques par les reins, et les inconvenients liés à la suppression de leur fonctionnement normal quant à l'évolution de la septicémie, alors que l'état d'immunité organique est suffisant pour pouvoir se débarrasser des microbes invadants en les éliminant par les urines. Opposons à ces cas, pour voir le contraire, c'est à dire la perméabilité rénale et l'accomplissement à peu près normal (il y a grossesse avec ses suites rénales), de l'élimination des microbes par les urines, cette observation de A. Lemierre et E. Rivalier[1]), entre tant d'autres.

C'était une jeune femme, enceinte de cinq mois, sans anntécédents pathologiques notables, qui est prise brusquement d'une infection qui se prolonge

1) Colibacillémie gravidique sans pyélonéphrite. Soc. des Hôpit. Paris, 1924.

pendant une dizaine de jours, traduite par la répétition d'acces fébriles, avec de grands frissons, de la chaleur, sueurs, plusieurs fois par 24 heures température oscillante entre 35,7—40°, céphalée intense, des colibacilles dans le sang. A aucun moment la malade n'a pas présenté la moindre douleur dans la région lombaire, pas des urines purulentes, seul l'examen histologique y a montré de grandes quantités de colibacilles des cylindres granuleux et des leucocytes; proportion d'azote modérée; légère albuminurie. Guérie spontanément.

* * *

L'élimination des microbes par les reins constitue donc un moyen de guérison d'une septicémie en quelque sorte *bénigne*. La septicémie est rendue bénigne lorsque l'organisme invadé dispose d'un état suffisant d'immunité vis-à-vis du germe invadant. C'est aussi la condition pour que l'élimination des microbes par les reins se produise, lorsque les organes éliminatoires ont un fonctionnement satisfaisant.

Quant aux colibacilles, leur élimination par les reins ressort de toute leur pathologie, au point d'en constituer presqu'une caracteristique, aussi le terme d'élimination rénale des colibacilles est si communément employé. Hôte normal de l'organisme humain, cet agent pathogène est retenu dans l'intestin grâce à l'immunité spécifique que l'organisme y oppose à l'invasion des microbes intestinaux.

Vincent, constatant dans son cas, cité plus haut, des amas énormes de colibacilles dans les vaisseaux rénaux, dans les glomérules et dans les canaux collecteurs, pense que l'arrêt de ces microbes dans les reins serait du à ces circonstances anatomo-physiologiques spéciales aux reins: que lesartères rénales sont terminales, que le bouquet vasculaire glomérulaire forme des plicatures, que le sang y souffre un ralentissement qui facilite l'osmose urinaire, etc. Cette explication serait satisfaisante si ces circonstances pouvaitent varier dans les cas, où la bactériurie manque. En effet ces conditions du côté des reins restent *invariables* pour tous les microbes circulant dans le sang et cependant pour le streptocoque, le pneumocoque, etc., elles ne constituent pas un moyen d'arrêt dans les septicémies habituelles que ces microbes produisent.

Mais, dire que les colibacilles pouvent être arrêtés dans les vaisseaux rénaux grâce à une disposition anatomique et qu'ils peuvent être soumis la à une loi physiologique — l'élimination, — c'est déjà dire beaucoup; car c'est avoir assimilé ces microbes presqu'à des matières inertes, peuvant être maniés par l'organisme et eharriés par le sang là, où les besoins de l'organisme et ses intérêts les reclament, se différenciant ainsi d'autres microbes qui ne peuvent être soumis aux mêmes règles. La disposition anatomique n'en constitue pas donc la seule condition, ni la plus importante.

Les constatations expérimentales peuvent donner l'explication du mécanisme de l'élimination des coliabcilles par les reins. Parmis les animaux de laboratoire, le lapin présente une résistence *remarquable* contre l'infection colibacillaire.

Des inoculation sous-cutanées chez les cobayes-animaux sensibles de colibacilles virulents, produisent un abcès local et la mort survient après quelques jours par septicémie avec la tuméfaction des organes limphoides de l'intestin. La mort du lapin, au contraire, est relativement plus difficile à obtenir; les doses de colibacilles employées doivent être sensiblement plus grandes et même ainsi les lapins peuvent guérir. C'est surtôut chez cet animal en quelque état d'immunité naturelle vis-à-vis du colibacille que l'élimination de ce microbe par les reins a pu être étudié. Pour O. Hess il reste définitivement établi que le colibacille est un microbe pathogène pour le lapin avec altérations urinaires importantes.

Vincent, par des injections intraveineuses massives (2 cc. de culture de 72 heures), a pu constater la disparition des colibacilles du sang des lapins ainsi inféctés quelques minutes après l'injection. Ces microbes allaient être éliminés par les reins peu de temps après et on constate leur présence dans l'urine en nombre progressivement croissant, en commençant par 1—2 éléments par cc., d'urine et allant jusqu'à 200—700 bacilles par cc., 7—8 heures plus tard, au moment de la mort; à ce même moment de la mort les colibacilles reparaissent dans le sang retiré du coeur de ces lapins. Il y à donc une prédilection pour les reins des colibacilles injectés chez cet animal, localisation précedée par la disparition du sang de ces microbes et suivie de leur apparition en quantité de plus en plus grande dans l'urine; lorsque l'organisme est épuisé et son immunité fléchie, les colibacilles regagnent la circulation générale et on les trouve dans le sang cardiaque vers le moment de la mort. Cette évolution de la septicémie colibacillaire chez le lapin ainsi produite présente des points d'analogie avec les observations de colibacillémie chez l'homme, citées plus haut.

Digitized by Calcutta University Library Calcutta

Il y a donc des raisons pour qu'on puisse conclure que chez un animal, dont l'organisme dispose d'un dégré quelconque d'immunuté, les reins doivent satisfaire à la nécessité de l'élimination des microbes invadante.

De sorte qu'on est conduit de faire une distinction entre les localisations de la septicémie colibacillaire, suivant que la localisation se fait sur l'appareil pyélo-rénal ou sur d'autres organes de l'économie. En ce qui concerne la colibacillémie la distinction de sa localisation pyélo-rénale ressort de tout ce qu'il est dit jusqu'ici. Elle apparait habituellement vers la fin de la septicémie et son but est l'élimination des bacilles sanguins; sa signification est donc: *supérieurité de l'organisme vis-à-vis des microbes.*

D'une signification inverse doit être considérée la localisation de la septicémie colibacillaire sur un autre organe: *c'est la supérieurité du microbe et la faiblesse de l'organisme.*

C'est ainsi que dans les septicémies colibacillaires à localisation secondaire sur le foie, coeur, etc. les hémocultures donnent des résultats positifs même dans la période de faible pyrexie, tandisque dans les colibacillémies à localisation pyélonéphrétique les

hémocultures sont assez souvent négatives, même lorsque le prélèvement du sang se fait en plein accès fébrile. Le pronostic est aussi très différent suivant ces localisations secondaires: d'une gravité exceptionnelle lorsqu'il y a localisation meningée, cardiaque, hépatique, etc., il est au contraire habituellement favorable lorsqu'une pyélonéphrite marque la fin de la septicémie.

On distingue ainsi donc non seulement une localisation quelconque pyélo-rénale des autres localisations organiques, mais les septicémies colibacillaires mêmes entre elles, quant à leur évolution et leur pronostic, car les diverses localisations sont *fonction* de la résistance de l'organisme contre le microbe invadant.

Ces considérations ne se bornent pas à la pathologie colibacillaire seule, elles s'étendent aussi à la pathologie d'autres microbes. La déduction peut en être tirée en se reportant aux circonstances dans lesquelles ont apparu les pyélonéphrites à divers microbes (pneumocoques, streptocoques, b. typhiques et paratyphiques) observées par nombre d'auteurs que nous citons plus haut. Dans les observations de L. Ribadeau-Dumas et Chabrun citées, il ressort manifestement une porte d'entrée des streptocoques dans l'organisme et une porte de sortis, toujours rénale.

Pour les fièvres typho-paratyphoides, l'observation 2-e de Coyon et Lemierre et l'observation de G. Etienne doivent être considerées comme exemplaires d'une netteté rare. L'infection apparaissant dans un temps variable à la suite d'une forte vaccination antityphique[1]) son évolution est réduite *proportionnellement* au temps écoulé entre la vaccination et le début de l'infection, leur fin étant marquée par une localisation urinaire.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

En plus, l'observation de G. Etienne met en évidence les effets d'un dégré quelconque d'impérméabilité rénale aux microbes, tenant peut-etre à la scarlatine trouvée dans les antécédents ou à d'autres infections antérieures. L'absence dans ce cas de localisations *classiques* de la fièvre typhoïde laisse voir la différence entre la localisation rénale et les autres localisations organiques habituelles de la fièvre typhoïde, ce qui ressort aussi pour la fièvre paratyphoïde de l'observation de Coyon et Lemierre.

Cette observation de G. Etienne permet d'entrer plus profondément dans la pathologie de la fièvre typhoide, car son évolution rappelle une forme clinique de la typhoïde, sa forme néphrétique ou le néphrotyphue, dont l'évolution est assez curieuse, mais assez éloquente.

C'est une forme rare à symptomatologie presque toujours impressionnante. La maladie commence par des douleurs lombaires, de la céphalée, la fièvre s'élève en plateau, les urines se raréfient, deviennent sanguinolentes, contiennent en abondance de l'albumine, des cylindres, des globules rouges et blancs. La prostration s'installe, l'urée du sang est élevée, il y a inappétence, vomissements, diarhée,

1) Coyon et Lemierre rapprochent leurs observations de pyélite typhique. au syndrome enterro-renale, l'origine de la typhoide étand l'intestin, tout comme eelle de la colibacillose. (Soc. des Hopit. 1919, Paris).

OPTALIDON „SANDOZ“

APAISE LA DOULEUR

SANS STUPÉFIER

BCU Cluj / Central University Library Cluj

FABRIQUE DE PRODUITS CHIMIQUES, CI-DEVANT SANDOZ. BÂLE-SUISSE

Dépositaire à Bucarest: Droguería D. NESTOR, Str. Şepcari 6

souvent même des troubles oculaires. Ces signes marquent quelquefois le début de la maladie, le plus souvent ils apparaissent au cours d'une fièvre typhoïde classique en pleine évolution, soit à la période d'état, soit même dans la convalescence.

Quand le néphrotyphus apparait au début de la maladie, il est suivi quelques jours plus tard, des localisations classiques de la maladie, les symptomes de néphrite disparaissent alors (obs. Widal). Bien que les signes du néphrotyphus soient graves, son pronostic n'est pas de même. La guérison rapide de la néphrite est fréquente. Mais ce qui est interessant dans cette forme, c'est qu'à la suite de la néphrite l'évolution de la fièvre typhoïde est manifestement modifiée. Très souvent les symptomes typhiques classiques sont très atténués ou font même complètement défaut (obs. Curschmann, Amat, Mayer, Gouget). C'est ce qu'on constate aussi dans l'observation de G. Etienne et dans celle de Coyon et Lemierre, citées.

On pourrait dire aussi que la localisation sur les reins des bacilles d'Eberth est due à ce que les reins étaient déjà atteints antérieurement et mis en état de moindre résistence pour les infections. Mais en devrait reconnaitre en même temps à ces organes peu résistents une propriété bienfaisante pour l'organisme, ce qui manquerait aux reins en état de résistence normale.

Des formes atténuées ou raccourcies de la fièvre typhoïde il existe en dehors du néphrotyphus. Il y a aussi des fièvres typhoïdes à evolution classique survenant chez les sujets avec les reins déjà lésés sans que les symptomes du néphrotyphus se déroulent chez eux, donc sans que les reins constituent un organe plus receptif à l'infection que les autres organes du corps, ni opposer quelque plus grande résistence à l'élimination des microbes par les urines. Mais alors il est probable qu'il n'y a pas aussi d'état d'immunité de l'organisme avec tendance d'évacuation des microbes en quantité plus importante. Au contraire, lorsque les reins sont perméables, des quantités importantes de microbes peuvent en être eliminées sans que l'attention soit spécialement attirée sur ces organes, qui peuvent ainsi satisfaire à leur tâche sans montrer des symptomes plus importants de souffrance. C'est ainsi qu'en absence des signes d'un néphrotyphus l'évolution de la fièvre typhoïde peut présenter des modification plus ou moins importantes dans sa durée et son intensité. Aussi dans l'observation de G. Etienne les signes de la néphrité n'ont pas atteint la gravité du néphrotyphus quant à la symptomatologie rénale, bien que les suites, quant a l'évolution de la typhoïde n'en aient pas différé.

De ces mêmes observations il ressort la différenciation entre la localisation rénale et les localisations classiques, habituelles, dans la fièvre typhoïde. Il y a presque incompatibilité entre ces deux sortes de localisations, parcequ'elles ne peuvent exister en même temps sur l'individu. Dans les observations de Coyon et Lemierre, de G .Etienne, on n'a pu constater que la localisation pyélo-rénale pendant toute la durée de la maladie, pas de signes intestinaux,

Digitized by Hacettepe University Library

cutanés, ou spléniques (Etienne). Dans l'observation de Widal on a du attendre la dissipation des signes de la néphrite pour voir apparaitre les localisations typhoïdiques classiques. Dans presque tous les cas de néphrotyphus on peut assister à une oscillation de l'infection entre les reins d'une part et les autres organes d'autre part.

On ne peut considérer la localisation rénale comme étant due à la faible résistence de cet organe. On devrait considérer les reins comme trop mal armés contre les infections, surtôut lorsqu'on sait que le colibacille, — microbe doué le plus souvent de peu de virulence, — se localise presque toujours sur les reins. Un des cas de pyélonéphrite streptococique de L. Ribadeau Dumas et Chabrun cité plus haut (No. III) présentait des signes évidents de faiblesse du foie (colique hépatique, hémorragies multiples), et la localisation de l'infection pourtant a épargne cet organe pour atteindre les reins et le bassinet.

Nous citons une observation, concernant un cas de scarlatine et septicémie streptococique, qui peut mettre en évidence l'évolution d'une septicémie sans localisation rénale.

Obs. — ...garçon de 10 ans, entre à l'hôpital (Service des maladies contagieuses de m. le Dr. A. Stroé de Bucarest), pour une éruption scarlatineuse en Août 1929. La maladie a débuté il y a deux jours par des douleurs à la déglutition, de la fièvre, des vertiges, quelques vomissements. A côté des signes habituels de la scarlatine, en constate, les jours suivants, une adénopatie cérvicale gauche. Fièvre 39,6°, somnolence, état général grave. Les urines, en quantité normale, n'ont présenté de l'albumine pendant toute la durée de la maladie. L'hémoculture montre des streptocoques. Température à 40° avec des grandes oscillations. Finalement apparaissent des signes de bronchopneumonie, dans la plèvre il y a épanchement purulent, d'ou en extrait par pleurotomie 100 cc. de pus. La mort survient le soir même de la pleurotomie. Durée de la maladie 12 jours, sans aucun signe urinaire.

A l'autopsie on constante la congestion des deux poumons, surtout accusée dans le lobe möyen du poumon droit. Sections de tissu pulmonaire congestionné tombent au fond dans l'eau. Le foie est très congestionné, les surfaces de section sont recouvertes de sang, il n'y a pas dégénérescence. Le coeur à parois molles, couleur feuille morte, s'affaisse sur la table. Les **reins** sont de volume normal. La capsule se décortique, quelques pointes ecchimotiques sous capsulaires. Les surfaces de section sont un peu pâles, la substance corticale et médullaire ne présente rien d'anormal les glomérules ne sont pas visibles. A l'examen microscopique en nne trouve aucune lésion inflamatoire. Les glomérules et les tubes sont indemnes de toute lésion, dans de nombreuses coupes.

Les reins sont resté donc indemnes de toute lésion, tant clinique pedant la vie, qu'anatomique, tandisque l'infection se localise sur les poumons le foie, et le coeur.

Ce cas montre l'importance des diverses localisations orga-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

niques pour le pronostic de la septicémie, en montrant la gravité des localisations secondaires extra-rénales.

Finissons par revenir aux colibacilles et voir quelles sont les conditions de la part de l'organisme qui en régissent la pathologie en les conduisant vers les reins.

Vincent, après avoir injecté des colibacilles dans la veine auriculaire des lapins, a constaté la disparition rapide de ces microbes du sang. C'est ce qu'on constate aussi assez souvent chez l'homme atteint de colibacillose: il est souvent difficile d'obtenir une culture sanguine positive, même lorsqu'il y a des signes nets de septicémie. Widal et Lemierre expliquent l'insuccès fréquent des hémocultures par ce que le nombre des microbes circulants dans le sang est peu considérable le plus souvent et que les infections se réduisent à des simples décharges bactériennes de courte durée. Cependant la disparition des colibacilles de la circulation chez le lapin a été constatée à la suite d'une injection d'une quantité considérable de culture microbienne (2 cc., Vincent).

Il peut donc s'en suivre que, chez le lapin comme chez l'homme, l'insuccès des hémocultures tient au petit nombre des microbes circulants dans le sang, quoiqu'à leur entrée dans la circulation ils fussent d'une telle abondance que le résultat de l'hémoculture ne le laisse pas soupçonner. Les chances de trouver les colibacilles dans le sang décroissent à mesure qu'on s'éloigne du moment de l'invasion et leur nombre décroit aussi dans la même mesure de la circulation générale, allant jusqu'à y manquer complètement, tandisque l'élimination par les reins s'engage. On peut donc assister à l'évolution dans l'organisme d'une seule décharge bactérienne, qu'elle soit importante ou insignifiante, quant au nombre des microbes, sans que le résultat de l'hémoculture présente des variations concluantes sur la quantité des microbes invadants.

L'explication en pourrait être trouvée dans la constatation de Vincent faite sur l'autopsie d'un sujet mort de colibacillose où il trouve les colibacilles ramassés dans les reins et dans les grands vaisseaux de l'organisme. Ce serait donc que les colibacilles sont retenus dans les vaisseaux profonds, aboutissant, en dernier lieu, aux vaisseaux rénaux, où va s'effectuer leur élimination. C'est ainsi qu'une hémoculture peut rester négative même lorsqu'on prélève le sang en plein accès fébrile et que les signes cliniques imposent l'existence d'une septicémie plus ou moins marquée. Ce sont les microbes échelonnés profondément vers les reins qui entretiennent la symptomatologie clinique de l'infection, tandisqu'ils ont disparu de la circulation proprement dite et des vaisseaux sanguins superficiels abordables.

* * *

Tel n'est pas toujours le résultat des hémocultures dans les septicémies colibacillaires. Il y a des cas où la symptomatologie, l'évolution clinique et l'hémoculture s'accordent et concourent pour montrer qu'il s'agit de colibacillémie. Et on pourrait constater quelquefois que la colibacillurie n'en concorde pas.

SGI Université de Montréal / Bibliothèques / Digitized by Google

Cela dépend de l'origine de l'infection et de la réaction que l'organisme oppose au point d'entrée des microbes. Widal et Lemierre ent bien divisé le chapitre de la colibacillose suivant l'origine de l'infection. De toutes ces origines, c'est surtout la *colibacillémie à point de depart intestinal qui a une affinité particulière pour les reins*, ce qui a conduit Heitz Boyer de la séparer en une entité morbide sous le nom de *syndrome entéro-rénal.* Mais bien auparavant on avait pu saisir le lien entre l'intestin et les reins dans l'état spécial où se trouve la femme enceinte et que Bar a mis en évidence. C'est l'utérus gravide qui du côte de l'intestin déclanche les accidents; tandisque du côté des reins s'oppose à leur terminaison silencieuse; c'est grâce à cet organe que le cicle suivi par les microbes a été mis en lumière.

Lorsqu'on tient compte des conditions dans lesquelles les colibacilles intestinaux pénétrent dans le sang, on peut constater que leur retention dans l'intestin n'est pas nécessairement liée à l'intégrité de la muqueuse intestinale. C'est ainsi que dans les maladies avec lésions manifestes de la muqueuse intestinale comme la fièvre typhoïde, la tuberculose intestinale, les colibacilles manquent du sang le plus souvant. Dans les formes graves de la fièvre typhoïde ils apparaissent dans le sang; Vincent les y a trouvé à 1% des cas et il y a de même pour la dysentérie. D'autre part, les septicémies colibacillaires ne sont pas rares chez les cachéctiques. Netter, Hanot, Krenker ont constaté de tels cas chez les cirrotiques, Wiens et Alecsandri chez les porteurs d'un cancer de l'oesophage ou de la mamelle, Widal et Lemierre chez une vieille femme à tuberculose pulmonaire avancée. Pendant l'agonie, quelques heures avant la mort, le colibacille peut passer dans la circulation (Béco, Achard et Phulpin); enfin il peut y passer même pendant la digestion. Dans ces cas il n'y a aucune lésion intestinale.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Chez les tout petits enfants, surtout dans les 6 premiers mois de la vie la fréquence de la colibacillese est plus importante; l'infection acquiert à cet âge une gravité beaucoup plus marquée; le mortalité s'élève dans les cas de pyélonéphrite de 10% (Still) à 14% (Thompson) des cas.

Ce sont des faits qui font jouer à l'immunité un rôle important dans la production de la colibacillose et sur son évolution. La défense contre l'invasion des microbes contenus dans l'intestin est dévolue aussi à d'autres éléments que l'épitélium intestinal, surtout peut-être dans les portions de l'intestin où l'absorbtion des aliments est plus intense (intestin grêle côlon droit), dont la stase si riche en des suites rénales et sanguines a été mise en lumière par Heitz-Boyer. C'est à l'immunité que revient ce rôle de protection contre l'invasion des microbes intestinaux. Expérimentalement Roger, Charrin, Vincent, etc., ont montré qu'on peut obtenir assez facilement l'invasion de l'organisme par les microbes intestinaux après l'abaissement de la résistence de l'organisme.

Cette imunité doit être locale, cantonée au niveau de l'intestin, antagoniste aux microbes y contenus. C'est ce fait qui marque

la différence de l'évolution d'une infection colibacillaire ayant son origine dans l'intestin, des infections colibacillaires à d'autres points de départ. Pour la fièvre typhoïde, V. de Lavergne croit que cette immunité se constitue au niveau du tissu lmyphoïde de l'intestin, parallèlement et progressivement avec l'évolution de la maladie. Calmette, Heitz-Boyer croient aussi que l'invasion du sang se produirait par l'intermédiaire des lymphatiques intestinaux dans l'infection colibacillaire. Il est possible donc que les follicules lymphatiques de l'intestin jouissent de la propriété de s'opposer à l'invasion des microbes intestinaux.

Les anticorps sangiuns dans la colibacillémie paraissent assez mal représentés. Le sérum des malades ne jouit pas assez souvent des propriétés agglutinantes vis-à-vis des microbes isolés du sang ou de l'urine. Cependant Legueu et Fisch ont constaté dans le sang, au cours des septicémies colibacillaires chroniques, des granulations, des formations microbiennes degenérées, incapables de se multiplier, mais vivantes et capables de se reproduire. Ces mêmes granulations sont retrouvées dans le sang du lapin deux heures après l'inoculation de colibacilles, par les mêmes auteurs. Le sang du lapin jouit donc des propriétés bactericides vis-à-vis du colibacille, tandisque ces propriétés sont moins importantes chez l'homme, car le sang humain n'acquiert des propriétés bactéricides que dans les infections colibacillaires chroniques.

La défense locale au niveau de l'intestin est donc aussi importante que le réaction du sang dans l'évolution d'une colibacillose. L'intestin se comporte vis-à-vis des microbes qu'il contient, comme les amygdales contre la flore microbienne buccopharyngée. S'il survient des conditions où cette défense locale est devancée par les microbes, qu'elle diminue ou qu'ils s'acroissent la virulence, les microbes vont pénétrer dans l'organisme. Mais, comme ils doivent passer par ce filtre antimicrobien constitué au niveau de l'intestin pour s'opposer à l'invasion microbienne, ils en souffriront les effets. L'influence en porte sur la virulence des microbes et, suivant l'importance des modifications y souffertes, l'évolution des microbes dans le sang — la durée et l'intensité de la septicémie — souffrira des modifications en conséquence.

RÉSUMÉ: Le Dr. Cartutza *denonce* Le rôle de l'imunité dans l'élimination rénale des microbes *et considère* La détermination d'une pyelo-nephrite d'origine sanguine comme signe de pronostic favorable dans les sépticémies.

Le manque d'elimination des microbes par les reins se constate d'autre part dans les sépticémies graves, quand les reins deviennent aussi imperméables; alors les microbes restent dans l'organisme et déterminent des localisations organiques extra-renales, les quelles sont d'un prognostic grave...

RIASSUNTO: Il Sig. Dr. Carutza *denuncia* Il fatto dell immunitá nell eliminazione renale dei microbi; *e considera* la determinazione di una pyelite di origine sanguigna come segno prognostico favorevole delle setticemie.

L'assenza dell eliminazione dei microbi a mezzo dei reni si constata nelle setticemie gravi quando anche i reni diventano impermeabili; allora i microbi rimangono nell organismo e producono localizzazioni organiche extrarenali che sono di una prognosi gravissima.

ZUSAMMENFASSUNG: Dr. Cartutza *zeigt* die Rolle der Immunität in der renalen Beseitigung der Mikroben *an und betrachtet* die Bestimmung einer Pyelitis durch hämatischen Ursprung als Zeichen einer gunstigen Prognoze in Septicaemien.

Die Abwesenheit der Beseitigung der Mikroben durch die Nieren wird festgestellt den schweren Septicaemien, als die Nieren nicht durchdringlich werden; dann bleiben die Mikroben im Organismus und erzeugen extra-renalen organischen Lokalisierungen, welche eine sehr ernste Prognose zeigen.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

TRATAMENTUL FITOTERAPIC

AL STĂRILOR NEVROPATICE

Insomnii nervoase, anxietate, angoasă, vertigii, turburări nervoase ale vieţii genitale, turburări funcţionale ale cordului, vor fi în totdeauna ameliorate prin

PASSIFLORINE

medicament regulator al simpaticului şi sedativ central, compus numai din extracte vegetale *atoxice: Passiflora incarnata, Salix alba, Crataegus oxyacantha.*

Reprezentantul Laboratoarelor: **G. REAUBOURG, Paris.**

Literatură şi eşantioane:

GEORGES VERGLAS

1. Str. Precupeţii Vechi—Bucureşti, Sectorul 3

NEUROTROPISM, POLIMORFISM CLINIC SI NEURORECIDIVE IN URMA TRATAMENTULUI ANTIRABIC

de

D. PAULIAN

Medic Primar — Conferenţiar la Universitate

Am arătat altădată şi personal[1]) ca şi'n teza elevului meu Dr. I. Vâlcescu (1926)[2]) că'n urma tratamentului antirabic pot apărea numeroase accidente paralitice. Faptul acesta nu este nou, însă în lucrările de mai sus, am insistat asupra unei forme speciale ce realiza sindromul diplegiei faciale în cursul unei polinevrite. In lucrarea de faţă vom expune o serie de observaţiuni în cari neurotropismul este evident însă sub o formă specială.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cazul cel mai simplu şi care totuşi poate fi admis cu oarecare circumpecţie, este următorul:

Observaţiune: Bolnavul Gh... I., în etate de 46 ani, căsătorit, intră în serviciul nostru în ziua de 12 Octombrie 1931, pentru dureri şi impotenţă funcţională a membrului inferior drept. In antecedente găsim: cu 12 ani mai 'nainte blenoragie şi un şancru penian cu adenite consecutive. Reacţiunea BW. reînoită de mai multe ori în sânge a fost negativă. Căsătorit, n'are copii, soţia n'a avut avorturi, nu usează de alcool sau de alte toxice.

Boala actuală a apărut în împrejurările următoare: In ziua de 15 August 1931, a fost muşcat de un şobolan la antebraţul drept. După o săptămână, tumefiându-se antebraţul, este internat în Spitalul Brâncovenesc, unde i se face o intervenţiune chirurgicală. Deşi plaga erea vindecată, avea dureri mari în extremitatea superioară dreaptă şi este sfătuit să încerce şi tratamentul antirabic pe care-l începe în ziua de 26 Septembrie 1931, adică la vre-o 40 zile de la accidentul iniţial. **Chiar dela prima injecţiune** îi apar dureri în membrul inferior drept şi o slăbire a forţei musculare a acestui membru. I se continuă totuşi tratamentul — face în total 24 de injecţiuni cu vaccin antirabic. **Pe măsură ce primea noi injecţiuni, pe acea măsură i se înrăutăţea şi starea generală şi 'n acelaş timp şi durerile se măreau în membrul inferior drept,** încât a 'nceput să meargă sprijinit în baston. A terminat tratamenntul

---

1) Etudes de clinique et pathologie nerveuse — Première série 1925, Tipografia Cultura — str. Câmpineanu, 15— Bucureşti.

2) Accidente paralitice în urma tratamentului antirabic — Teză 28 Iunie 1926 — (Bucureşti).

antirabic în ziua de 6 Octombrie în starea descrisă mai sus. Cu trei zile 'nainte de intrarea în serviciul meu i-a apărut o surditate şi la urechia dreaptă.

Starea prezentă: Nimic la faţă şi nici la membrele superioare. Acuză dureri mari în tot membrul inferior drept, mişcările active şi pasive mult jenate. Dureri pe tot traectul nervului sciatic drept, semnele Lassegue, Bonnet pozitive. Nu are turburări de reflexe şi nici de sensibilitate.

Diagnostic clinic: Nevralgie sciatică. I se aplică următorul tratament: radioterapie profundă etajată opt şedinţe, şi injecţiuni intravenoase zilnice cu glusal. Părăseşte spitalul în ziua de 7 Noembrie 1931, vindecat.

Cazul acesta ar putea fi interpretat ca o simplă coincidenţă — apariţiunea simultană a unei nevralgii sciatice şi de altă natură? Care? o infecţiune banală — dacă ne reamintim că plaga a supurat şi i s'a făcut şi o intervenţiune chirurgicală? A fost o nevralgie de tip reumatic? sau un accident antirabic — consecutiv tratamentului. Inainte de tratament şi până în ziua primei injecţiuni, n'a avut nici o durere; — aceasta a survenit după prima injecţiune — când şi starea generală a devenit rea. Iată un criteriu care ar înclina pentru această din urmă aserţiune, deşi ipoteza unei coincidenţe clinice, iarăşi n'ar fi exclusă.

Observaţiunea care urmează, învederează polimorfismul clinic — permiţându-ne în acelaş timp să facem câte-va apreciaţiuni asupra latenţei de incubaţiune:

Observaţiune: In ziua de 12 Aprilie 1925, este internat în serviciul meu bolnavul Al. M. în etate de 57 ani, căsătorit, de profesiune medic veterinar al judeţului Dolj, pentru turburări nervoase survenite în urma tratamentului antirabic.

In antecedentele sale personale — găsim că prin 1916, înainte de căsătorie ar fi avut un şancru pe care l'ar fi tratat cu injecţiuni. Nu ştie dacă a fost un şancru sifilitic, dar că totuşi ani de zile ca precauţiune ar fi urmat tratament antisifilitic. Căsătorit cinci ani mai târziu (1921), soţia n'a avut copii şi nici avorturi. In timpul răsboiului a suferit de reumatism poliarticular şi ar fi rămas cu un reumatism chronic (!).

Boala pentru care se internează în serviciul nostru la data de mai sus ar fi apărut în împrejurările următoare: Cu două luni mai 'nainte (Februarie 1925), a fost muşcat de un câine turbat, şi a făcut în urmă tratament antirabic. Inainte de tratament erea perfect sănătos, şi imediat după terminarea tratamentului, a fost apucat de dureri mari de cap localizate mai ales în regiunea cefei, cu iradiaţie în regiunea frontală şi orbitară — ce-i turbura somnul în timpul nopţei. La vre-o trei zile 'n urmă i-a apărut o amorţeală la buza superioară şi aripile nasului.

La intrarea în serviciul nostru prezintă: Pupilele egale cu reacţiunile normale, uşor ptosis bilateral; ocluziunea pleoapelor incomplectă — doarme cu ochii întredeschişi. Uşoară asimetrie facială dreaptă (parezia facialului inferior drept). Nu poate fluera, nu poate sufla, scuipa, nici săruta. Vocea nasonată şi uşor bitonată. Nu poate pronunţa labialele şi din această cauză vorbirea este ininteligibilă.

Limba nu este deviată, are însă mici tremulaţiuni în masă — când

o scoate afară din gură. Nu o poate mişca nici lateral nici vertical în sus sau în jos — din care cauză resturile alimentare rămân între arcadele dentare. Masticaţia foarte anevoioasă.

Deglutiţia de asemenea foarte greoaie. Ca să bea apă trebue să sprijine paharul pe partea externă a buzei inferioare, — dă capul pe spate ca lichidul să curgă dela sine fără a face vreo mişcare de deglutiţie.

Lueta este deviată la dreapta, vătul palatului se mişcă cu anevoinţă, reflexul faringian abolit.

Aripile nasului urmează mişcările respiratorii. In timpul inspiraţiei aripile nasului se lipesc de cloisonul nasal, încât bolnavul se vede nevoit a le depărta cu degetele mâinilor.

Acuză dureri mari articulare ce-i turbură somnul. Presiunea maselor musculare şi a traectelor nervoase la membrele superioare şi inferioare este dureroasă.

Sensibilitatea obiectivă conservată.

Reflexele cutanate normale.

Reflexele osteo-tendinoase mult diminuate.

Reflexul cutanat plantar în flexiune plantară.

Toate reacţiunile biologice în sânge şi'n lichidul cefalo-rachidian (BW.) = negative. Nimic în urină, nimic visceral.

Diagnostic clinic: **Polinevrită cu predominenţa nervilor craniені, consecutivă vaccinaţiunii antirabice.**

Tratament: galvanizare locală; injecţiuni cu stricnină. Vindecare completă, — părăseşte serviciul în ziua de 1 Maiu 1925.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Au trecut ani de zile fără ca bolnavul să mai prezinte vre-o turburare din partea sistemului nervos şi nici a se mai îngriji pentru presupusa sa specificitate.

La sfârşitul lunei Iunie 1931, din cauza unei danturi, i s'a produs o eroziune locală la gingia inferioară stângă. Fiind suspectată drept o leziune specifică, i se recomandă injecţiuni cu acetylarsan şi sulfhydrargir, apoi cu neosalvarsan Bivatol, — pe cari le urmează — fără ca leziunea gingivală să fie câtuşi de puţin influenţată.

Ultima injecţiune cu Bivatol-intramusculară-fesier este făcută în ziua de 30 August 1931. A doua zi simte ameţeli şi furnicături în membrul superior stâng şi dureri în gamba stângă. Mergea susţinut, schiopătând; întrerupe tratamentul şi totuşi după o săptămână, îi apar aceleaşi fenomene şi în membrul inferior drept şi greutate în micţiune. Mersul a devenit aproape imposibil. De patru zile i-a apărut o sensaţiune de constricţiune abdominală, nu mai putea mişca picioarele şi cade la pat.

La examenul obiectiv se constată: Mişcările active şi pasive conservate la membrele superioare. La membrele inferioare; mişcările active greoaie şi limitate. Poate să ridice extremitatea la aproximativ 30 cm. deasupra nivelului patului, poate flecta şi extinde gambele pe coapse foarte anevoios şi limitat. Nu poate executa mişcarea de pedală şi nici degetele dela picioare. Nu are redoare, nici contractură.

Reflexele osteo-tendinoase-achiliane şi rotuliane vii bilateral.

Forţa segmentară redusă la membrele inferioare.

Semnul plantar al lui Babinski pozitiv bilateral, Clonus al piciorului la dreapta.

Semnul lui Manè-Foix pozitiv bilateral.

Reflexele cutanate abdominale abolite ca şi cele cremasteriane.

Limită superioară a reflexelor de apărare L^1 bilateral.

Staţiunea bipedă ca şi mersul imposibile.

Prezintă turburări sfincteriene: constipaţie şi greutate în micţiune.

Turburări de sensibilitate **tactilă:** hiperestezie D^6—D^{11}, apoi hipoestezie D^{12}—L^1 şi **dureroasă:** (vezi schema), termică şi vibratorie abolită pentru membrele inferioare şi în sus până la D^{10}.

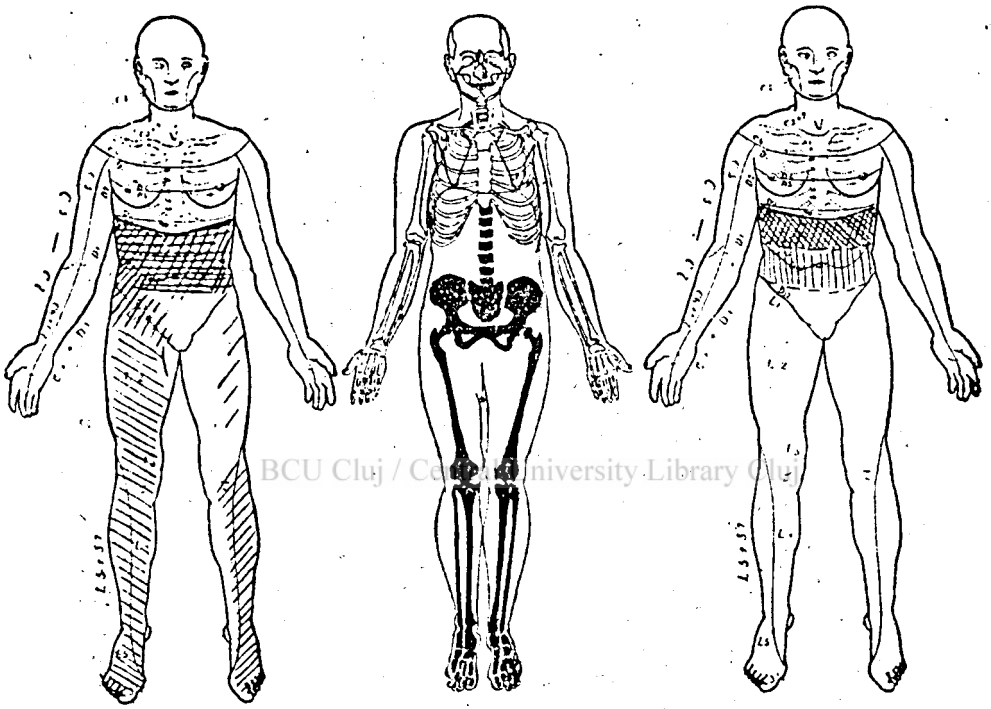


Fig. I.
Turb. de sensib. superficială.

Fig. II.
Turb. de sensib. profundă.

Fig. III.
Retrocedarea turb. de sensibilit.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Nu are nistagmus. Pupilele egale cu reacţiuni normale. V.O.S. = 1/3 + 1,5 = 2/3; O.D. = 1/6 + 2 = 1/4; Papila O.D. decolorată în totalitate, vasele subţiri. Choroidită pigmentară. Papila O.S. uşor decolorată, parţial; arterele subţiri, marginea netedă. (5/XI/1931, —D-şoara El. Protopopescu).

Sero-reacţiunea BW. negativă în sânge; Meinike negativ. Puncţia lombară nu se poate face, din cauza unei **spondilite osteo-genetice dorsală şi lombară.** (Dr. Sfinţescu).

Tratament: Injecţiuni zilnice intramuşculare cu Tiodine Cognet, glusal intravenos, naiodine.

Radioterapia profundă pe coloana vertebrală dorso-lombară — (la fiecare două zile câte o şedinţă).

Ameliorare vădită şi treptată. In ziua de 12 Noembrie începe a merge

singur în baston. Mersul are un uşor caracter de spasticitate, mersul nesigur, baza de instentatie mărită. Semnul lui Balminski a dispărut ca şi clonusul. Au dispărut turburările sfincteriene şi au revenit mişcările de pedală şi mişcările degetelor.

Persistă sensaţia de constricţiune abdominală şi turburările de sensibilitate.

18 Noembrie 1931, merge fără baston. Persistă toate celelalte ameliorări.

Bolnavul a făcut în cursul tratamentului antirabic cu ani mai înainte fenomene de polinevrită ce au dispărut în timp; şase ani mai târziu reeditează fenomene de mielită organică, ce dispar sub influenţa tratamentului fizioterapic şi antiinfecţios. De astădată ne vine în plus şi cu o afecţiune osoasă şi ligamentară spondilita osteogenetică. Este adevărat că această din urmă afecţiune este o urmare mai deasă a unui sifilis netratat, dar la bolnavul nostru, reacţiunile serologice au fost negative, şi dacă am incrimina sifilisul pentru afecţiunea sa cronică osteo-articulară, nu am putea admite la fel pentru etiologia mielitei, care a regresat şi a dispărut fără nici un tratament specific. Sifilisul în forma aceasta nu recunoaşte remisiuni totale şi mai repede am alipi afecţiunea mielitică de scleroza 'n plăci şi de infecţiunile neurotrope criptogenetice unde remisiunea totală ca şi recidiva sunt de regulă. Putem oare avansa, că acelaşi virus ar putea fi încriminat în producerea spondilitei? Faptul nu ar fi imposibil.

BCU Iasi / Central University Library Iasi

A fost mielita o formă specială a primei determinaţiuni antirabice şi deci să apară de data aceasta sub un alt aspect clinic-polimorfism?

In atare caz ar trebui să admitem o perioadă lungă şi latentă de incubaţiune a virusului rabic de la primul tratament, ori virulenţa se distinge încet lent, iar literatura admite un ciclu de aproximativ trei ani. In cazul nostru, în ipoteza unei neurorocidive ar trebui să admitem o latenţă mai mare. Dar se ma pune şi întrebarea: De ce a recidivat acum şi nu mai de vreme? In starea din ultima vreme a bolnavului n'a intervenit nici-un factor patologic care să-l pună într'o stare de inferioritate organică şi nici nu am putea admite ca tratamentul specific din ultimul timp să-i fi creiat o stare de receptivitate specială.

Cu mult mai interesantă este următoarea observaţiune, în care este vorba de o neurosecidivă după fiecare serie de tratament:

Observaţiune: Bolnavul V. P., în etate de 57 ani, intră în serviciul meu în ziua de 3 Iulie 1931, pentru impotenţa funcţională complectă a membrelor inferioare.

In tinereţe ar fi avut un şancru?, neagă alte boale veneriene sau contagioase. Căsătorit, soţia n'a avut avorturi; are doi copii sănătoşi.

Istoric: Acum 25 ani (la etatea de 22 ani), făcând un tratament antirabic, pe la a 10-a injecţiune, a avut febră, stare generală rea şi după două zile s'a paralizat ne mai putând mişca membrele inferioare; avea retenţiune de urină — trebuia să fie sondat; — retenţie de fecale, dureri mari.

de cap. A urmat atunci un tratament cu ser artificial, stricnină şi electricitate şi s'a vindecat după 35 zile.

A fost bine sănătos până în luna Iunie 1931, când fiind muşcat de un câine turbat, i se începe un nou tratament antirabic. La a 24-a injecţiune (ultima), în ziua de 26 Iunie 1931, simte dureri mari de cap, stare generală rea, constipaţie opiniată (ce durează 4 zile, greutate mare în micţiune, iar în ziua de 29 Iunie — dureri mari în ambele membre inferioare, le mişca din ce în ce mai greu, până în ziua de 1 Iulie 1931, când nu s'a mai putut scula din pat.

La intrarea în serviciul nostru prezintă: o uşoară asimetrie facială dreaptă, vederea bună, nu are turburări de masticaţie nici de deglutiţie, nimic din partea nervilor cranieni.

La membrele superioare: uşoară asimetrie la mâna stângă, tremur uşor al degetelor. Reflexele osteo-tendinoase diminuate bilateral. Forţa dinamometrică dr. 70, stg. 50, nu are turburări de sensibilitate.

La membrele inferioare: Nici o mişcare activă nu-i posibilă, schiţează puţin mişcarea de pedală a picioarelor. Nu are cloruros al picioarelor, nici al rolutelor.

Semnul lui Babinski bilateral.

Reflexele osteo-tendinoase — rot şi achilian abolite bilateral.

Turburări sfincteriene: retenţie de fecale şi urină.

Nu are turburări de sensibilitate.

Puncţia lombară BW. şi toate reacţiile negative în l. ceflr., 2 limfocite pe mmc.

T. art.: mx: 14, m. 7 (W.L.). Puls 100 pe minut.

Reflexele cutanate abdominale şi cremasterian abolite.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Tratament: Radioterapie profundă etajată pe col. vertebrală (12 şedinţe), ionizări transvertebrale cu calce, băi hidroelectrice.

Pyretoterapie cu neosaprovitan B la intervale de 3—4 zile.

Începe să mişte diferitele segmente ale membrelor inferioare.

Vindecat 15 August 1931.

In ceace priveşte explicaţiunea patogenică a acestor turburări ne referim la cele două ipoteze emise până în prezent:

a) Că ar fi vorba de o turbare de stradă atenuată prin tratament.

b) Că toate manifestările clinice paralitice, nu ar fi decât forme clinice ale turbării de laborator dată prin injecţia de virus rabic fix.

Faptul că adeseori muşcătura de animal turbat nu este sigură, şi că tratamentul este făcut chiar când controlul nu a fost sigur — deci s'ar putea ca muşcătura să fie dela un animal neturbat şi totuşi s'a făcut tratamentul antirabic — ne face să înclinăm către a doua ipoteză — deci a unor manifestaţiuni clinice ale turbării de laborator.

RÉSUMÉ: Le Conf. Dr. Em. D. Paulian *publie 3 obs. cliniques de* Neuro-tropisme polimorf et Neuro-recidives survenues à la suite d'un traitement antirabique.

L'auteur penche vers l'hypothèse d'une rage de laboratoire provoquée par l'injection du virus rabique fixe.

RIASSUNTO: Il Sig. Confer. Dr. Emilio Paulian *publica tre osservazioni cliniche con* Neurotropismo polimorfo e neurorecidive sopravvenute in seguito ad un trattamento antirabbico *ed egli é di parere che siano dovuti ad un disturbo di laboratorio dato per mezzo dell iniezione di virus rabbico fisso.*

ZUSAMMENFASSUNG: Conf. Dr. Em. Paulian *veröffentlicht 3 klinischen Beobactungen von* Neurotropismus polymorphus und Neuro-Rezidiven nach anti-rabischen Therapie erschienen, *und meint dass diese von einer Laboratorium-Rabies hervorgerufen sind.*

SIROPUL

NEURO TONIC

GHEORGHIU

TONICUL NERVILOR ŞI AL MUŞCHILOR

APROBAT DE

MINISTERUL SĂNĂTĂŢEI

cu No. 16.091 1929 conform Jurnalului Consiliului Sanitar Superior din 23 Martie 1929

INDICAŢIUNI TERAPEUTICE:

Surmenaj intelectual, fizic şi moral, Anemie, Melancolie, Timiditate, Neurastenie, Impotenţă, etc.

TONIC şi APERITIV

CONŢINUTUL 200 C. M. C.

DEPOZIT

FARMACIA ŞTEFAN GHEORGHIU

CRAIOVA — JUSTIŢIEI, 32 TELEFON 8|4

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Spitalul Brâncovenesc
Divizia I Medicală (Dr. Mante)

Dr. G. NEGRESCU
Intern.

Dr. M. ŞTANESCU
Intern.

ALEX. PAUNESCU PODEANU
Extern.

CONSIDERAŢIUNI ASUPRA PURPUREI RHUMATOIDE

Printre capitolele de patologie cari nu şi-au găsit încă un cadru definitiv, se enumără fără îndoială şi acel al sindromelor purpurice; patogenia lor e departe de a fi precizată, iar din punct de vedere clinic şi terapeutic prezintă nu rareori particularităţi asupra cărora discuţiunea e încă deschisă. Se poate spune că studiul purpurelor începe în 1735, când Werlhof izolează „purpura hemoragic apyretic" de scorbut. In 1877 Lasègue îi precizează tipul clinic. Denys semnalează trombopenia în 1887, iar în 1895 Hayem face un studiu asupra stigmatelor sanguine în ansamblu. In fine Bérard şi Roubier[1]) publică în 1907 o clasificaţie destul de judicioasă a purpurelor. Mai de curând P. E. Weill[2]) şi Isch-Wall[3]) au încercat să reunească sub numele de „hemogenie" toate purpurele trombopenice idiopatice; tot ei au stabilit importanţa ficatului[4]) în determinismul diathezelor hemoragice. Până în prezent nu există însă o unitate de vederi şi după tendinţa fiecărui autor se descriu şi astăzi aceleaşi sindroame sub numiri diferite. Autorii germani contimporani au adoptat în majoritatea lor clasificaţia lui Frank[5]) asupra căreia nu e cazul a insista aci. O cla-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

1) Berard de Roubier: Classification et pathogénie des purpuras. Gazette des hôpitaux. 30/XI/1907 p. 1635.

2) P. E. Weill: Les états hemorragipares chroniques (Hémophilie et hémogenie). Journal Médical Francais nr. 1. 1922.

3) P. Isch-Wall: L'hémogenie (diathèse hémorragipare) Thèse Paris 1926.

4) P. E. Weill, Bocage et Isch. Wall: Lersyndrome de l'insuffisance hémocrasique du foie. La Presse Med. 1 Iulie 1922.

5) Frank. Handb, der Krankheiten des Blutes u. der Blutbildenden organe, p. 295. Bd. II. Iulius Springer 1925.

sificaţie recentă, bazată pe patogenie a fost încercată de Becks[6]) din Rostock în 1925.

Clasificaţiunea franceză actuală distinge:

I) *Purpure secundare.*

1) Mecanice (tuse convulsivă, epliepsie, asistolie).
2) Toxice (fosfor, iod, arsenic şi arsenobenzene).
3) Infecţioase (meningococ, pneumococ, difteric, etc.).
4) In cursul afecţiunilor nervoase, turburărilor endocrine, etc.

II) *Purpure primitive.*

1) Infecţioase: *a)* forma supraacută: purpura fulminans (Hénoch); *b)* forma acută: tifus angio-hematic (Landouzy-Gomot); *c)* purpura subacută sau chronică.
2) Purpura rhumatoidă (pelioză rheumatismală a lui Schönlein).
3) Maladia lui Werlhof.
4) Purpura chronic idiopatică în aparenţă („hemogenia" lui P. E. Weill).

* * *

Purpura rheumatoidă a fost descrisă de Schönlein în 1841, sub numele de pelioza reumatică; acelaşi autor a semnalat manifestaţiunile articulare ale maladiei. Ulterior, în 1874, Scheby-Buch şi Hénoch au descris turburările gastrointestinale caracterizate prin vărsături, colici şi hemoragii intestinale. In observaţiunea ce urmează e vorba de un caz purpură exantematică rhumatoidă studiat în Divizia I Medicală Spit. Brâncoenesc (Dr. Mante) şi care pe lângă toate simptomele clasice ale maladiei, a prezintat câteva particularităţi remarcabile.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

OBSERVAŢIUNE.

Bolnavul C. I. de 38 ani, chelner, intră în serviciu în ziua de 30/XII/930 pentru o erupţie purpurică generalizată, dureri în hypochondrul drept, artralgii.

Antecedente: friguri palustre în copilărie, blenoragie, şancru simplu. Soţia a avut un avort spontan.

Reacţia Wasserman negativă.

Istoric: acum 4 ani a avut o erupţie asemănătoare cu cea pe care

6) Becks (Rostock) Acta Medica Scandinavica t. LXII p. 56 | 29 Oct. 1925. Autorul distinge 3 mari clase după cum turburarea predomină.

a) Asupra placheţilor (trombopenie esenţială şi simptomatică).

b) Asupra alteraţiilor vasculare (purpură rhumatoidă, endotelioză hemoragice, scorbut).

c) Asupra coagulării sanguine (hemofilie).

o prezintă acum, diagnosticată purpură rheumatismală, şi care s'a vindecat într'o lună.

Cu 10 zile înainte de intrarea în spital bolnavul observă apariţia unei erupţiuni purpurice discrete pe partea dorsală a mâinilor, apoi pe toată suprafaţa corpului cu excepţia feţei. In acelaş timp bolnavul a început să simtă dureri la nivelul articulaţiunilor membrelor şi în fossa iliacă dreaptă. Maladia a evoluat fără febră şi fără hemoragii mucoase sau viscerale.

Starea prezentă: Constituţia viguroasă, obez. (104 kgr.), prezintă pe corp o erupţie purpurică generalizată simetrică, care predomină pe faţa anterioară a trunchiului şi coapselor şi care este formată din pete roşii sau violacee, de mărime variabilă, dela un bob de linte la un bob de meiu; petele nu dispar la apăsare, proemină uşor peste suprafaţa pielii, nu sunt pruriginoase. Articulaţiunile umerilor, coatelor şi genunchilor dureroase în mişcări şi la palpaţiune, fără însă să prezinte vreo modificare în aspect. Pacientul e afebril. Starea generală relativ bună.

Pulmoni: Expiraţia uşor prelungită şi tusea sbucnitoare la vârful stâng.

Aparat circulator: Uşoară întărire a sgomotului II la focarul aortic. Nimic orificial. Ritm regulat.

Tens. art. 14 Mx. 9 mm. (Vaquez). Puls. 80.

Ficatul: marginea superioară în dreptul spaţiului V intercostal; marginea inferioară depăşeşte rebordul costal cu 4 laturi deget la nivelul liniei mamelonare; dureros la palpaţie şi percuţie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Splina: perculabilă pe 2 laturi de deget. Nu se palpează.

Tub digestiv: dinţi cu lipsuri, limba normală ca aspect, abdomen suplu, nedureros, scaune diareice.

Aparatul genito-urinar şi sistemul nervos nu prezintă nimic deosebit.

EXAMENE DE LABORATOR:

In urini albumina şi glucoza absente; urobilina şi sărurile biliare există; în sediment nimic deosebit.

Sero-reacţia **Wassermann** în sânge negativă.

Urea în sânge 0,40 gr. $^0/_{00}$.

EXAMEN DE SÂNGE:

hematii 5.520.000
globule albe 6.800
formula: polinucleare 63 %
mononucleare 19 %
limfocite 13 %
eosinofile 3 %
placheţi: 65.000.
timp de sângerare 4', 30" (uşor prelungit).
timp de coagulare (9') normal.
Proba Weill-Frugoni, pozitive la ambele mâini.

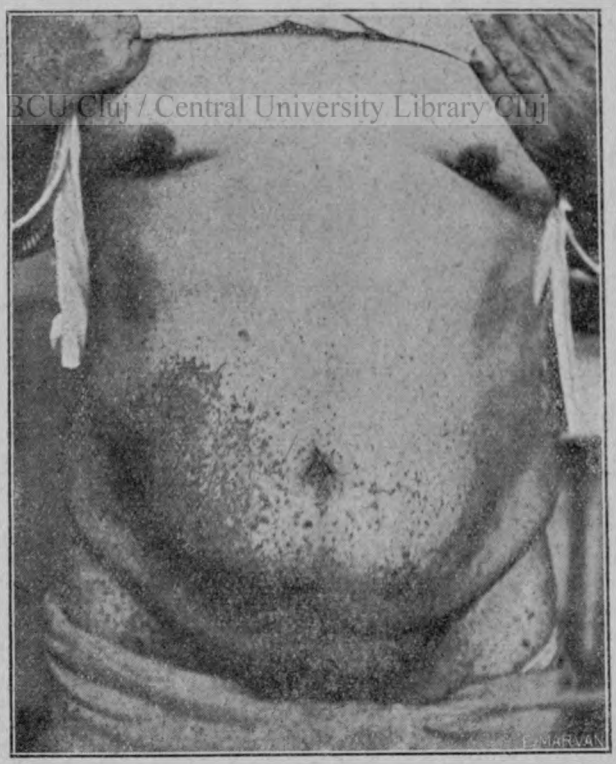
EVOLUŢIA BOALEI IN SPITAL:

In ziua de 6 Ianuarie bolnavul acuză din nou dureri abdominale, mai intense însă ca înainte şi sub formă de colici intermitente; în acelaş timp are vărsături bilioase şi un scaun sanguinolent. Pulsul 80, bine bătut, abdomen supţu. La 11 şi 17 Ianuarie survin alte crize cu dureri abdominale violente, vărsături, scaune sanguinolente.

Se fac bolnavului în tot acest timp, în afară de hemostaticele uzuale cari n'au avut nici un efect, injecţii intra-dermice de peptonă 5/20 (Nolf) apoi injecţii intramusculare de peptonă în soluţia 5% şi în cantitate de 3—6, mai târziu 10 cc.

In ziua de 3/II/31 purpura se atenuează mult. La acelaş moment probele lui Roche şi Philinsky pentru decelarea insuficienţei hepatice sunt franc pozitive.

In ziua de 6/II/31 după ingestia de miere necesară uneia din probele de mai sus, bolnavul are o nouă criză abdominală cu dureri şi colici violente localizate mai ales în fossa iliacă dreaptă şi vărsături repetate. Chirurgul chemat discută eventualitatea unei apendicite. Se aplică o pungă de ghiaţă pe regiunea apendiculară şi fapt surprinzător, la punctul de aplicare al pungei apare după 2 ore o erupţie purpurică confluentă (figura). In


BCU Cluj / Central University Library Cluj

C. Ion. 38 ani. Purpura exantematică reumatoidă.
Semnul pungei cu ghiaţă: Abundentă erupţie de elemente purpurice confluente, provocate în fossa iliacă şi coapsa dreaptă prin punga cu ghiaţă aplicată local 1—2 ore.

zilele următoare erupţia se generalizează din nou, fenomenele abdominale se atenuează însă. Incepând dela 27/II se fac bolnavului, şedinţe de radioterapie splenică în urma cărora erupţia purpurică se atenuează mult şi dispare complect după a 3-a şedinţă, (11/II/31).

Un nou examen sanguin practicat în acel moment arată;

hematii 4.000.000

leucocite 6.000

formula asemănătoare cu prima,

placheţi 96.000

timp de sângerare la urechea dreaptă 7' 1/2,

la urechea stângă 5'

timp de coagulare 5'

Proba Weil-Frugoni pozitivă.

In ziua de 14/III bolnavul părăseşte serviciul. Revăzut după 3 zile declară că după un abuz alcoolic a reapărut în mod tranzitar o discretă erupţie purpurică pe tegumentele corpului. De asemenea după 6 luni bolnavul ne vizitează pentru o erupţie survenită în urma unui abuz alcoolic.

* * *

Erupţiunea purpurică, artralgii, turburări gastrointestinale sunt simptomele fundamentale ale purpurei rhumatoide. Ele se regăsesc incomplect la bolnavul nostru, la care diagnosticul le impune în mod evident. Cât priveşte semnele hematologice, dacă semnele de fragilitate capilară sunt obişnuite maladiei, trombopenia atât de pronunţată în cazul nostru a fost mai rar descrisă în purpura rhumatoidă, care evoluează de obiceiu cu un număr de placheţi normal. O altă particularitate a cazului relatat de noi e faptul că maladia a survenit la un adult, de regulă fiind atinşi mai ales copii între 6 şi 12 ani.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Crizele dureroase abdominale merită mai multă atenţie, întrucât constituesc un simptom cu totul particular al acestei maladii. Studiate de Guinon şi Vieillard,[7]) ele se caracterizează după cum am văzut şi la bolnavul nostru, prin triada următoare:

1) *Dureri abdominale violente* sub formă de colici, cu localizări variabile.

2) *Vărsături repetate*, sanguinolente, uneori adevărate hematemeze.

3) *Scaune sanguinolente* repetate cu tenesme.

Cu toate aceste manifestaţiuni dramatice crizele abdominale se atenuează de obiceiu repede, dar se reproduc frequent. In cazul când aceste crize coincid cu un episod purpuric, diagnosticul e uşor. Nu tot astfel e însă cazul când ele preced erupţia purpurică. Intr'un studiu în care arată tot interesul chirurgical al acestor crize, Bailey citează 8 observaţii personale şi alte 16 culese din literatură.

---

7) Guinon et Véillard Soc. Méd. des Hop. 26 | X | 1907.

8) Lavaliée. Thèse Paris 1911.

9) Bailey, The British Jurnal of Surgery t. XXXVIII 1930 p. 70 Oct.

Din toate acestea 8 au fost diagnosticate ca invaginaţie acută 3 ca apendicită, 1 ca ulcer gastric, 1 ca ocluzie. In ceeace priveşte tratamentul acestui sindrom, acelaş autor recomandă o atitudine franc intervenţionistă, pe care o motivează prin eventualitatea unei adevărate imaginaţiuni acute pe care o pot realiza uneori hemoragiile inestinale prin exagerarea peristalismului intestinal (14 cazuri în literatură).

Patogenia crizelor abdominale nu e încă bine precizată. Este probabil că hemoragia uneori apreciabilă, din peretele intestinal şi mai ales din submucoasă şi subseroasă şi care poate chiar crea uneori sufuziuni disecante ale peretelui intestinal, e cauza scaunelor sanguinolente şi a colicelor violente, atât prin exagerarea peristatismului intestinal cât şi prin iritaţia peritoneului. In cursul unei laparatomii exploratorii, Fiolle, Poinso şi Garry[10]) constată placarde hemoragice subseroase multiple pe ansele subţiri. Una din acestea, adusă la exterior, se rupe spontan în mâna chirurgilor, fapt care a necesitat rezecţia ansei.

Eventualitatea unui syndrom nervos cauzat de leziuni toxi-infecţioase, la nivelul măduvei şi ganglionilor spinali a fost deasemeni invocate în patogenia acestor crize (Faisans, Mariano Castex).

Alteraţiunile endhothelio-plasmatice. Producerea hemoragiei purpurice a fost atribuită alteraţiunilor sanguine şi endoteliale. Pentru Duke[11]) Frank, Hayem, diminuarea hematoblaştilor ar constitui cauza esenţială a acestor hemoragii; iar pentru cazurile în cari trombociţii nu sunt diminuaţi în număr, Glanzmann admite o insuficienţă funcţională a lor (thrombastenie).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Weill şi *Roskam*[12]) pun dimpotrivă pe primul plan alteraţiunile endoteliale, cari se pun de obicei în evidenţă prin proba garotului (Weill Frugoni) şi prin timpul de sângerare provocată (Duke).

Ambele alteraţiuni par a se asocia în majoritatea cazurilor cu excepţia purpurei rhumatoide, în care un tablou sanguin normal cu o coagulare şi sângerare normale, e eventualitatea cea mai obicinuită.

La bolnavul nostru trombocitele au fost mult reduse: 65.000 la primul examen, 96.000 la al doilea, fapt rar în purpura rumatoidă, coagulul era iretractil, iar pe de altă parte proba lui Duke a dat o sângerare prelungită şi proba garotului Weill-Frugoni a fost constant pozitivă. Semnificativ e faptul că la al 2-lea examen examen, timpul de sângerare luat în acelaş timp la ambele urechi a fost găsit diferit; în asemenea cazuri Roskam crede în existenţa

10) Fiolle, Poinso, Garry, Résection d'une anse intestinale lessée au cours d'un purpura hémogénique; guérison. Examen de la pièce. Bull. et mém. de la Soc. Nat. de chirurgie. No. 15. 17 Mai 1930.

11) Duke. The relation of blood plaketets to hemoragic discases. The journal of the American Med. Assoc. 1 Oct. 1910 p. 1185.

12) Roskam: Pathogémie de la prolongation des hémoragies dans les syndromes hémoragiques et. dans l'hémophilie vraie. La Presse Méd. 21 Nov. 1923.

unor leziuni capilare parcelare neuniforme. In ceeace priveşte semnul lui Weill-Frugoni acesta nu e deloc specific syndroamelor purpurice.[13]) In afara stărilor hemorogice în cari prezenţa sa e clasic cunoscută, acest semn a fost observat şi în splenomegalii cronice, leucemii myeloide, syndromul lui Banti, la hepatici — cirotici mai ales — la pletorici cu poliglobulie, la varicoşi, la purtători de angome congenitale.[14])

Este drept că la multe din aceste cazuri semnul lui Weill-Frugoni coexista alături de sindromul de insuficienţă hemocrazică a ficatului, fapt care denotă rolul important al acestui organ în fiziologia capilarelor, proba lui Weill-Frugoni denumia astfel un semn de anomalie hepatică.

Pentru punerea în evidenţă a fragilităţii capilarelor, există în afara procedeelor mai sus citate şi alte probe: Berbely[15]) în loc de a ridica tensiunea intravasculară prin aplicarea unui garot, cum se face în semnul citat mai sus, diminuă tensiunea estravasculară cu ajutorul unei ventuze Bier în legătură cu un aparat care măsoară presiunea negativă din ventuză. Se apiră până la apariţia primelor peteşii cutanate şi se apreciază astfel tendinţa hemoragipară a unui punct al pielii.

In câteva cazuri de purpură rhumatoidă citate de Frank, injecţia intradermică de tuberculină e urmată de un hematom subcutanat apreciabil şi de peteşii şi papule cutanate multiple. Frank a denumit această reacţie „*Provokations experiment*" şi o consideră particulară purpurei rhumatoide.

La cazul nostru aplicarea unei pungi de ghiaţă pe tegumentele abdominale a fost urmată regulat de o erupţie purpurică, intensă şi confluentă, strict limitată la locul de aplicare. Intensitatea erupţiei a variat cu durata aplicărei pungei, iar momentul apariţiei a fost de 1—3 ore dela aplicare. Acest semn care a fost reprodus pe diferite locuri şi, cum după literatura ce am avut la dispoziţie, n'a mai fost descris până în prezent, a fost denumit de d-l Dr. Mante „*semnul pungei de ghiaţă*"[16]). Acest semn are aceiaşi semnificaţie semiologică ca şi semnul lui Weill-Frugoni, constituind o nouă manifestare a fragilităţii vasculare, pe care o evidenţiază chiar în cazurile când e latentă.

Interpretarea sa trebue căutată în vozodilataţia paralitică ce urmează vazoconstriaţiei cauzată de aplicarea gheţei care exagerează leziunile capilare, favorizând extravazarea sanguină.

* * *

Patogenia purpurelor primitive, în cadrul cărora intră după cum am văzut şi purpura rhumatoidă, nu e încă pusă la punct şi

13) Stephan: Ueber das Endotel. Symptom Berl. Klin. Wochenschr. 1921, No. 14 p. 319.

14) P. E. Weil: Le signe du lacet. Bull et Memmoire de la soc. Med. des Hop. de Paris 19 Mai 1930 p. 762.

15) Berbely: Uber die Blutungsbereitschaft der Haut. Munchener Medizinische Wochenschrift 1930 LXXVII.

16) Dr. Mante: Comunicare făcută la Soc. Medicală a Spitalelor din Bucureşti, în şedinţa din 25 Martie 1931.

se susţin şi astăzi numeroase teorii bazate mai ales pe consideraţiuni teoretice.

In majoritatea cazurilor ipoteza existenţei unei infecţiuni sau intoxicaţii, survenite pe un teren predispus apare ca cea mai probabilă. In ceeace priveşte purpura rhematoidă, dacă nu există încă o unitate de vederi în privinţa cauzelor sale, o parte din autori tind a-i atribui o origină toxică sau anafilactică pentru majoritatea cazurilor.

După Osler, care în 1914 a afirmat primul acest fapt, au urmat observaţiunile lui Franck (1915), care pune la baza purpurei rheumatoide o alteraţiune capilară datorită unei auto-intoxicaţiuni cu toxine de natura histaminei, desvoltate în intestin. Patogenia anafilactică a fost afirmată apoi de Glanzmann, Weiss din Strassburg, P. E. Weill, şi într'un studiu recent de Ch. Richet Fils şi J. Dublineau, cari redau din literatura consultată 9 observaţiuni concludente din cari reese că antigenul încriminat e de cele mai multe ori de origină alimentară: orez, lapte, ouă, carne, brânzeturi, antigen decelabil prin regimuri de eliminare şi a cărui suprimare aduce regresiunea rapidă a syndromului. In acelaşi sens trebuesc interpretate şi rezultatele favorabile pe cari medicamentele anti-anafilactice (peptona s. ex.[17]) le-au dat în numeroase cazuri de purpură.

Fără îndoială că în cadrul acestor manifestări un rol de primul ordin trebue atribuit şi ficatului a cărui deficienţă favorizează instalarea chocului anafilactic.[18]) P. E. Weill şi Isch Wall au arătat de altfel mai de mult că foarte adesori se găsesc la bolnavii suferinzi de purpură şi la ascendenţii lor antecedente hepatice (icter, lithiază, ciroze), şi citează 2 observaţiuni în cari purpura s'a agravat după apariţia accidentală a unui icter. Această corelaţie a fost observată şi de autorii germani şi Frank a descris sub numele de „pseudo-hemofilie hepatică" toate cazurile de purpură în cari rolul ficatului e primordial.

In cazul citat de noi, dacă nu s'a putut constata existenţa unei anafilaxii propriu zise, rolul intoxicaţiei etilice ne apare destul de clar, de oarece toate recidivele maladiei au urmat cu exactitate după abuzuri alcoolice; iar rolul ficatului este cu atât mai evident, cu cât e vorba de un bolnav obez, cu ficat mare, cu urobilină şi săruri biliare prezente în urină, şi cu probe de insuficienţă hepatică franc pozitive.

Un rol important trebue atribuit şi splinei, deşi mecanismul prin care acest organ influenţează numărul trombocyţilor sanguini rămâne încă în discuţie. (Frank, Katznelson). Nu mai puţin adevărat însă, iradierea sa — ca în cazul nostru — sau ablaţiunea sa, a dat rezultate excelente în unele cazuri rebele tuturor tratamentelor uzuale.

---

17) G. Grognot; Traitement de l'anaphylaxie digestive et de l'anaphylaxie respiratoire par la peptonothérapie. Souchon imprim. Paris 1926.

18) Ch. Flandin: Les réactions hépatiques au cours de l'anaphylaxie. Journal Médical Français, 5 Mars, 1930.

Atât ficatul cât şi splina au deci un rol important în determinismul purpurei, alcătuind terenul asupra căruia acţionează cauzele toxi-infecţioase mai sus amintite.

Nu trebuie uitat, nici rolul sistemului nervos. Faisans şi Mariano Castex au arătat mai de mult importanţa leziunilor medulare şi ale centrilor simpatici. Mai de curând Mironescu[19]) a descris de asemeni leziuni importante în ganglionii simpatici cervico-spinali şi cărora le atribue un rol însemnat în producerea şi dispoziţia simetrică a purpurei.

* * *

Tratamentul purpurei rheumatoide întâmpină aceleaşi dificultăţi de care se loveşte terapia purpurelor primitive în general, care cu toate progresele realizate, e departe de a fi pusă la punct; aceasta datorită faptului că în afara purpurelor toxice sau infecţioase cu agent bine determinat şi cu posibilităţi de terapie specifică, în toate celelalte varietăţi — între cari se poate enumera încă şi purpura rheumatoidă — lipseşte încă noţiunea factorului cauzal.

Pentru acest motiv s'a încercat în asemenea cazuri o serie lungă de procedee sistematice, cu eficacitate mai mult sau mai puţin adeverată, dar în general tranzitorie.

1) *Ca acţionând asupra capilarelor* au fost utilizate: extractul de lob posterior de hypofiză, ergotina, emetina, adrenalina, ultima având efect şi asupra măduvei osoase (Franck).

2) *Procedee cu acţiune coagulantă:* Injecţii de ser de cal, injecţii subcutanate de sânge de om; injecţia intravenoasă de ser de om; transfuzie; injecţiile de extracte de ţesuturi şi transfuziile de placheţi (sânge citratat).

Injecţiile de extracte de placheţi sau coagulen (Merklen şi Wolff); iar ca medicamente coagulante Na Cl în soluţie hypertonică 10%, claudenul, proteinoterapia şi injecţiile de peptonă 5% subcutanat sau intramuscular (Nobécourt şi Tixier), sau intradermic sol. 5/20 (Nolf); (peptona e însă o armă cu 2 tăişuri, putând uneori agrava hemoragiile) serul gelatinat (Carnot). Clorurul de calciu, „per os" sau intravenos în soluţie de 10% a fost de asemeni utilizat cu succes.

3) *Tratamentul endocrinian,* a fost administrat cu rezultate bune mai ales de către P. E. Weill, care a întrebuinţat extracte de ovar, suprarenală şi mai ales de tiroidă (sirop de hematoetiroidină) şi extract hepatic (ficat fript sau macerat). In cazurile de purpură cu insuficienţa hepatică acest procedeu are semnificaţia unui tratament etiologic şi a fost administrat şi bolnavului nostru.

4) *Desensibilizare* şi *regim* dacă purpura e de natură anafilactică. In cazul nostru nu s'a putut percepe vreun agent etiologic în acest sens.

---

19) Mironescu Th.: Considerations sur deux cas de purpura Les archives de Colentina. 1928 Nr. 1.

5) In ipoteza unei influenţe trofonevrotice medulare în geneza erupţiei purpurice şi atralgiilor, Rautenberg[20]) a încercat chiar anestezia rachidiană cu novocaină.

6) In scopul augmentării numărului placheţilor a fost încercată radioterapia măduvei oaselor plate. Guggenheimer şi Wittgenstein au comunicat 3 cazuri influenţate în bine. Franck se arată mai puţin entuziast: în cele 5 cazuri observate de el, rezultatele au fost foarte slabe.

7) In cazul nostru radioterapia splenică, recomandată pentru prima dată de Stephan în 1921, a fost urmată de o ameliorare rapidă a tuturor simptomelor, dar nu a putut evita recidivele ulterioare ale maladiei. In general rezultatele sunt contradictorii. H. Full,[21]) Merklen şi Wolff au semnalat succese care nu se regăsesc însă în observaţiile celorlalţi autori cari au încercat acest procedeu, fapt ce nu poate fi însă negat, iradiaţia splinei grăbeşte coagularea sângelui, fie că prin exercitarea aparatului reticulo-endotelial se distruge hemolyzina (Helzknecht), sau că după cum afirmă Stephan, din globulele albe distruse prin iradiarea splinei se eliberează trombokinaza, unul din fermenţii coagulanţi. Cânciulescu, Hirsch şi Paulon au arătat dealtfel influenţa exercitată de iradiaţiunile cu raze X şi ultraviolete asupra modificărilor sângelui şi în particular asupra numărului hematoblaştilor.[22])

8) *Splenectomia* e intervenţiunea la care se apelează când toate celelalte metode dau greş. Acţiunea acestei operaţiuni a fost dovedită de Kaznelson[23]) în 1917, la o femee suferind de hemoragii repetate cu trombopenie şi splină palpabilă. Dela acea dată a urmat o serie de observaţiuni favorabile, cari au consacrat metoda mai ales în tratamentul purpurelor cu trombopenie rebele altor medicaţiuni. Din 18 cazuri de splenectomie, Franck constată maladie ciclică şi în general benignă, oportunitatea acestor operaţiuni se menţin apoi; în 5 cazuri augmentare temporară, în 2 nici un efect.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In 1923 Rosenthal Nathan[24]), semnalează 14 succese din 15 cazuri.

In 1925 Chauffard şi Duval operează primul caz în Franţa. Beer (New-York)[25]) publică în 1926, 4 cazuri de purpură cu trombopenie pronunţată, toate vindecate după splenectomie, Washburn[26]) a obţinut de asemeni două succese din trei splenectomii

20) Rautenberg Deutsche Med. Wochenschr. 1923 Nr. 4.

21) L. Popp: Radiotherapia şi indicaţiile ei. Cluj 1926.

22) Cânciulescu, Hirsch şi Paulon: Cercetări asupra syndromului hemogenic (trombocitopenie) din purpură. *Mişcarea Medicală* Martie 1929.

23) Katznelson: Thronbolytische Purpura: Zeitschr. f. Klin. Med. Bd. 87 u. 88 1919.

24) Rosenthal Nathan. The Blood picture in purpura. The Journal of. Labor. and Clinic. Med. Vol 13 Ian. 1923 Nr. 4 p. 303—322.

25) Beer. Essential trombopenic purpura and its treatment by splenechtomy. Annals of surgery. vol. LXXXIV Nr. 4 Oct. 926.

26) Hamlie Washburn. Splenectomy by trombopenic purpura the J. of. Am. Med. Ass. 1 Febr. 1930.

la copil. In 1924, la congresul francez de medicină, Fiessinger şi Brodin au comunicat 44 cazuri cu 80% rezultate favorabile şi cu mortalitate numai de 1% [27]). Efectele splenectomiei sunt multiple şi încă incomplect elucidate. Pentru Kaznelson s'ar suprima odată cu splina un loc important de distrugere al trombocitilor.

Curba acestora creşte într'adevăr aproape imediat după intervenţiune (Rivoise).[28]) Pe lângă acest fapt, Franck mai admite şi o acţiune directă asupra capilarelor, întrucât încetarea hemoragiilor poate surveni înaintea creşterii hematoblaştilor.

Fără îndoială că în formele obişnuite ale purpurei rheumatoide, în 11 augmentarea bruscă a placheţilor la cifra normală, la care e cu atât mai discutabilă cu cât în general purpura rheumatoidă evoluează fără trombopenie; apoi în eventualitatea unei intoxicaţii anafilactice; suprimarea din regim a antigenului, e urmată de o grabnnică vindecare. In cazurile însă în cari, în cadrul unei agravări clinice progresive, există o trombopenie ireductibilă, splenectomia rămâne ca ultimă resursă.

9) *Legătura arterei splenice* ar avea aceleaşi efecte ca şi splenectomia.

In rezumat: In cazul nosru expus mai sus, se regăseşte în complect triada clinică a purpurei rheumatoide.

Din punct de vedere hematologic s'au putut evidenţia atât alteraţiuni plasmatice (trombopenie), puţin obişnuită în purpura rheumatoidă şi alteraţiuni capilare (endotelită parcelară); ultimile au putut fi puse în evidenţă — în afara probelor clasice — şi prin aplicarea unei pungi de ghiaţă pe tegumente, care a cauzat accentuarea erupţiei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In patogenia purpurei rheumatoide pare verosimilă existenţa unei intoxicaţii (alcoolismul poate în cazul nostru) mai adesea de natură anafilactică, acţionând pe un teren special determinat mai ales de starea organelor endocrine.

Rolul ficatului şi splinei e primordial şi a putut fi constatat şi în cazul nostru. Tratamentul care a dat rezultatele mai bune a fost radioterapia splenică.

RÉSUMÉ: Les Dr. Ch. Negresco, M. Stanesco et A. Paunesco-Podeano *publient l'observation clinique d'un* Cas de purpura rhumathoïde *dans la quelle des taches confluentes de purpura apparaissaient sur l'endroit abdominal d'application d'une poche à glace (le signe de la poche à glace du Dr. Mante et des auteurs), ce qui indiquait la lésion d'endothelite parcellaire.*

Les récidives survenant après des excès alcooliques, de même que les épreuves positives d'insuffisance hepatique y démontrent en outre le rôle général joué par le foie.

27) Ramond.: Conferances de Clinique Médicale pratique (8' serie).

28) Rivoise.: Plaquettes sanguins et splénectomie; du rôle des globulins dans quelques syndroms hepato-spleniques. La Presse médicale Nr. 21 23 Mai 1930.

RIASSUNTO: I. Sigg. Dott. Gh. Negrescu, M. Stanescu e A. Paunescu *pubblicano l'osservazione clinica di un* Caso di purpura reumatoide, *nel quale al posto della applicazione addominale di una borsa di ghiaccio apparivano macchie confluenti di purpura. (Segno della borsa di ghiaccio del Dr. Mante e degli autori) e recidive della malattia sono sopravvenute dopo un eccesso alcoolico (le prove di insufficienza epatica positiva).*

ZUSAMMENFASSUNG: Dr. Gh. Negrescu, M. Stănescu u. A. Păunescu *publizieren eine klinische Beobachtung:* Ein Fall von purpura rhumathoida, *in welche auf der Stelle wo man einen Beutel mit Eiss aufgelegt hat, Fleken von konfluenten Purpura erschinen (Zeichen von Dr. Mante und Autoren «des Eiss-Beutel» genannt). Die Ruckfälle erschienen nach alkoholischen Übermass. Die Proben der Insuffizenz des Leber waren positiv.*

PREPARATO WASSERMANN

CU BAZA DE
Clorhidrofosfolactat de calciu
Sulfogaiacolat de calciu
Principii balsamice şi calmante

Este indicat în toate afecţiunile căilor respiratorii.

INTREBUINŢARE: 2—5 linguri pe zi, diluate în apă sau simplu.

PENTRU COPII dela 3—7 ani, ½ linguriţă de cafea de 2 ori pe zi, ca mai sus.

PENTRU COPII dela 7—12 ani, o linguriţă de cafea de 2 ori pe zi, ca mai sus.

COMPOZIŢIUNEA.—O lingură conţine:

Clorhidrofosfolactat de Calciu . .	gr. 0,50
Sulfogaiacolat de Calciu	» 0,30
Extract fluid de Aconit	» 0,01
Extracte Balsamice şi Aqua Laurocerasi	Q. S.

Gadil Wassermann

CU BAZA DE OLEU DE FICAT DE MORUN, Lecitină, Iod, Gaiacol, Eucalipt, Mentol.

NUMAI PRIN INJECŢIUNI:

Cutii de câte 10 fiole de 1 c. c., 2 c. c. — 5 c. c.

INTREBUINŢARE:

1 injecţiune pe zi, întrebuinţând, după cazuri, fiole de 1, sau 2 sau 5 c. c., şi întrebuinţând acul obişnuit al seringei Pravaz.

INDICAŢIUNI:

Forme tuberculoase, Limfatism, Rachitism, Scrofula, etc. Cel mai bun în tuberculosa osoasă. Cel mai puternic auxiliar al nutriţiunii generale.

Eşantiloane la cerere D-lor Medici, adresând:

Reprezentanţa Depozitului pentru România: G. CENTONZE. — Bucureşti, 6.

Strada Dr. Clunet, No. 3. — Telefon 360/95.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CRIZA NITRITOIDA IN URMA UNEI INJECŢII INTRAMUSCULARE CU SALICILAT DE MERCUR

de

Dr. N. NOSENCO

Medic Spital Suharău.

Intr'o zi este adus la consultaţia Spitalului Suharău pacientul T., în vârstă de 12 ani, rugându-mă să-i continui tratamentul antisifilitic, pe care l'a urmat timp de 2 ani.

Făcând anamneza am putut constata că pacientul acum 2 ani a avut nişte bube în regiunea fesieră şi a coapselor, pentru care a fost consultat de D-l Prof. Tănăsescu care i-a prescris tratamentul Pentabi şi Sulfarsenol, sfătuindu-l în acelaş timp să facă şi analiza sângelui. Examinând buletinul constat că reacţia B.-Wassermann este intens pozitivă. Urmând tratamentul prescris, toate leziunile din regiunea fesiera şi a coapselor au dispărut, însă la vr'un an au apărut iarăşi nişte bube de data aceasta în regiunea retro-auriculară şi a început să aibă şi dureri de ochi. Consultând constat prezenţa cicatricelor în regiunea fesiera şi a coapselor şi sifilide tuberculo-ulceroase în regiunea retro-auriculară şi ceratită cu blefarită.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ii aplic iarăş tratamentul mixt cu Bivatol şi Sulfarsenol, însă leziunile n'au cedat şi atuncea mă hotărăsc să-i fac injecţiuni cu Mercur. Injectez 3 diviziuni dintr'o siringă de 1 cm.^{3} de soluţie oleioasă de salicilat de mercur 10%. Imediat după ce am terminat injecţia chiar în acelaş moment apare urticarie generalizată. Bolnavul se simte rău, are diaree, vărsături, pacientul perde cunoştinţa. Toate aceste simptoame au durat cam $1/4$ de ceaş; pacientul a revenit încetul cu încetul în urma îngrijirilor date — adică i-am injectat $1/4$ de cm.^{3} din soluţie de adrenalină 1‰, din care $1/8$ în ţesutul muşcular şi $1/8$ în ţesutul subcutanat. După 7 minute apare paloare tegumentelor şi după $1/4$ de ceas totul reintră în ordine.

După Prof. *E. Sergent* şi *Ribadeau Dumas*, cazurile de intoleranţă cu caracter anafilactic faţă de mercur în doze terapeutice sunt extrem de rare.

RÉSUMÉ: Le Dr N. Nosenco *publie le cas rare d'une* Crise nitritoide survenue à la suite d'une injection intramusculaire avec du salicilate de mercure.

RIASSUNTO: Il Dr. Nosenco *publica il caso estremamente raro di una* Crisi nitritoide sopravvenuta in seguito ad una iniezione intramuscolare col salicilato di mercurio.

ZUSAMMENFASSUNG: Dr. N. Nosenko *veröffentlicht einen sehr seltenen Fall von:* Nitritoide Crisis nach intra-muskuläre Einspritzung von Hidrargir-Salcyl.

ACCIDENTELE SERICE
Consideraţiuni asupra etiologiei, patogeniei şi tratamentului lor

de

Dr. FILIP HOROVITZ-Slatina

Accidentele, pe care serurile şi vaccinurile le produc, nu pot nici un moment să pue în umbră marile foloase pe care le aduc bolnavilor, care fac apel la ele. Nu e mai puţin adevărat că aceste accidente sunt uneori destul de serioase şi au fost de multă vreme scoase în evidenţă, iar pentru evitarea şi combaterea lor s'au făcut eforturi însemnate. Atât lucrările mai vechi ale lui Roux, Martin, Challous, ale lui von Pirquet, Schick, Besredka şi cele mai noi ale lui Ravaut, Sicard, Gangolphe, Grünberger, Cauchois, Vincent, Weissenbach Dreyfuss, atrag atenţia asupra diferitelor accidente produse de seruri şi vaccinuri. In marea majoritate a cazurilor, accidentele nu sunt grave şi urmările lor aproape nule. Se citează însă şi cazuri mortale iar după Ramond în întreaga literatură s'au înregistrat în total 20 cazuri mortale. Se mai pot produce accidente, care fără a fi letale au urmări destul de grave ca encefalita postvaccinală (dupe vaccinul antivariolic) paralizii (dupe serul antitetanic, antimeningococic) orchiepididimite, uneori turburări cardiace şi câte odată s'au observat chiar redeşteptări ale leziunilor bacilare din cauza acestor manifestări morbide.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Incontestabil că aceste accidente nu pot constitui nici un moment o barieră la aplicarea acestei medicaţii, care are la activul ei succese atât de extraordinare şi căruia îi datoresc viaţa atâtea mii şi mii de bolnavi.

Două cazuri de accidente post seroterapice eşind din comun prin gravitatea lor, îmi dau prilejul să le expun însoţite de câte-va consideraţiuni asupra etiologiei, patogeniei şi tratamentului lor, în lumina cercetărilor actuale.

Pacientul Ion R. P. în etate de 48 ani, comerciant cu vază din acest oraş, mă consultă pentru o pustulă maligně a feţei externe a antebraţului stâng, cu oedem şi febră de 38°. Examenul celorlalte organe nu arată nimic patologic. Cu antecedente atât heredo-colaterale cât şi personale foarte bune, pacientul ne declară a nu fi fost niciodată bolnav. Pulmonii, cordul, ficatul şi rinichii sunt găsiţi normali, la examenul clinic. Tensiunea arterială la Vaquez-Laubry Mx = 13½ Mn = 7. In urină nu există nici albumină nici zahăr. Faţă de leziunea prezentă, fac imediat bolnavului o injecţie subcutanată cu 40 cm.³ ser anticarbonos şi o termocanterizare a pustulei. Bolnavul a fost

interogat mai înainte de mine şi ne declară că nu a făcut niciodată vre-o injecţie. Serul era al Laboratorului Dr. Cantacuzino, iar valabilitatea era indicată până la Noembrie 1932. A doua zi starea bolnavului înrăutăţindu-se prin întinderea oedemului şi mărirea febrei, îi injectez din nou 40 cm.^{3} De data aceasta a treia zi se constată o ameliorare evidentă. Febra ca şi oedemul sunt în scădere. In acest timp bolnavul a avut un regim lacto-vegetarian, ne uzând de loc de carne. A patra zi bolnavul ni se plânge de oarecare urticarie. Prescriu chlorur de calciu şi ephetonin la interior. A cincea zi apar placarde mari urticariene, bolnavul este neliniştit, febra 38^4. Mărim doza de chlorur de calciu şi către seară dorim să facem autohemoterapie. Bolnavul care a luat frica injecţiilor ne roagă să o amânăm pe a doua zi. In cursul nopţei sunt chemat, bolnavul fiind într'o stare alarmantă: dispnee foarte accentuată, senzaţie de opresiune, pulsul deabia perceptibil şi în plus o urticarie cu adevărat gigantă. Placardele aveau mărimea unui pod de palmă, ocupau şi faţa, iar pruritul era la maximum de intensitate. O injecţie cu 1 cm.^{3} de sol. adrenalin 1$^0/_{00}$ subcutanat, 2 cm.^{3} oleu camforat şi ventuze pe spate ameliorează către dimineaţă starea bolnavului.

A şease zi, bolnavul îngrijorat, cere un consult cu D-l Dr. G. Kitzulescu. In consult hotărîm a da digitală cu clorur de calciu, ephetonin şi aplicarea autohemoterapiei.

In acelaş timp constatăm că bolnavul este aproape anuric. Toată ziua a avut 100 gr. urină densă în care găsim un nor gros de albumină. Starea generală este tot rea, iar pruritul avea aceiaşi intensitate. Pruritul era atât de intens încât întreaga suprafaţă a corpului era numai escoriaţiuni destul de întinse. Mai adăugăm la tratament ventuze scarificate pe lombe şi calciu diuretin. Peste noapte bolnavul este din nou foarte rău, fenomenele din noaptea trecută repetându-se. A doua zi în consult constatăm o hipertrofie a cordului. Se continuă cu digitala şi restul tratamentului. Spre seară aceleaşi zile (a VII-a), bolnavul are un frisson puternic, cu 40^0 temperatură, puls mic şi foarte accelerat şi în acelaşi timp dureri vii în articulaţie şi dealungul coloanei vertebrale. Urina toată ziua 350 gr. Dau bolnavului salicilat de sodiu interior şi o fricţiune cu salicilat de metyl. Bolnavul petrece o noapte foarte agitată, iar ziua VIII-a este complect imobilizat din cauza artralgiilor.

In fine către seară se constată o ameliorare evidentă, cantitatea de urină creşte brusc şi se produce o adevărată criză cu poliurie, transpiraţie abundentă, stare de mai bine. Bolnavul este şi astăzi încă debilitat şi păstrează o amintire din cele mai neplăcute.

Este vorba deci de un bolnav, căruia i se face o injecţie cu ser anticarbonos, nu în doză prea mare şi care nu mai primise încă nici o injecţie de ser. Bolnavul acesta a avut de suportat consecinţe din cele mai neplăcute. Incepând cu urticaria şi trecând prin tot cortegiu accidentelor atât de grave ca hiposistolia, oliguria foarte accentuată, fenomenele de astm pulmonar, artralgiile, etc., toate au pus la grea încercare un organism, care a avut marea calitate de a fi putut rezista. Altcum ne întrebăm ce s'ar fi întâmplat cu el, dacă ar fi fost mai debil sau ar fi avut o alteraţiune organică mai greu de descoperit prin simplu examen clinic ori cât de amănunţit ar fi fost el?

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Al doilea caz este şi el destul de serios. D-l I. N., învăţător, în vârstă de 29 ani, ne consultă pentru o amigdalită cu falşe membrane, febră şi dureri de cap. Insuşi bolnavul ne roagă să-i facem o injecţie cu ser antidifteric, temându-se de difterie. Intr'ucât mai primise injecţiuni cu ser, îi fac întâi o injecţie subcutanată de 1 cm.^{3}, iar după o oră îi fac 5000 unităţi ser antidifteric Laboratorul Dr. I. Cantacuzino cu valabilitatea până la Noembrie 1932. Bolnavul pleacă apoi acasă şi dupe 8 zile îmi revine cu o stare foarte gravă. Deabia vorbeşte, nu poate mişca nici mâinile nici picioarele. Are febră, rigiditatea cefei iar semnul lui Kernig este pozitiv. Nimic patologic din partea celorlalte organe. Rinofaringele curat. Unul din însoţitori îmi spune că maladia a început cu urticarie şi vărsături. Bănuesc deci că trebue să fie tot un accident seric. Ca tratament îi fac imediat autohemoterapie (5 şi 10 cm.^{3} timp de 3 zile) îi dau la interior chlorur de calciu; ephetonin şi după 3 zile am satisfacţia să constat că fenomenele morbide încep să cedeze pentru ca a cincea zi bolnavul să poată pleca acasă pentru a-şi face convalescenţa.

Şi în acest caz este vorba de un accident destul de serios, căci din întreaga simptomatologie se vede că a fost o iritaţiune meningee datorită serului, iritaţiune care a mai fost semnalată şi de alţi autori ca Flexner şi Jabling, Curtois-Suffit, Sicard şi Salin, etc.

* * *

Accidentele acestea fac parte din simptomatologia „boalei serului" descrisă atât de magistral de Von Pirquet şi Schick. Dacă asupra acestui capitol, toţi clinicienii sunt de acord, în ceace priveşte însă etiologia şi patogenia, părerile sunt cu totul deosebite:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

I) Din punctul de vedere al *etiologiei* trebue să considerăm următorii doi *factori determinanţi: serul şi diversele moduri ale seroterapiei şi individul care a primit injecţia.*

A) In primul caz serul poate fi nociv prin *animalul dela care provine, prin natura lui* (serul antitetanic şi antituberculos, ar fi mai periculoase ca celelalte) apoi prin *calea de introducere* (cea intravenoasă şi cea intrarachidiană fiind mai de temut ca celelalte). Mai trebue considerat apoi dacă este vorba de o *primă injecţie* sau *o reinjecţiune* şi *ce timp s'a scurs între injecţiuni.* După majoritatea autorilor din 100 accidente 14 numai sunt datorite unei primei injecţiuni, pe când 86 sunt consecutive unei reinjecţiuni. După Von Pirquet injecţia următoare trebue să fi avut loc cel puţin dupe 5—6 zile. Termenul acesta este variabil. După L. Martin 50% din injecţiuni sunt urmate de accidente şi 1 la 83 din acestea sunt grave. Bine înţeles nu poate fi vorba numai de a doua injecţie, căci accidentele acestea se pot observa şi după o serie întreagă de injecţii. (Marfan citează un caz de maladia serului, apărută dupe 25-a injecţie). Unii autori mai iau în consideraţie şi *doza injectată.* Majoritatea autorilor însă nu-i acordă decât o importanţă minimă, căci o doză cât de mică poate provoca o maladie a serului la un individ sensibilizat. Rămâne în picioare principiu că în orice ocazie unde întrebuinţarea serului este necesară, trebue acţionat cu doza suficientă şi cât mai repede şi mai activ. Numai astfel putem ajunge a obţine efectul dorit.

B) Din punctul de vedere al *individului care a primit injecţia* trebue să ţinem seama că prin natura maladiei lor, unii astmatici, unii urticarieni, cei atinşi de maladia lui Quincke, prezintă o adevărată idiosincrasie faţă de seruri şi vaccinuri. Apoi sunt de considerat cei cu insuficienţa hepatică, renală, cardiacă, reumaticii şi tuberculoşii care sunt cel mai mult expuşi a suferi accidentele produse de seruri.

II) Dacă considerăm acum *patogenia*, nici aci părerile nu sunt la unison. Dela lucrările mai vechi ale lui Pasteur, la geniala descoperire a lui Richet asupra anafilaxiei, la lucrările lui Arthus asupra seroanafilaxiei şi la cele ale lui Widal şi a şcoalei sale asupra fenomenelor de şoc şi coloidoclasiei, au fost un şir neîntrerupt de ipoteze care să caute să explice aceste accidente. In prezent următoarele trei mecanisme sunt cele mai considerate:

a) Accidentele sunt provocate de *şocul coloidoclasic* adică datorite ruperei echilibrului coloidoclasic humoral şi celular. Dupe Lumierre şi Kopaczewsky, acest şoc coloidoclasic ar fi datorit unei *floculaţiuni*, adică unei aglomerări a micelelor libere în solvantul plasmatic sub influenţa unui coloid heterogen şi de semn electric contrar. Pentru Bouché şi Houstin, Tinel şi Santenoise el este sub dependinţa turburărilor vasotrofice şi secretorii în raport cu excitaţia sisetmului nervos autonom organovegetativ.

Şocul coloidoclasic ar produce două feluri de accidente:

a) Clinice ca: eritemul, urticaria dispneea şi înăbuşeala, vărsături, diaree, hipotensiunea, tachicardia, crampele, algiile de toate felurile, etc. şi humorale ca leucopenia cu inversiunea formulei leucocitare şi turburările coagulărei (irectractilitatea cuagului şi fibrinolisa sau autoliza cuagului).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

b) Unii autori nu admit însă rolul şocului coloidoclasic. Ei cred că aci ar fi vorba de o *anafilaxie prin sensibilitatea specifică a individului*, care intră în cadrul anafilaxiei pijn sensibilizare datorite fie unei injecţii mai vechi, sau alimentaţiei carnate în intervalul scurs. Ei le ascamănă într'utotul cu cele observate în fenomenul anafilaxiei şi a şocului anafilactic, descoperit şi descris de Richet şi Portier. Dupe Richet aceste reacţiuni s'ar explica astfel: sub înrâurirea primară a antigenului, se formează în sânge sau în celule, dupe un timp de incubaţie de 10—40 zile, o *toxogenină*, care poate perzista mult timp. Sub influenţa injecţiei următoare asupra toxogeninei, ia naştere o nouă substanţă numită *apotoxină*, toxică prin ea însăşi şi care constitue otrava anafilactică. Prin acest mecanism ei explică atât reacţiunile generale, cât şi cele focale şi locale.

c) In fine al treilea mecanism ar fi următorul: maladia serului ar fi produsă de o substanţă toxică, o *intoxicaţie* mai bine zis, iar întreg acest grup de fenomene morbide trebue să intre în grupul intoxicaţiunilor. Această substanţă toxică ar fi de natură albuminoidă şi datorită chiar microbilor contra cărora s'a produs serul. Prin această teorie se explică accidentele tardive şi cele focale care nu sunt suficient de lămurite nici prin anafilaxie, nici prin şocul coloidoclasic. Aşa că cu mai multă probabilitate ele sunt datorite

intoxicaţiei, produse fie prin otrăvurile provenind din corpurile microbilor, dupe distrugerea lor prin serul terapeutic, fie printr'o substanţă intrinsecă. Această din urmă părere ar avea cei mai mulţi partizani, deşi nu s'a putut defini precis până în prezent această substanţă şi nici modul său de a lucra. Rămâne de văzut care din aceste trei teorii e cea mai aproape de adevăr.

III) *Tratamentul* „boalei serului" este profilactic şi curativ:

a) Dacă este vorba de o primă injecţie este foarte greu medicului să evite accidentele. Cele mai multe sufragii le obţine astăzi întrebuinţarea serurilor *„purificate"* dupe metoda lui Ramon, adică lipsite de serine şi globuline, cari sunt incriminate ca producând accidentele. Aceste seruri dupe majoritatea autorilor au aceiaşi putere antitoxică sub un volum mult mai mic.

Observaţiile lui Lesné, L. Martin, Lereboullet au probat pentru serul antidifteric purificat că este tot atât de eficace ca şi cel obişnuit fără a provoca reacţiuni serice. La fel pentru serurile antitetanice şi antimeningococice. Singura obiecţiune care i se face astăzi este că serul purificat este mult mai scump ca cel obişnuit, aceasta datorită preparărei sale cu mult mai complicate.

b) In cazul că avem deaface cu un individ care a mai primit dinainte o injecţie cu ser, cel mai bun mijloc de a evita accidentele este aplicarea *metodei lui Besredka* sau *skeptofilaxia serică* care constă în a face cu o oră înaintea dozei masive o injecţie cu 1—2 centimetrii cubi. Această metodă are foarte multe variante, diferiţi autori ingeniindu-se a o aplica sub diferite forme. In genere ea dă rezultate foarte bune, punând individul la adăpost de accidentele supărătoare ale maladiei serului. Totuşi uneori ea este inutilă dupe cum au arătat diverşi autori (Sicard, Galup, Ravaut) şi dupe cum se vede şi din cazul al doilea expus de mine. Când e vorba de un interval mai îndelungat înaintea injecţiei deslănţuitoare metoda lui Besredka este cu totul nefolositoare (Weissenbach et Dreyfuss).

Tratamentul curativ este mai mult simptomatic. Sunt unele cazuri unde *autohemoterapia* dă rezultate bune. Ea trebue făcută în doză masivă, afară de prima injecţie care trebue să fie făcută în doză mai mică Celelalte medicaţiuni se adresează simptomelor. Chlorurul de calciu, injecţiile de adrenalină (sol. 1%), ephetonina per os, se vor da contra pruritului şi urticariei. Salicilatul de sodiu în caz de artralgii dă bune rezultate.

In cazuri grave ameninţând cu sufocaţie iminentă, precum acela comunicat de Dr. Cânciulescu la Soc. de biologie, numai o flebotomie masivă poate scăpa bolnavul.

In definitiv cel mai bun mijloc terapeutic ar fi serul purificat de substanţa sau substanţele nocive, astfel că atât bolnavul cât şi medicul să fie pus la adăpost de accidentele atât de surprinzătoare şi uneori atât de supărătoare despre care ne ocupăm în lucrarea de faţă.

Să sperăm că admirabila instituţie care este laboratorul de seruri şi vaccinuri Dr. Cantacuzino, va putea îndeplini cât de curând

BCU Cluj / Central University Library Cluj

acest deziderat. Până atunci să nu considerăm accidentele serice ca un impediment în calea tratărei bolnavilor prin această indispensabilă armă terapeutică.

BIBLIOGRAFIE

Courmont: Maladie serique. Traité Roger Widal Teissier.
Laumonier: La maladie du serum. Monde medical 1923.
Lesné: Les avantages du sérum antidiphtérique purifié Soc. med. Hop. Paris 1925.
Lumière: Le problème de l'anaphylaxie Doin Paris 1924.
Pagniez: L'anaphylaxie. Traité Roger, Widal, Teissier.
Ramond: Les accidents seriques. Conf de clinique med. pratique, 1924.
Ramon: Les serums antidipterique et antitetanique purifiés. Presse médicale 1926.
André-Thomas: Les névrites post seroterapiques. Presse Medicale 1925.
R. I. Weissen bach et Dreyfuss: Les accidents seriques profilaxie, traitement Doin Paris.
Dr. M. Cancinlesco: Choc anaphylactique grave à la suite d'une injection de serum antitétanique — Soc. de biologie de Bucarest, Séance du 26 Févr. 1920.

RÉSUMÉ: Le Dr. F. Horovitz *publie 2* cas graves de maladie du Serum, *dont l'éthiologie, pathogénie et traitement il envisage à la lumière des connaissances actuelles.*

RIASSUNTO: Il Dr. F. Horovitz *pubblica* 2 casi gravi di malattia del siero (Von Pirquet e Schick) sopravvenuta in seguito ad iniezioni di siero anticarchioso e siero antidifterico.

ZUSAMMENFASSUNG: Dr. F. Horovitz *veröffenticht* 2 schweren Fälle von Serumkrankheit *(von Pirquet und Schick) die nach Einspritzung von Serum anticarbonosum und Serum antidiphtericum erschienen.*

Domnii Medici sunt rugaţi să prescrie flacoane originale de

DOZE:

COPII până la 3 ani o linguriţă la oră:

COPII dela 3 ani în sus câte 2 linguri înaintea meselor:

ADULŢI 3—4 linguri înaintea meselor.

—

LABORATOR:
Str. Regală 11 bis
BUCUREŞTI
Telefon 19,59

Prin îngrijirea laboratorului, la farmacii şi droguerii Lactofermentul Dr. Robin se găseşte întotdeauna de fabricaţiune recentă.

N. B.— La cerere se trimite D-lor Medici 1 fl. original spre experimentare.

Lactofermentul Dr. ROBIN este o emulsiune pură de ferment latic VIU

spre deosebire de preparatele care se prezintă sub formă de comprimate.

Ca ferment figurat viu, are calitatea de a transforma în acid lacci[l] născând, diferitele substanţe hidrocarbonate din mediul gastro-intestinta, concurând în acest fel la nimicirea agenţilor microbieni patogeni.
Se poate da cu succes în: Enteritele acute şi cronice ale copiilor şi adulţilor, în Diabet; Ciroze; Exeme; Acnee; Foliculite; Furonculoza Urticaria; Guta, etc.

PRESCRIS DE SOMITAŢILE MEDICALE.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

II.

ACTUALITĂŢI MEDICALE

DOTT G. FROLA: **Modificazioni ad alcune valori biochimici del sangue nell'ergosterismo. — Modificări a unor valori biochimice ale sângelui în ergosterism.** — Academia Medica No. 8, 15 Aug. 1931, Genova.

Autorul urmărind din primele zile în mod metodic curba valorilor de calciu, fosfor şi colesterină în sângele animalelor supuse la tratament cu doze excesive de ergosterină iradiată a putut la sfârşit să stabilească următoarele:

1) Atât calciul cât şi colesterina suferă o ridicare puţine zile după începutul tratamentului, atingând pentru calciu valori corespunzătoare unei medii de circa 15 mlgr. la sută şi pentru colesterină de 2,4 gr. % faţă de 9—10 mlgr. % de calciu şi de 0,9 gr.—1 gr. % de colesterină, considerate ca valori medii normale pentru animalele tratate. In timp ce colesterina apare mult crescută până la valori dublate şi chiar mai mult, calciul urmează o mărire mai puţină, de aşa fel că, încă după administrarea la doze enorme de ergosterină iradiată, se pot găsi valori aproape normale.

2) Nu există diferenţe apreciabile între hipercalcemia care se obţine la animale la dietă rachitogenă asociată tratamentului cu ergosterină radiată şi animalele supuse la dietă normală cu ergosterină iradiată.

3) Nu este de observat un raport evident între progresul intoxicaţiei ergosterinice şi ridicarea valorii de calciu şi colesterină în sânge.

4) Fosforul total al sângelui dozat cu metoda Bell şi Doisy apare mărit, dela valoarea de 4—5 mlgr. a animalului normal până la 7 mlgr.

Din datele autorului se conchide că nu calciul şi fosforul, chiar menţinut artificial la o valoare înaltă, este factorul principal al lesiunilor anatomopatologice ale ergosterismului, şi că este în afară de orice îndoială că, colesterina joacă rolul cel mai important.

Această observaţie este cu atât mai importantă cu cât dovedeşte că nu i se poate atribui hipercalcemiei responsabilitatea calcificării, problema participării calciului în ţesuturi face parte din alte ordine de fenomene pe cari autorii îşi propun să le cerceteze.

Dr. Paulon.

Prof. M. CAPOCACCIA: **L'anatomia patologica dell'ergosterismo. — Anatomia patologică a ergosterismului.** — Academia Medica No. 8, 15 Aug. 1931, Genova.

Autorul, după ani de experienţă şi pe un însemnat număr de animale ajunge la următoarele date asupra anatomiei patologice a ergosterismului:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

1) Ergosterisna iradiată administrată animalelor de experienţă în doză mult superioară celei considerate ca terapeutică arată întotdeauna o însemnată putere toxică, de care nu a scăpat nici un animal de studiu.

2) Acţiunea toxică a ergosterinei iradiate se manifestă prin profunde alteraţiuni ale aparatului digestiv, ale aparatului uropoetic, ale aparatului cardio-vascular, ale glandelor cu secreţie internă şi a sistemului reticulo-endotelial: Aceste alteraţiuni sunt mai mult sau mai puţin grave şi combinate între ele în modul cel mai variat în raport cu dozele preparatului întrebuinţat, dar mai ales cu condiţia de alimentaţie (conţinutul de calciu lipoidic al alimentelor) şi cu condiţiunile individuale.

3) Caracteristica principală a leziunilor ergosterinei iradiate este afinitatea pe cari ţesuturile lovite o dobândesc pentru săruri de calciu aşa fel că există depozite şi precipitaţiuni de calciu (săruri de calciu sau combinaţii lipoidice sau săpunuri de calciu) în cele mai variate ţesuturi.

Afinităţii pentru săruri de calciu se adaugă o imbibaţie lipoidică a ţesuturilor cari crează o stare de colesteatoză difuză cu largă participare a ţesutului reticulo-endotelial care apare în o stare de activitate proliferativă şi supra încărcat cu toate elementele sale de granule lipoidice.

2) Ergosterina iradiată determină în mod precoce un tablou de arterioscleroză experimentală, comparabilă dar nu identică cu cea care se obţine numai cu hipercolesterinemia experimentală şi numai după multe luni de tratament.

Dr. Paulon

Dr. ATILIO E. GAGGERO: **Los derrames inflamatorios bilaterales, Erbozo clinico-patogenico.** — Arch. Brasil. de Médicina No. 7, 1931, pag. 361.

Lichidul pleural inflamator bilateral trece de multe ori neobservat în clinică, razele X decelează pleuritele seroase bilaterale.

Cantităţile mari de lichid pleural atrag atenţia; când e în cantitate mică în ambele pleure trece neobservat.

Autorul crede că leziunea corticopleurală este cauza reacţii inflamatorii de partea opusă. Semnul lui Grocco nu decelează întotdeauna pleuritele bilaterale. Mecanismul influenţei pleurei de partea opusă ar fi pătrunderea germenilor patogeni pe cale limfatică sau sanguină sau prin metastaze microbiene şi ale toxinelor lor.

Prof. Campani emite hipoteza că o congestie vazo-motrice simpatică şi provocată de invazii microbiene sau ale toxinelor lor ar da naştere unui proces inflamator care se atenuiază îndată ce cauza dispare. Autorul crede că punctul de plecare ale congestiei pleuropulmonare este un reflex de partea opusă a leziunei pulmonare fapt ce susţine şi Labbé. Sunt citate cazuri de pleurite produse în urma unui hemotorace care s'a însoţit de leziuni corticopleurale cu lichid de partea opusă. A. Gaggero crede că turburările vazo-motorii sunt cauza pleuritei de partea opusă. Cunoaştem din pathologia generală reflexe trofice bilaterale pleurale fapt ce ar explica fizio-pathologia leziunilor bilaterale ale pleurei.

R. H.

Dr. AMERICO VALERIO: **Certos pruridos anorectaes e a blenorrahagia chronica. — Pruriturile ano-rectale de natură blenoragică.** — Arch. Brasil. de Méd. No. 8, pag. 405, 1031.

Infecţia blenoragică poate da naştere unui prurit rebel ano-rectal care în urma tratamentului antigonococic se vindecă. Autorul comunică 12 cazuri de prurit ano-rectal ce nu depindea nici de paraziţi intestinali, nici de stări nervoase sau constituţionale la cari a decelat fie în secreţie uretrală, fie în

BCU Cluj / Central University Library Cluj

sperm-o-cultură gonococul. I s'a instituit tratament cu vaccin antigonococic, gonoyatren şi bolnavii s'au vindecat.

R. H.

E. şi S. LUNDBERG: **Influenţa tutunului asupra glicemiei.** — Acta medica Scandinavica, supliment XXXVIII 1931.

Autorii arată că la bărbaţii şi femeile, diabetici sau normali, cari fumează, după primele ţigarete sau ţigări glicemia creşte; cu 50 p. 100 din valoarea ei anterioară; maximum după câteva minute; revenirea la cifra anterioară are loc după 1/2 oră.

Cu cât echilibrul endocrinian al individului este mai normal cu atât reacţia este mai mică.

Fenomenul este datorat după autor secreţiei majorate a adrenalinei.

O a doua sau a treia ţigaretă creşte glicemia mai mult decât în prima experienţă, cea ce înseamnă că glanda şi-a perdut stabilitatea echilibrului.

M. C.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

C. KLING, C. LEVADITI et P. LEPINE: **Conservation de l'activité pathogéne du virus poliomyelitique incorporé au beurre. — Păstrarea virulenţei virusului poliomielitic în unt.** — Bull. Acad. de Méd. No. 33, pag. 245, 1931.

După ce au arătat într'o serie de experienţe făcute pe maimuţe că se poate conferi paralizia infantilă pe cale digestivă, administrându-le per os emulsii nevrascice virulente sau alimente contaminate de germenele boalei lui Heine-Medin, autorii studiază conservarea virusului paraliziei infantile în unt şi ajung la concluzia că: virusul poliomielitic încorporat la untul din comerţ sau fabricat prin acidificare lactică, menţinut la temperaturi joase (—2°) îşi păstrează activitatea sa patologică 91 zile cel puţin.

Conservarea virulenţei se menţine cu toată aciditatea untului infectat.

R. H.

GEORGES HAYEM: **Sur l'emploi du kaolin bismuthé dans le traitement des gastro-enteropathies.— Kaolinul bismutat în boalele digestive.** — Bull. Acad. de Méd. No. 32, 1931, pag. 229.

Incă din 1915, autorul întrebuinţează cu rezultate satisfăcătoare kaolinul în locul sub-nitratului de bismut în gastro-enteropatii şi ulcere stomacale. A obţinut rezultate bune în gastro-enterite cronice. Kaolinul este inferior bismutului în gastropatiile dureroase datorite iritaţiilor medicamentoase şi cu gastrite cronice.

Autorul asociază kaolinul cu subnitratul de bismut ast-fel kaolin spălat şi uscat 150 gr., sub-nitrat de bismut 50 gr. şi esenţă de anis III gutte, divizat în X pachete sau XX şi chiar în XXX după indicaţii. Se disolvă praful în apă şi se ia 15' înainte de masă. Se va lua medicamentul într'o singură dată 20 gr. dimineaţa în turburări intestinale cu constipaţie; în 2 rânduri în gastro-enterite dureroase; în 3 rânduri în enterite cu scaune diareice.

Se poate prescrie kaolinul bismutat în diferite forme ale gastro-enteropatiilor.

M. C.

I. UNGAR: **Dispositiv permetant la lecture facile de la pression moyenne. — Dispozitiv pentru cetirea uşoară a presiunei mijlocii.** — C. R. de biologie No. 30, pag. 505, 1931.

Presiunea medie corespunde la oscilaţia cea mai amplă a traseului oscilografic (Pachon).

Presiunea medie este determinată prin înscripţia grafică sau lectura vizuală directă. Se întrebuinţează capsula lui Pachon Bouillite sau vre-una din modificările sale pentru inscripţia grafică.

Autorul modifică lectura directă care se face greu când pulsul este frequent şi rapid printr'un dispozitiv elementar. Este format din două tije metalice, negre şi vizibile fixate la un capăt

pe o axă, care coincide aceleia a acului oscilometrului lui Pachon, extremitatea cealaltă a barei metalice întrece cu 2, 5 mm. marginea aparatului. Ramura stângă este reunită cu un cadran gradat dela 0—11, a căror unităţi corespunde la acele ale aparatului Pachon.

Il întrebuinţăm ast-fel: se neglijează dispozitivul pentru a citi presiunea maximă, când oscilaţiile au cea mai mare amplitudine le încadrăm între cele două tije. Pentru aceasta mâna stângă ce e liberă pune bara stângă pe punctul de plecare al acului şi bara dreaptă pe punctul unde au ajuns oscitaţiile. Intersecţiunea barei drepte şi a cadranului mobil arată amplitudinea oscilaţiilor. Ast-fel că acest dispozitiv face citirea presiunea medii uşor.

M. C.

NAYRAC et A. BRETON: **De l'hérédité paternelle en matière de tuberculose et des arguments apportés par l'étude morphologique du testicule chez les tuberculeux. — Hereditatea tatălui şi studiul morfologic al testiculului tuberculos.** — L'Echo méd. du Nord. No. 39, 1931, pag. 457.

Ca să arate rolul tatălui în hereditatea germinativă a copilului, autorii fac o serie de cercetări histologice asupra testiculelor morţilor de tuberculoză pulmonară.

In ereditatea celulară joacă rol şi factorul paternel. Curling, apoi recent 1922, Bracke studiază leziunile testiculare ale tinerilor tuberculoşi şi găseşte o mărire şi proliferare a celulelor interstiţiale şi leziuni glandulare, care au ca consecinţă o turburare a spermatogenezei.

La 1928, Sylla găseşte o atrofie a epiteliului testicular şi crede că aceasta îşi are origina în toxemia celor atinşi de tuberculoză pulmonară.

Nayrac şi Breton studiază 11 testicule ale tuberculoşilor cu leziuni duble pulmonare şi găsesc o scleroză interstiţială a testiculului, scleroză de origină inflamatorie de oarece se găsesc toate stadiile între orchita interstiţială plasmolimfocytară şi cea inflamatorie.

Ţesutul glandular e hipoplaziat, tubii epiteliali arată o micşorare a parenchimului, lumenul glandular e lărgit Rar găsim o transformare fibroasă a ţesutului glandular ,de aci raritatea azoospermiei de tuberculoşi. Fibroza testiculară este mai desvoltată în sifilis. Glanda genitală este foarte sensibilă la infecţia tuberculoasă cronică sau acută. Autorii cred că şi ultra-virusul tuberculos joacă un rol în geneza leziunilor testiculare. Long studiază leziunile alergice experimentale ale testiculilor cobailor prin injecţii de tuberculină şi de bacili şi găseşte leziuni histologice asemănătoare celor găsite de autori N. şi B., fapte ce confirmă sensibilitatea glandei genitale mascule la toxina tuberculoasă. Orchita latentă a tuberculoşilor este deci de origină toxică; ţesutul spermatogenetic fiind lezat poate de naştere la germeni defectuoşi. Spermatozoizii sunt rari, autorii găsesc în unele glande metaspermatozoizi, spermatociţi opriţi în desvoltare, aceştia vor influenţa hereditatea celulară a copilului, care va suferi consecinţele ereditaţiei paternele. Tulburări distrofice, slăbire constituţională se vor găsi la copii născuţi din tată tuberculos, pentru-că copilul tuberculosului pulmonar este născut dintr'un spermatozoid anormal.

R. H.

JACQUESS SEDILLOT: **Pathogénie de l'urticaire. — Patogenia urticariei.** — Le Monde médical No. 799, Oct. 1931.

Autorul porneşte dela date clinice ca să explice phizio-patologia urtiariei, după o expunere clară a unei observaţii descrisă de Trousseau în Les Cliniques acum 75 ani, reese cât de precis vedea Trousseau patogenia urticariei: astfel găsim la origina acestei afecţiuni: influenţa unui laxativ ce a fost luat de bolnav care congestionează mucoasa

Digitized by Central University Library Cluj

intestinală şi o face permeabilă faţă de albuminele heterogene. Heredîtatea, insuficienţa rinichiului şi a ficatului, idiosincrazii alimentare, frigul, căldura deslănţue urticaria.

Autorul caută a rezolvi patogenia urticariei şi prin tratament simptomatic a înlătura cauza urticariei.

Intr'o lucrare asupra patogeniei exemei Sedillot arată că spongioza este o alterare cronică a corpului mucos a lui Malpighi în vederea sosirei monocitelor încărcate de floculate ce trebue expulsate. In caz când monocitele sunt încărcate de floculate formate brusc, ies din capilarele fine ale pielei şi pun în libertate fermenţii oxidaziei spre a distruge floculatele ce conţin. Teoria leucocitară a urticariei o confirmă autorul prin examenul cytologic al lichidului veziculelor urticariene şi cu ajutorul clinicei. In lichidul veziculelor de urticarie se găsesc mononucleare eozinofile care nu se găsesc în sângele normal; mononucleare cari se găsesc şi în sputa astmaticilor. Probele clinice: criza de astm precedată de fenomene urticariene, edem şi prurit, acţiunea identică a adrenalinei asupra crizei de astm şi urticarie prin vazo-constricţia care opreşte diapedeza monocitelor din circulaţie. Exema şi urticaria sunt afecţiuni asemănătoare îndată ce s'a înţeles cauza primă: liberarea organismului de toxine la nivelul tegumentelor. Unii bolnavi au crizele de urticarie 4 ore, alţii 7 ore după masă, alţii sub influenţa căldurei, a frigului, a gratajului, a emoţiei, alţii după ce au luat anumite medicamente.

Orice cauză capabilă de a da ovazodilataţie cutanată poate da naştere la urticarie; monocitele încărcate de floculate ajunse în circulaţie eclatează şi prin oxidazele lor distrug floculatele. Medicamentele ce se absorb repede prin mucoasa digestivă (aspirina, antipirina, ioduri, ipeca) pot da urticarie, modificări fizico-chimice a sângelui. Artriticii au insuficienţa hepatică la cari se mai adaugă insuficienţa fermenţilor din sucurile digestive ce sunt incapabile de a transforma complect albuminele heterogene, cari pătrund în circulaţie dând choc, floculate şi criza de urticarie. Căderea tensiunei arteriale în choc se datoreşte vazo-dilataţiei periferice, leucopenia diapedezei monocitelor, hipercoagulabilitatea sângelui auto-eclatărei monocitelor şi pătrunderei în sânge a fibrin-fermentului, hiperleucocitoza blocajului momentan al ţesutului reticulo endotelial după valul de monocite ce au pătruns în circulaţie. Acestea explică şi chocul hemoclazic. Deci accesul de gută, criza de astm, placa de eczemă, papula urticariană rezumă apărarea leucocitară a artriticilor contra floculatelor azotate puţin solubile şi insuficienţei ureo poetice a ficatului.

Din accidentele ce rezumă apărarea leucocitară a artriticilor pruritul există şi e datorit liberărei oxidazelor. In astm floculaţia se face la nivelul mucoasei bronchice. La eczematoşi şi în urticarie floculaţia se face la nivelul pielei. Autorul obţine rezultate satisfăcătoare în urticarie şi celelalte afecţiuni înrudite cu eczema astm cu ajutorul curei de desintoxicare a artriticilor, cură de desintoxicare ce trebue s'o facă cel puţin 2 luni şi să continue cu o dietă anumită.

Fie-care caz de urticarie cere un tratament special, trebue găsită cauza care produce în ser floculaţia albuminelor insuficient transformate şi suprimând cauza evităm chocul ce produce urticaria.

R. H.

Docent Dr. PLACINŢIANU: **L'état actuel du traitement des hemorragies tardives du post-partum. — Starea actuală a tratamentului hemoragiilor tardive dupe naştere.** — (La gynecologie, Avril 1931).

Face o expunere amănunţită a hemoragiilor ce apar a 10—15 zi după

BCU Cluj / Central University Library Cluj

naştere, cari sunt datorite fie retenţiilor placentare, fie infecţiunei puerperale. In ambele cazuri hemoragiile pot da naştere la anemii grave, cari mai sunt însoţite de un syndrom infecţios. Când resturile placentare sunt în traectul utero-cervical une-ori se poate extrage digital luând toate măsurile de asepsie. Când cotiledoanele sunt aderente de peretele uterin, autorul insistă asupra histerectomiei abdominale. Raclajul în asemenea cazuri n'a dat rezultate bune, rămân resturi placentare ce întreţin infecţia.

In hemoragiile tardive datorite infecţiei puerperale, a căror formă metroragică o constituesc, se va institui tratamentul medical local şi general. In cazurile grave dela început sau agravate în cursul tratamentului medical, se va face histerectomia abdominală cu drenaj Miculici, ce a dat rezultate satisfăcătoare.

R. H.

Doc. Dr. VALERIU BOLOGA: **Organes et humeurs dans la médecine populaire roumaine. — Organele şi humorile în medicina populară românească.** — (Communiqués „Knoll" Oct. 1931)

Un capitol documentat din istoria medcinei care arată legătura dintre descoperirile biologice moderne şi medicina din trecut. Ast-fel cei vechi întrebuinţau în scop terapeutic organe şi umori de animale pe cale externă şi internă. Autorul a găsit cu Dr. Victor Drăgoş o serie de reţete din medicina populară română, dintre care unele au efecte pharmacodinamic şi fiziologic.

Ast-fel le late împărţi: **cu acţiunea prin hormoni:** tratamentul impotenţei cu testicule de animale, al sterilităţii femeilor cu ouă sau ovare de insecte, de peşte. Tratamentul anemiei cu ficat de lup, de vacă.

2) Fermenţi de origină animală, tratamentul turburărilor gastro-intestinale cu stomac de porc, de ied. 3) **Seroterapia externă,** aplicări de animale sacrificate de curând pe plăgi torpide. 4) Alimentaţie roborativă, **zomoterapia.** Deci în medicina populară română găsim o serie de medicamente opoterapice în care animale întregi sau organe de animal sunt aplicate pe cale externă sau internă. Aşa dar opoterapia face parte din cunoştiinţele vechi medicale.

R. H.

DOTT DANTE GALLETTI: **La ricerca del parassita malarico col metodo dell' arrichimento. — Căutarea parasitului malaric prin metoda îmbogăţirii.** — Il Policlinico sez. prat. No. 42, 19 Oct. 1931.

Autorul propune pentru căutarea parazitului malaric în sânge, o metodă de îmbogăţire, care se bazează pe centrifugarea sângelui făcut incoagulabil cu ajutorul unei cantităţi minime de oxalat de potasiu. Expune optimele rezultate obţinute: mărirea „densităţii" parazitului pe lame în proporţie variind în jur de 66 : 1.

Dr. Paulon

DOTT L. MINUCCI DEL ROSSO: **Sul sintoma del Buchmann nell' apendicite cronica. — Asupra simptomului lui Buchman în apendicita cronică.** — Il Policlinico sez. prat. No. 41, 12 Oct. 1931.

Buchmann consideră midriaza dreaptă drept simptom patognomonic de apendicită cronică. Autorul a căutat în mod sistematic acest semn la 15 pacienţi şi ajunge la concluzia că el este greu de găsit şi că de altă parte prezenţa lui nu depinde numai de apendicita cronică, pentru că alte multe forme morbide îl prezintă.

Dr. Paulon

JAQUEROD (Leysin): **Tuberculinothérapie et antigénothérapie.** — Presse Méd. No. 75, pag. 1376.

După 30 ani de experienţe cu tuberculina în tratamentul tuberculozei s'ar putea formula concluziile în privinţa ac-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ţiunei tuberculinei ca agent therapeutic. Autorul susţine la un congres de tuberculoză la 1920, că nu este o mare diferenţă între diferitele tuberculine, emulsia bacilară a lui Koch, tuberculina lui Denys, tuberculina bovină a lui Spengler, tuberculina Béraneck; trebue să se ţie seamă numai de intensitatea acţiunei lor, de dozele în care trebuesc întrebuinţate. In tuberculoză pulmonară nu se va întrebuinţa tuberculina în tuberculoza incipientă, chiar apiretică, la cei febricitanţi, la cei cu leziuni avansate. Se va institui tratamentul cu tuberculină în tuberculoza cronică cu leziuni cavitare localizate, cu caracter torpid ce au tendinţa a se cicatriza, ce au o stare generală bună, temperatură normală, expectoraţie baciliferă. Se vor începe cu doze de miimi de mgr. în injecţii sub-cutanate şi se va ajunge la 1/2—1 cc. de tuberculină pură: 1) Autorul observă la unii bolnavi vindecare după injecţia cu tuberculină şi dispariţia bacililor din spută, 2) Alţii suportă cantităţi mari de tuberculină dar sputa e baciliferă, nu le face cantităţi mai mari de tuberculină ce le-ar putea da turburări digestive, albuminurii, erupţii cutanate. 3) La alţii repetând la intervale tratamentul cu tuberculină, sputele nu mai conţin bacili. 4) Cuti-reacţia şi intra-dermo-reacţia la tuberculină ce e negativă după tratament, devine pozitivă după câte-va luni şi durează tot timpul vieţei la cei ce sunt vindecaţi. 5) Vindecările după tuberculină sunt durabile. Se vor scoate din tratamentul tuberculinic bolnavii ce au fenomene de intoleranţă, cei ce au febră, cei ce au leziuni inflamatorii pneumonice, cei ce au complicaţii laringeale şi intestinale. Autorul recomandă tratamentul cu tuberculină numai în sanatorii unde medicii au experienţă mare asupra indicaţiilor şi contra-indicaţiilor şi efectelor obţinute cu diferite doze de tuberculină.

Acţiunea tuturor tuberculinelor este asemănătoare. In privinţa antigenului methilic recomandă să ţinem seama de tratamentul clasic al tuberculozei cu tuberculina pură. Antigenul methilic este mai uşor de manipulat, căci e diluat şi dozat în fiole. Autorul nu se poate pronunţa asupra acţiunii sale, o serie de fapte clinice vor confirma poate superioritatea sa faţă de tuberculina pură. In ceace priveşte mărirea anticorpilor produsă de antigen methilic e fără efect asupra imunităţei, s'a văzut anticorpi mulţi la bolnavi gravi şi dispariţia anticorpilor la tuberculoza ce s'a vindecat. Rezistenţa organismului nu poate fi mărită sub influenţa antigenului methilic, starea generală bună influenţează eficacitatea tratamentului. Timpul va aduce probe şi date ce vor confirma acţiunea antigenului methilic în vindecarea tuberculozei. *M. C.*

RENÉ A. GUTMANN: **Les critères de guérison des ulcères gastriques et duodénaux. — Criteriile de vindecare ale ulcerelor gastrice şi duodenale.** — La Presse Médicale No. 84/1931, p. 1537

Autorul porneşte dela constatarea că aproape toate statisticile relative la tratamentul medical al ulcerelor gastrice şi duodenale dau o proporţie de vindecări variind între 60—100% Pe măsură ce apar aceste excelente rezultate, din toate ţările se constată o creştere enormă a cazurilor de ulcer supuse operaţiei.

De aceia socoteşte că în aprecierea valorii unui tratament trebueşte ţinut seamă de 2 ordine de criterii:

a) **Criteriile de ordin diagnostic:** Ca să se poată afirma că un ulcer este cu adevărat vindecat, cere ca diagnosticul să „nu fie o vagă impresie". Ori analizând **triada clinică** (durere, vomismente, hematemeze), autorul constată că foarte numeroase observaţiuni bazate pe această simptomatologie diagnosticate de ulcer, nu au nici un raport cu această maladie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In ceace privește **radioscopia** singură nu poate da indicațiuni precise. Numai o bună radiografie permite un diagnostic precis. Ori de multe ori examenul radiologic dă rezultate înscrise sub formula „semne în favoarea unui ulcer".

Rezultă deci că sunt foarte numeroase cazurile când „nu avem dreptul științific de a afirma că a fost un ulcer și că l'am vindecat".

b) **Criteriile de ordin terapeutic:** Autorul analizează în acest capitol observațiunile cu ulcer incontestabil. Pentru a afirma că aceștia s'au vindecat trebuesc analizate argumente clinice și radiologice. Cercetând argumentele clinice R. G. constată: **durerea dispare după orice fel de tratament** ea manifestându-se în poussé-uri de 15 zile până la 2 luni. Se poate spune atunci că a dispărut în urma tratamentului când acesta a acționat tocmai atât cât durează poussé-ul?

Nici durata perioadei de acalmie nu este un criteriu de vindecare. Observațiunile ce se publică notează o revedere a bolnavului după 6—8 luni. Ori perioada de acalmie în ulcer pot fi de foarte lungă durată. Autorul citează un caz care a făcut în 20 ani patru perioade dureroase de câte 15 zile.

Multiplicitatea tratamentului de asemenea lasă îndoială asupra acțiunii specifice a unuia din numeroasele metode propuse.

Nici radiologia nu poate da indicații precise. Ștergerea semnelor radiologice poate să se producă, dar nu însemnează vindecarea, dispariția, având o explicație anatomică în legătură cu evoluția și involuția ulcerului și a peretelui stomacal înconjurător.

Din analiza tuturor acestor criterii autorul conchide că trebue schimbată concepția asupra ulcerului socotindu-l **„o turburare încă necunoscută a trophismului sau metabolismului, traducându-se printr'o ulcerație gastrică evoluând în poussé-uri, se vindecă spontan în urma acestor poussé-uri, iar prin repetirea lor tinde să devină permanentă".**

Din această definiție decurge noțiunea că tratamentul medical sau chirurgical este **simptomatic** și că singurul tratament de viitor, care va clarifica misterul acestei maladii — tot atât de necunoscute ca și cancerul — se va clasifica prin încercările moderne de tratament cu extrase de organe, tratament care va deveni cu adevărat patogenic. Terapeutica patogenică trebue să vindece un ulcer și să-l oprească să reapară. Și încă metoda trebue să suporte **proba timpului** — conchide autorul — „care nu respectă ceace se face fără el".

M. C.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

C. ALEXANDRESCU-DERSCA et P. FOCȘA: **Trois cas de syndrome de Bernheim.** — Presse Médicale No. 78/ 1931, pag. 1437.

Sindromul lui Bernheim este o insuficientă sau asistolie cardiacă produsă prin stenosarea ventriculului drept de către un ventricul stâng hipertrofiat, care bombând excentric deviază cloasonul interventricular în spre cavitatea ventriculului drept.

Se dilată numai orcieta dreaptă, care capătă dimensiuni mult mai mari decât acelea ale ventriculului drept.

Autorii publică 3 cazuri de acest sindrrom cu control necropsic; în ultima observație se dau și dimensiunile cavităților inimei măsurate dupe metoda indicată de Lian și colaboratorii săi.

Dr. I. R.

III.

MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNEASCĂ

A. — CĂRŢI — MONOGAFII

Dr. H. EZES. Sur les douleurs périphériques élevées, dans certaines affections annexielles. (Alger. Libr. Ferraris, 1931, 154 pag.

Recensăm această lucrare străină în cadrul lucrărilor medicale româneşti, pentru-că se referă la o chestiune tratată experimental cel dintâi de D-l Docent Dr. Stanca dela Cluj:

Majoritatea afecţiunilor anexiale se traduc printr'un sindrom pelvian bine definit de **Pozzi.** Starea actuală a cunoştiinţelor noastre clinice, ne sileşte adesea să ne degajăm de noţiunea fenomenului dureros local şi să admitem şi durerea la distanţă.

Durerile la distanţă sunt o noţiune mai puţin curentă de cât cele locale. Noţiunea aceasta mai recentă are mare importanţă diagnostică, dar una şi mai importantă, **patogenică.** Atenţia asupra ei ne-a fost atrasă abia în 1919 prin publicaţia profesorului Laffont, de la clinica obstetricală din Alger „La douleur élevée dans la grossesse extra-utérine" In serviciul lui **Laffont,** d-rul H. Ezes, vechi intern al spitalelor, laureat al spitalelor (Premiu Poisson, 1929), ajutor de anatomie al facultăţii şi-a lucrat teza asupra „Sur les douleurs périphériques élevées dans certaines affections annexielles" — 1931.

Ezes pleacă dela constatările făcute de Laffont, care în lucrarea citată mai sus preciza importanţa clinică şi atribuia durerilor la distanţă un reflex de ordin **simpatic.** Cercetările lui Laffont cari alcătuesc baza lucrării lui Ezes, datează din 1913.

Noile noţiuni anatomofiziologice asupra simpaticului (şc. engleză **Gaskell** şi **Langley),** metoda injecţiilor paravertebrale practicate după tehnica lui **Kappis, Laewen** şi **Mandel,** terapeutica dermică (Lemaire) în tratamentul visceralgiilor, au permis să se facă foarte interesante constatări în mecanismul de propagare centripetă a excitaţiilor generatrice a durerilor.

Mai curând, **Rist,** a atras atenţiunea asupra manifestărilor toracice superioare, în afecţiunile stomacului. In sfera genitală există în afară de lucrările lui Laffont, cele ale lui **Muret, Poney** şi **Stajano, Kraul, Stanca,** (referitor la durerile reflexe la distanţă în bolile ginecologice". Zentr. bl. für Gynec. 1927, No. 15, pag. 922—26; Vezi şi Clujul medical No. 1—2 (1927) şi No. 10 (1930) şi **Ezes.**

Din capitolul referitor la **istoricul chestiunei,** din lucrarea lui Ezes, reţinem ceva foarte important pentru noi Românii. Reproducem în traducere:

„STANCA („din Berlin" zice greşit Ezes, din cauză că a consultat

lucrarea scrisă în nemțește, **Stanca**, e docent universitar din București și medic primar la Cluj; e **Român**), **a pus PRIMUL această chestiune pe un teren experimental.**"

In legătură cu subiectul tezei, **Dr. Ezes**, publică la cap. „observațiuni clinice" 9 cazuri de inundații peritoneale, 7 de revărsări limitate la basin, 12 de afecțiuni anexiale fără revărsare.

Și la cap. „**Essai de Pathogénie**", găsim iarăși citat pe **Stanca**, care combate bazându-se pe experiență, părerea unor chirurgi, că durerile la distanță ar fi pitiatice (hysterice). Suprimând de ex. ligatura trompelor făcută în vederea sterilizărei, dispar și durerile reflexe îndepărtate".

In serviciul clinicei Gynecologice de sub conducerea profesorului Laffont, s'a făcut o serie de experiențe pentru a controla cele descrise de **Stanca**; deci **s'a încercat a provoca pe masa de operație fenomenul durere la distanță** după descrierea lui **Stanca** și experiența a putut dovedi exactitatea celor descrise de acest autor.

După **Stanca** o incitație născută la nivelul anexelor se va propaga dealungul nerv. utero-ovarian pe 2 traecte diferite și anume:

1. Influxul nervos va trece în plex. simp. ce înconjoară artera spermatică, apoi va câștiga prin intermediarul său, simpaticul periaortic și cu el se va ridica de alungul aortei, trecând diafragmul și ajungând la torace. Astfel va atinge prin rami comunicante, nervii intercost. super. Se poate apropia acest reflex de reflexele sensitivo-viscerale ale anghinei de piept. In acest caz indicile dureros pleacă de la inimă de unde iese prin diferiți n. sens. anastomozați simpaticului dorsal și astfel prin rami com. trece până la n. spinal spre a 7 cervic. și prima dorsală unde se termină. Astfel durerea este percepută în teritoriul acestor rădăcini și în partea internă a brațului în particular.

2. După a doua ipoteză, incitația centripetă, urmând n. utero-ovarien, ar ajunge la n. intermezenterici anastomozați cu n. lombari, provocând astfel dureri renale, sau, mai bine, prin intermediarul plexului renal, ea ar ajunge la plex. solar și prin nervii splahnici, ar atinge ultimii 6 n. intercostali, poate chiar și al V-lea.

Acolo firișoarele nervoase simpatice se articulează la nivelul gangl. spinal. sau cornul lateral al măduvei, cu sistemul vieței de relație și excitația câștigând astfel centrele superioare ar determina o percepție dureroasă conștientă care va fi raportată nu anexelor, ci teritoriului periferic al ultimilor n. intercost.

Dr. Od. Apostol.

MIRCEA ILIESCU: Cercetări asupra analizei serice calitative în febra tifoidă. — Teză, București 5/VI/1931 Tip. „Cultura".

S'au descris de către Weil și Felix, mai întâi pentru bac. tific și apoi pentru tot grupul tifo-paratific câte 2 variante ale aceluiași microb, varianta „H" și varianta „O" D-l Dr. Mircea Iliescu face o foarte minuțioasă lucrare de control asupra acestor variante microbiene în grupul tifo-paratific, asupra proprietăților lor morfologice, biologice și serologice.

Concluziunile, la cari ajunge autorul sunt:

1) Analiza serică în febra tifoidă este bazată pe prezența sau absența aglutininelor „H" și „O" în serul bolnavilor.

2) Din punct de vedere morfologic tipurile microbiene „H" se deo-

sebesc de tipurile „O" prin prezenţa cililor. Tipurile „H" sunt prevăzute cu cili; tipurile „O" sunt fără cili.

3) Tipurile „H" nu se deosebesc de tipurile „O" în ceia ce priveşte potenţialul lor electric, ceea ce nu este cazul pentru variantele „R" şi „S", unde există deosebiri importante.

4) In serul epurilor inoculaţi cu tipurile „H" şi „O" se desvoltă aglutinine într'un titru mai ridicat pentru forma corespunzătoare şi într'un titru mai mic pentru cealaltă variantă. Aglutininele de grup observate sunt de tip „O".

5) Reacţiunile de precipitare făcute cu serurile antipreparate pe epuri ca la punctul 4, faţă de antigenul rezidual extras din aceşti diferiţi germeni sunt specifice pentru substanţa corespunzătoare rasei şi nu tipului „H" sau „O".

6) La bolnavii de febră tifoidă am găsit în serul lor aglutinine de tip „H" şi de tip „O". Sun bolnavi cari în tot cursul boalei prezintă în serul lor numai aglutinine de tip „O".

7) Deşi numărul bolnavilor examinaţi de noi este mic (20) pare însă că se confirmă părerea autorilor cari susţin că aglutinina „O" ar fi un indicator în ceea ce priveşte mersul clinic al boalei. Prezenţa precoce şi persistentă într'un litru ridicat al acestei aglutinine ar fi de un pronostic bun.

Intre altele, la un bolnav cu febră tifoidă ambulatorie am găsit numai aglutinine „O".

8) La vaccinaţii cu vaccin antitifo-paratific se găsesc şi aglutinine „H" şi aglutinine „O". Titrul aglutininelor „H" este mai ridicat ca cel al aglutininelor „O".

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Chestiunea este tratată complect.

Metoda ştiinţifică se evidenţiază în fiecare pagină. Teza aceasta constitue lucrare de valoare în specialitate, care va trebui cercetată de oricine ar voi să abordeze chestiunea tratată, ea oglindeşte şcoala de adevărată medicină experimentală ce este Instit. Prof. Cantacuzino.

Ea constitue un frumos debut pentru autor şi ne îndrituеşte să aşteptăm şi alte lucrări.

Dr. L. Herman.

Dr. G. BANU: Anatomia, Fisiologia şi Igiena omului.
„ „ „ : Anatomia şi Fisiologia.
„ „ „ : Igiena.

Aceste 3 manuale editate de Libr. „Socec" din Bucureşti, în 1930, pentru uzul respectiv al elevilor din clasele III, VI şi VII sec. se trimit de către casa editoare „spre consultare" medicilor, cari predau aceste materii în şcoalele secundare.

Deşi nu fac parte din acest corp profesoral, dar cărţile mi-au atras atenţia pentru mai multe motive, toate de ordin medical: a) din ele am putut constata un aspect nou al activităţii d-lui Dr. G. Banu, aspect care dovedeşte temeinica pregătire ştiinţifică de bază a acestui emerit higienist şi bun cunoscător al chestiunilor noastre sanitare; b) ele puneau pentru mine rostul situaţiei din trecut când aceste noţiuni se predau numai unor anumite secţiuni ale liceului superior — şi aceasta desigur în vederea unei specializări ulterioare a elevilor; c) precum puneau şi întrebarea asupra celei mai bune

metode de predare a unei atari materii, îndefinitiv aride şi greoaie pentru capetele tinere.

Asemenea noţiuni azi trebuesc să intre în fondul de cultură generală, cu care un elev ese din şcoala secundară. Ca să fie reţinute se cere ca ele să se menţină în generalităţi, să observe sinteticul în contururi oricât de întinse şi să nu pătrundă în amănunte de analiză.

Stilul să fie concis, noţiunea expusă clar şi pe potriva cunoştinţelor auditorului.

Metoda sugestivă de predare, când nu se poate ajuta de procedeul atât de folositor al demonstraţiei în natură, care fixează definitiv noţiunea şi imaginea, trebueşte a se folosi de eloquente figuri schematice şi fotografi după natură.

Autorul stăpân pe materie trebueşte a da precădere desvoltării unor anumite pasagii, cari caşi asperităţile pe un teren neted, fixează mai bine atenţia.

D-l Dr. G. Banu, cu practica ce i-a dat o pregătire didactică îndelungată în această direcţie, a ştiut să evite defectele pedanteriei şi a realizat operă de pedagog luminat.

Manualele D-sale întrunesc toate condiţiile de mai sus.

D-sa a reuşit să dilueze pe multe locuri inexorabila „programă analitică" atât de încărcată, care stă în capul fiecărui manual; şi prin aceasta imitând principiile farmacoterapiei, după cari medicamenta non agunt nisi soluta, D-sa a făcut operă de adevărat pedagog, cum trebue să fie înainte de orice asemenea autori.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Aceste manuale îşi justifică astfel precăderea, ce trebue să li se dea, asupra semenelor lor.

Dacă este ceva de relevat cu toată seriositatea cu această ocazie, apoi sunt programele acestea analitice concentrate, cu amănunte inutile, cari fac să se peardă fără folos anii şcoalei şi obosesc mintea copiilor.

Asemenea materii trebuesc predate sumar sau fragmentar; din ele să se predea numai cât se poate reţine într'un an şi expunerea să fie însoţită pe cât posibil de demonstraţiuni practice. *Dr. M. C.*

Dr. EUG. BUMBĂCESCU-PRISICEANU: Viaţa şi Opera Prof. Gh. Stănculeanu — Teză 1930, Tip. „Cartea Românească", Cluj.

După îndemnul d-lui Doc. Dr. Vancea şi cu sprijinul dat de maestrul său d-l Prof. Dr. Mihail dela Cluj, autoarea a expus într'o lucrare de 59 pag. viaţa şi opera răp. Prof. Dr. Stănculeanu, continuătorul fericit al D-rului Manolescu în organizarea învăţământului şi practicei oftalmologice în ţara noastră.

Cu o instrucţie de specialitate din cele mai desăvârşite, cu un temperament de cercetător neobosit şi original îndreptat pe terenul speculaţiilor practice, cu spirit de sagacitate ştiinţifică care a dat la iveală descoperiri şi puneri la punct intrate definitiv în patrimoniul ştiinţei oftalmologice mondiale, din cetirea acestui opuscul mai aflăm că d-rul Stănculeanu a fost pe lângă om de ştiinţă un mare idealist, un sincer iubitor de oameni, un fervent patriot şi un

întemeetor de şcoală în ţara lui din convingere, iar nu din contingente de simpatie sau de oportunitate.

De loc din jud. Buzău, născut în 1874, D-rul Stănculeanu moare în 1917 în America, unde pornise pe proprie socoteală în timpul războiului să facă propagandă pentru ţară.

Studiile medicale le face la Paris; extern în 1894, intern al spitalelor în 1898, laureat al fac. de medicină în 1902, globe-troter oftalmolog universal, care a vizitat şi lucrat în toate clinicile vestite oftalmologice ale Europei, docent în 1903, locţiitor personal ales de el al prof. Manolescu, profesor agregat al clinicei de ochi din Bucureşti, devenite vacante în 1909, titular în 1912, D-rul Stănculeanu renunţă la clientelă, ca să se devoteze mai cu folos organizării clinicei sale şi asistenţei orbilor în ţara lui.

Activitatea desfăşurată de Prof. Stănculeanu „al 2-lea stâlp al oftalmologiei româneşti" cum l-a numit elevul său, prof. Mihail dela Cluj, s-a îndreptat pe 3 terenuri:

I) **Activitatea ştiinţifică**, care s-a întins secundar în domeniul oto-rino-laringologiei şi principal în acela al oftalmologiei; în prima direcţie a publicat 15 lucrări, printre care două referitoare la „Raporturile anatomice şi patologice dintre sinusurile feţei şi aparatul orbito-ocular" şi la „Bacteriologia empiemelor sinusurilor feţei"; în domeniul oftalmologiei a publicat 56 lucrări dintre cari se degaje cele referitoare la „Procedeul personal al extracţiei cataractei în capsulă" care a intrat definitiv în practica universală.

Toate aceste lucrări au fost publicate în revistele sau comunicate în Soc. ştiinţifice ale tuturor ţărilor şi în Congresele internaţionale.

II) **Activitatea didactică:** D-rul Stănculeanu a dat o îndrumare net ştiinţifică studiului oftalmologiei în ţara noastră (cu înclinaţie specială pentru anatomo-patologie şi cercetările de laborator clinic şi experimental), a publicat primul „Curs de oftalmologie" român, a organizat dupe modelul clinicelor străine clinica sa dela Colţea, a organizat întreg învăţământul oftalmologic la noi în grija de a forma un corp select de specialişti, a creiat cursuri de perfecţionare şi a dat putinţă de a face cercetări ştiinţifice multor medici străini.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Şcoalei sale aparţin cei 3 profesori actuali ai catedrelor de oftalmologie dela Bucureşti, Cluj şi Iaşi şi toată pleiada de oftalmologi distinşi din ţară.

III) **Activitatea socială:** Pentru „Prevenirea orbirei" a creiat în toată ţara „Dispensarii pentru boalele de ochi"; a ţinut „Conferinţe publice"; a făcut „Propagadă artistică"; a întreprins cu bani personali realizări filantropice precum: a clădit o aripă la spit. Colţea numită „Secţia Prof. Stănculeanu", şi a instituit o bursă la facultatea de medicină denumită „Legatul Prof. Dr. S. Stănculeanu".

Pentru „Ameliorarea soartei orbilor" a înfiinţat „Soc. amicii orbilor şi prevenirea orbirei", a întemeiat săli de consultaţie denumite „Ocularium" în Bucureşti; o „Şcoală de orbi, Dr. Gh. Stănculeanu" cu un „Internat al şcoalei de orbi".

D-rul Stănculeanu a mai fondat „Soc. română de oto-rino-laringologie" şi a activat în cadrele Asoc. G-rale a medicilor din România, căreia i-a fost preşedinte în 1914.

In conclusiuni autoarea tezei conchide că: „Viaţa Prof. Stănculeanu privită prin prisma activităţii sale capătă valoarea unui simbol; ea ne arată că profesiunea medicală trebue să rămână înainte

de toate şi mai presus de orice: simbolul iubirei de oameni, de ştiinţă şi de patrie".

Dr. M. Cânciulescu.

Dr. NICOLAE DRAGOMIR: Viaţa şi opera Prof. Dr. N. Manolescu (1850—1910) — Teză 1931, Tip. „Cultura" Cluj.

După îndemnul dat de astă dată de Prof. Dr. D. Michail dela Cluj şi cu ajutorul prestat de asistentul d-sale, d-l Dr. I. Glăvan, autorul pe cale de apariţie al „Istoricului oftalmologiei române" D-rul Nicolae Dragomir cu puţin în urmă a urcat preamărind în teza D-sale inaugurală Viaţa şi Opera primului mare savant oftalmolog român, care a fost Prof. Dr. N. Manolescu.

Cine a fost D-rul N. Manolescu?

Un modest fiu de ţăran din Buzău, care ajuns medic prin muncă neîntreruptă şi cultivarea unui ideal reuşeşte a se impune contimporanilor săi şi posterităţii ca savant şi mare român iubitor de ţară; un ajuns pe cele mai inalte trepte ale erarhiei pe cale de solicitare, iar nu de furişare.

Ce a făcut D-rul N. Manolescu?

I) **Operă de savant original:** fundator cu adevărat al oftalmologiei ştiinţifice româneşti, el a imaginat: a) Procedeul iritomiei în extracţia cataractei senile; b) Pr. de smulgere al capsulei anterioare a cristalinului în operaţia cataractei senile; c) Operaţia cataractei secundare prin secţiunea a posteriori; d) Operaţia glaucomului secundar consecutiv secluziei şi ocluziei pupilare prin iritomia a pesteriori; e) Tratamentul trachomului prin periaj; f) Tratamentul keratitei parenchimatoase prin instilarea de apă ferbinte direct pe cornee; g) Tratamentul desinfectant al ulcerului cornean şi profilactic al infecţiilor operatorii prin iodoformul sub formă de pulbere amorfă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

II) **Operă de organizare profesională:** a fondat: a) „Societatea studenţilor în medicină din Bucureşti în 1875, iar în 1896 i-a făcut raportul în senat pentru recunoaşterea ei ca persoană juridică"; b) „Asociaţia generală a medicilor din România" în 1897, şi căreia i-a fost prim-preşedinte; c) „Societatea pentru profilaxia tuberculozei".

III) **Operă de îndrumare culturală şi ştiinţifică:** a fundat: Revista „Apărătorul Sănătăţii"; cu alţii „România Medicală" şi a desfăşurat pe acest teren o vastă

IV) **Operă de activitate publicistică:** astfel a scris în total 102 lucrări ştiinţifice, comunicate în Soc. ştiinţifice din ţară şi străinătate, expuse la Congresele medicale din ţară sau străinătate (precum cel din Washington, Roma, Lisabona), sau publicate în revistele medicale din ţară şi străinătate; a redactat timp de 7 ani singur revista sa „Apărătorul sănătăţii" dicţionarul medical românesc, care a deschis calea de mai târziu „Doctorului de casă" al D-rilor Bianu şi Glăvan şi „Medicului nostru" de azi al D-rului Igrec, scriind în ea 980 articole de vulgarisare a cunoştinţelor medicale.

Intre aceste din urmă a cuprinde „Igiena ţăranului", volum de 358 pag. cu 171 fig. în text.

V) **Operă de realizări practice pe terenul reformelor sanitare;** astfel întâi în „Propuneri şi ameliorăţiuni în serviciul sanitar" a propus şi în urmă ca conducător al serviciului sanitar a înfiinţat 1100 infirmerii rurale; a propus cursuri de perfecţionare de 2—3 luni ale moaşelor rurale; a pledat

pentru reformarea azilurilor de alienaţi; a luptat pentru asanarea locurilor mlăştinoase dupe anumit plan; a creiat băi populare dupe sistemul „duşi-băi" la sate; a înţeles şi utilizat raportul dintre medic şi preot; a intervenit la Ministerul Instrucţiei pentru introducerea studiului higienei în cursul superior şi la seminarii şi a cerut dela Sft. Sinod deslegare de posturi în anumite împrejurări şi când ţăranii sunt munciţi; a combătut ştiinţificeşte şi practic pe terenul boalelor sociale.

Autorii, cari au întreprins aceste expuneri, au făcut Operă de înţelegători, pentru care trebuesc felicitaţi.

De amintit că şi această teză, pioasă operă de recunoaştere caşi cea dintâi, a fost patronată de d-l Prof. Dr. D. Mihail, care continuă în fericită linie dreaptă pe aceşti 2 dintâi mari oftalmologi români.

Prin aceasta Prof. dela Cluj a dovedit şi din partea sa „că nu poate să existe un mare savant, dacă nu este dublat de un mare om de inimă".

De mai menţionat că această teză, caşi cea dintâi, a eşit dintr-o clinică a facultăţii de medicină din Cluj, facultate dătătoare de atâtea frumoase îndemnuri şi bune exemple.

Dr. M. Cânciulescu.

Dr. IANA ILIE: Efectul lactagog şi eutrofic, direct şi indirect al actinoterapiei asupra femeilor cari alăptează şi a copiilor lor în colectivitate — Teză, 1931, Tip. „Albert" Cluj.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Semnalăm această valoroasă lucrare eşită din Şcoala D-lui Docent Dr. Axente Jancu, directorul Centrului pentru ocrotirea copiilor din Cluj, în care autorul, intern al serviciului, expune rezultatele favorabile obţinute în aproape jumătatea cazurilor asupra mamelor şi copiilor expuşi iradierei cu raze ultraviolete: secreţiunea lactală creşte la mame, iar starea generală se îmbunătăţeşte la mame şi la copii; în plus la cele dintâi fosforul şi calciul creşte în serul sanguin; iar nu la cei din urmă nu scade cum este regula în aglomerare, ci se menţine, obviând astfel în parte inconvenientelor colectivităţii.

Dr. M. C.

Doc. Dr. L. POPP: Despre radiodiagnosticul şi Radioterapia tumorilor mediastinale — Tip. „Libertatea" Orăştie, 1930.

Distinsul radiolog dela Galaţi, care este Docentul Dr. Leonida Popp, a făcut un mare serviciu colegilor lui de specialitate publicând această carte de technică clinică radiologică asupra unora dintre afecţiunile cele mai greu de diagnosticat şi tratat.

Un nu mai puţin însemnat serviciu a făcut şi clinicienilor, cari obişnuesc a-şi însoţi bolnavii la radiolog, căci acestora le pune sub ochi tabloul clar al simptomelor cari se desprind din forma, poziţia şi natura tumorii, pe care o văd pe ecran.

Şi unora şi altora le prezintă în 107 pag. cu 30 fig. în text, din care cea mai mare parte pe hârtie de cretă, un fir conducător

sigur pentru orientare în dedalul tumorilor mediastinale, cari necesită imperios un diagnosticat precis şi un tratament adequat.

In **Partea generală** (pag. 5—28) expune la Cap. I, technica prin care se poate precisa localizarea tumorei, punctul ei de plecare, mărimea, forma şi conturul, acţiunea şi modul de comportare al tumorei faţă de organele vecine, modul de comportare al umbrei mediene şi al diafragmelor faţă de respiraţie (cu semnele lui Iacobsohn şi Holznecht, semnele lui Müller şi Hitzenberg; în Cap. II prezintă diferitele afecţiuni ale organelor toracice, cari pot simula o tumoră, înşirându-le semnele caracteristice de diferenţiere; iar în Cap. III aminteşte de metodele auxiliare de explorare, anume: pneumotoraxul artificial şi radioterapia de probă.

In **Partea specială** (pag. 28—107), ia în parte fiecare afecţiune tumorală pe rând, dupe cum este situată în mediastinul anterior, posterior sau atacă ganglionii mediastinului şi o prezintă clinicesţe şi din punct de vedere radiologic cu toate semnele lor mai principale.

Detalierea clară, sprijinită de figuri schematice sau radiograme caracteristice (multe personale) şi ilustrată prin redarea observaţiei clinice respective, face lectura nespus de atrăgătoare şi instructivă şi permite reţinerea amănuntelor.

Această carte mai demonstrează nevoia şi a unei instrucţiuni medicale generale pentru radiologul, care pentru punerea diagnosticului trebue să înveţe a fi şi cât de puţintel clinician; precum arată clinicianului folosul de a poseda noţiuni generale de radiodiagnostic.

Radioterapia numai este reservată exclusiv specialistului.

Cartea aceasta dovedeşte că D-l Dr. L. Popp întruneşte deopotrivă şi cu prisosinţă ambele condiţiuni.

Regretăm a semnala şi recomanda cetitorilor în termenii cei mai călduroşi cu atâta întârziere această valoroasă lucrare originală românească.

Rânduirea pentru recensie în ordinea primirii cronologice şi dorinţa de a semnala personal lucrările medicale româneşti de valoare, este cauza.

Dealtfel D-l Dr. L. Popp nu este la prima publicaţie în domenul radiologiei; D-sa are în urmă un întreg şir de asemenea lucrări originale, cari la timp au fost semnalate în coloanele revistei noastre.

Alături de „*Indicaţiunile roentgenologice pentru uzul specialiştilor radiologi şi al medicilor practicieni* de *Dr. R. Lenk din Viena,* tradusă în româneşte de D-l Dr. D. Găldău din Oradea şi recensată în „Mişcarea Medicală" No. 8—9/1928, pag. 478, alături de *Radiodiagnosticul în oto-rino-laringologie* publicat de *D-nii D-ri I. Ţeţu, I. Jovin* şi *C. Andreescu* şi recensat în „Mişcarea Medicală", No. 3—4/1931, pag. 239, — socotim *Radiodiagnosticul* şi *Radioterapia tumorilor mediastinale* a D-lui *Docent Dr. I. Popp,* ca pe una din cele mai însemnate publicaţiuni de „ensemble" apărute în ultimul timp în româneşte în domeniul radiologiei şi de cari noi avem cunoştinţă; celor 2 din urmă lucrări revenindu-le şi meritul de a aparţine medicilor români.

Dr. M. Cânciulescu.

B. — REVISTE MEDICALE

REVISTA DE HIDROLOGIE MEDICALA ŞI CLIMATOLOGIE FISIOTERAPIE ŞI DIETETICĂ

(No. 3—4 | 1931)

Confer. Dr. MICHAILESCU C.: **Evoluţia şi desvoltarea ştiinţifică a balneologiei române,** No. 3—4/1931.

Prof. Dr. DIETRICH (Berlin): **Die Bedeutung der Kurorte für die Volksgesundheit und für die Volkswirtschaft.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Prof. Dr. Strasser Alois (Wien): **Uber die Aufgaben der Balneologischen Forschung.**

Dr. KERGUISTEL (France): **Pen-Bron, sanatorium marin.**

Dr. MLADEJOVSKY VLAD (Tcheco-Slovaquie): **La fonction de la peau pendant les cures hydrothérapeutiques.**

Prof. Dr. ZAHARIA A.: **Analizele de ape minerale efectuate în Institutul de chimie agricolă şi alimentară a Universităţii din Bucureşti.**

Prof. C. ŞUMULEANU: **Izvoarele dela Slănicul Moldovei.**

Prof. BUŢUREANU C. V.: **Amintiri balneologice.**

Col. Dr. MARINESCU N.: **Carmen-Sylva medical.**

Dr. LAMBRU A.: **Apele dela Băile Herculane în cura internă.**

Dr. STURZA I.: **Climatoterapia şi problema tuberculozei.**

Dr. DOLJAN C.: **Efecte primare şi secundare ale curei carbo-gazoase.**

Dr. NICULESCU G.: **Incă două izvoare din Slănicul Moldovei lămurite ca acţiune asupra secreţiei gastrice.**

Docent Dr. SLOBOZEANU H.: **Rezultatele obţinute în tratamentul adenopatiilor bronchice tuberculoase tratate la Movilă Tekirghiol.**

Dr. ŞTEFANESCU I.: **Amintiri dela băile Oglinzi.**

Docent Dr. DANIEL I.: **Balneologia ştiinţă experimentală.**

Dr. NICULESCU P.: **Acţiunea curativă a apelor cloro-sodice iodate şi sulfuroase, în lumina recentelor achiziţiuni farmacologice.**

Docent Dr. POPESCU-BUZĂU M.: **Terapeutica hidro-minerală şi infecţiunile aparatului urinar.**

Dr. ALEXIU LEONIDA: **Acţiunea apelor minerale de Olăneşti (izvoarele No. 3, 14 şi 24) asupra secreţiei urinare şi pH. urinar.**

Dr. CRASU V. şi MANOLE V.: **Contribuţiuni la metodele de determinare cantitativă a potasiului din apele sărate şi din alte soluţiuni.**

Ing. de mine MIHAILESCU C.: **Captarea şi conservarea apelor minerale**

Dr. RĂDUŢESCU: **Maladia lui Schatter-Osgood. Un caz de vindecare rapidă prin tratament helio-marin la Carmen-Sylva.**

Dr. TĂTĂRANU I.: **Tratamentul tuberculozei osoase şi ganglionare cu băi de nomol de Techirghiol.**

Dr. MĂLINAŞ IULIU: **Noua orientare a medicilor faţă de balneoterapie.**

Dr. STROESCU V.: **Rezultatele obţinute prin „mofete" asupra sistemului nervos.**

Conf. Dr. BĂLTĂCEANU G.: **Experimentarea în balneologie.**

Docent Dr. ANGHEL I.: **Valoarea apei de Căciulata.**

Dr. TĂTĂRANU I.: **Tratamentul tuberculozei osoase şi ganglionare cu băi de nomol de Tekirghiol.**

* * *

REVISTA DE IGIENĂ SOCIALA

BCU Cluj / Central University Library Cluj

(No. 7, 8, 9, 10 | 1931)

ST. CARAGEA şi D-şoara M. BALDOVIN: **„Pâinea chimică"**, No. 7/1931.

GH. TĂTĂRANU: **Imunizarea activă antidifterică.**

V. CUCU: **Problema spitalelor.**

GH. ATANASIU: **Surdo-muţii folositori societăţii.**

GH. COSTIN: **Starea de nutriţie la elevii de liceu.**

POMPEI GH. SAMARIAN: **Divorţul din cauză de maladie în vechea legislaţie românească.**

EM. CERKEZ: **Personalul sanitar auxiliar şi de ocrotire.**

I. CONSTANTINESCU: **Crearea unui centru de orientare profesională pentru copiii anormali.**

E. RASMERIŢĂ: **Şcoala de sănătate publică din Baltimore.**

B. ŞAPIRA: **Colaborarea practicantului la igiena socială.**

G. BANU: **Cercetări asupra creşterii fizice a copiilor de şcoală în România,** No. 8/1931.

C. GHEORGHIU: **Consideraţiuni asupra statisticii cauzelor de moarte în România.**

IOSIF NEMOIANU: **Contribuţiuni la profilaxia pojarului.**

V. CERCHEZ: **Consideraţii medico-sociale asupra trachomului în România.**

VALERIU BOLOGA: **Alimentaţia Românilor bănăţeni în sec. XVII-XVIII.**

G. BANU: **Cadrele asistenţei după război.**

P. ANTONESCU: **Preventorul Brebu (Prahova).**

I. PAVEL şi H. PAPPA: **Frecvenţa cirozei atrofice în clinicele medicale din Bucureşti**, No. 9/1931.

L. IONAŞIU şi I. POPESCU-SIBIU: **Munca, metodă de tratament la bolnavii mintali.**

E. C. CRĂCIUN: **Elementele luptei anticanceroase.**

M. SCHAECHTER: **Contribuţiuni la studiul medico-legal asupra maltratării copiilor.**

LIVIU VASU: **Atmosfera viciată pe şantiere şi în oraşe.**

G. BANU: **Organizarea igienei sociale în Ungaria.**

M. TOMACINSKI: **Tuberculoza în circumscripţia Plopeni.**

MOISE ENESCU: **Medicii şi şcoala rurală**, No. 10/1930.

AL. CRAINICEANU: **Contribuţiuni la studiul profilaxiei cancerului uterin.**

AUREL VOINA: **Căsătoria sifiliticilor.**

C. PUIU-GALAŢI: **Tuberculoza în fabrici şi asistenţa medicală necesară.**

ŞT. THEODORESCU: **Micozele cutanate în vârsta şcolarităţii.**

TH. LOWENŞTEIN: **Organizarea şi activitatea institutului de orientare profesională a Universităţii U. E. R.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

B. DRĂCEANU: **Sgomotul oraşelor.**

B. ŞAPIRA: **Asistenţa asnitară faţă de criza economică.**

E. RĂSMERIŢĂ: **Conferinţa internaţională a silicozei ţinută la Johannesberg.**

* * *

REVISTA MEDICO-CHIRURGICALĂ

din Iaşi

No. 1, 2, 3, 4 | 1931 şi dările de seamă ale şedinţelor

Soc. de Medici şi Naturalişti din Iaşi

Dr. C. BART.: **Maladia lui Bouillaud — formă extra-articulară**, No. 1/1931.

Dr. A. TOMA şi Dr. GH. COSTIN: **Asupra unui caz de tuberculoză pulmonară evolutivă vindecată clinicește prin pneumotorax artificial în cursul sarcinei.**

Dr. A. GHEORGHIU: **Asupra rodanului din licidul cerebro-spinal şi raportul său cu cel din ser.**

Dr. D. BRANIŞTEANU, Dr. M. BEKE şi Dr. IOSEF TISU: **Tratamentul cu insulină şi hidrocarbonate în insuficienţa hepatică.**

Dr. N. FĂLCOIANU, Dr. ELIZA ACONTZ-HOLBAN şi Dr. R. PUIU: **Variante de poziţie ale duodenului şi intestinului gros.**

Dr. A. TOMA şi Dr. GH. COSTIN: **Pneumonia tuberculoasă curabilă.**

Dr. C. GANCEVICI şi Dr. H. WILSON: **Pneumotoraxul bilateral în tratamentul tuberculozei pulmonare.**

Dr. LĂZĂRESCU D. şi IAMANDI GR.: **Metazoarele ca paraziţi oculari.**

Prof. Dr. I. BĂLTEANU: **D-na Prof. Dr. Elena Puşcariu. Omagiu din partea Societăţii de Medici şi Naturalişti,** No. 2/1931.

Dr. D. LĂZĂRESCU: **Organizarea în timp de zece ani de existenţă şi starea actuală a Clinicei Oftalmologice din Iaşi.**

Dr. D. LĂZĂRESCU: **Activitatea chirurgicală din Clinica Oftalmologică din Iaşi (1921—1930).**

Dr. G. Cerne: **Edem recidivant al ambelor pleoape şi obrazului stâng. Vindecare cu autohemoterapie.**

Dr. I. NIŢULESCU: **Asupra turburărilor oculare provocate prin lipsa vitaminii A. Distrofie xeroftalmică.**

Dr. I. NIŢULESCU şi Dr. EUGENIA LĂZĂRESCU: **Importanţa factorului individual în apariţia distrofiei xeroftalmice. Consideraţiuni asupra 6 cazuri de xeroftalmie.**

Dr. E. TRIANDAF: **Consideraţiuni asupra etiologiei miopiei şi studiu statistic al frecvenţei viciilor de refracţie în Clinica Oftalmologică**

Dr. D. LĂZĂRESCU: **Studiu statistic asupra cancerului aparatului vizual la Clinica Oftalmologică din Iaşi, între anii 1921—1930.**

Dr. I. NIŢULESCU: **Consideraţiuni asupra prognosticului brightismului cu prilejul a 2 observaţiuni de neuroretinită brightică şi supravieţuire îndelungată.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dr. E. LĂZĂRESCU şi Dr. D. LĂZĂRESCU: **Contribuţiuni la studiul celulitei orbitare.**

Dr. E. LĂZĂRESCU: **Studiu asupra cheratitei herpetice.**

Dr. GR. IAMANDI şi Dr. D. LĂZĂRESCU: **Technica executării mulajelor în ceară de pe bolnavi, întrebuinţată în Clinica Oftalmologică din Iaşi.**

Prof. Dr. A. SLĂTINEANU, Prof. Dr. I. BĂLTEANU şi Dr. I, ALEXA: **Epidemia de febră tifoidă din Iaşi 1931,** No. 3/1931.

Dr. E. şi GR. NUBERT: **Recherches sur la pathogénie de l'ulcère peptique en rapport avec l'équilibre acido-basique.**

Dr. GH. COSTIN: **Apărarea în radiologie şi realizarea ei la laboratorul de radiologie şi dispensarul pentru profilaxia tuberculozei, Iaşi.**

Prof. Dr. I. BĂLTEANU şi Dr. M. FRANCKE: **Cancer esofagian latent urmat de „fistula esotraheală".**

Dr. GH. NĂSTASE: **Consideraţiuni asupra evoluţiei sifilisului sub influenţa virusului varicelic.**

Dr. GH. NĂSTASE şi Dr. D. PETROVANU: **Asupra unui caz de Pityriasis rubra Hebra-Iadassohn.**

Dr. EMIL HURMUZACHE: **Consideraţiuni asupra tratamentului balneo-climatic în situaţiunea Budache (Basarabia).**

Dr. GR. IAMANDI: **Contribuţiuni la simplificarea procedeelor actuale de analiză coprologică.**

Prof. Dr. M. CIUCĂ: **Considerațiuni generale asupra lucrărilor primului congres internațional de microbiologie,** 1930, Paris.

Dr. LĂZĂRESCU D. și IAMANDI GR.: *Metazoarele ca paraziți oculari.* (Urmare).

Prof. GR. T. POPA: **L'esprit d'aventure en science (Pasteur),** No. 4/1930.

Dr. GH. NĂSTASE: **Accidentul unei injecțiuni cu salicilat de mercur.**

Dr. V. CERCHEZ: **Gomă a sacului lacrimal.**

Dr. D. BRANIȘTEANU: **Considerațiuni asupra terapeuticei icterilor după un tratament antisifilitic.**

Dr. GH. NĂSTASE, Dr. GR. DIMITRIU și Dr. V. BOERIU: **Autovaccinațiune într'un caz de septicemie cu streptococ.**

Dr. Gr. IAMANDI: **Iconografia helminților din România.**

Dr. GH. NĂSTASE și Dr. D. PETROVANU: **Dermatită cronică atrofiantă cu leziuni circumscrise de tip anetodermie complicată cu sarcomatoză Kaposi.**

Dr. N. FĂLCOIANU și Dr. Elisa A. HOLBAN: **Originea așa zisului „Croitor dedublat".**

Dr. O. FRANCHE și Dr. R. PUIU: **Un caz de fractura lui Monteggia.**

Dr. A. SCUTARIU: **Perforația acută al unui ulcer piloric în peritoneul liber.**

Dr. M. GAROFEANU: **Metodele de cercetare a insuficienței proteolitice a ficatului în clinică.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

* * *

REVUE MÉDICALE ROUMAINE

(No. 1, 2, 6 | 1931)

Dr. GABRIEL PADÉANO: **L'épreuve du Métabolisme Basal, ses variations pathologiques, sa valeur clinique et ses indications pratiques (Première partie),** No. 1/1931.

Dr. G. PADÉANO: **L'Epreuve du Métabolisme Basal. Ses Variations Pathologiques, sa Valeur Clinique et Ses Indications Pratiques. Deuxième Partie: L'Influence des Etats Morbides sur le Taux du Métabolisme Basal,** No. 2/1931.

Prof. P. MAUCLAIRE: **Les essais de traitement des psychoses par les greffes de glandes génitales,** No. 6/1930.

C. — SOCIETĂŢI ŞTINŢIFICE

SOCIETATEA DE CHIRURGIE

din Bucureşti

Şedinţa din 22 Aprilie 1931

Prof. BUTOIANU, C. STOIAN şi A. TUDOR: **Endarterită obliterantă a femuralei drepte, a popliteei şi a trunchiului tibio-peronier la un diabetic.**

Prof. JUVARA şi Docent V. DIMITRIU: **Paralizie radio-recurentă şi musculo-cutanată, traumatică. Artrodeza scapulo-humerală şi transplantare tendinoasă.**

Dr. V. SĂVESCU şi V. STEOPOE: **Calcul apendicular.**

Dr. I. FĂGĂRAŞANU: **Tumori maligne ale mamelei la bărbaţi.**

Conf. C. LEONTE: **Drenajul Mikulicz în apendicita supurată.**

Conf. CHRISTIDE: **Infractus total al intestinului subţire post-operator.**

Conf. E. CHRISTIAN, M. POPESCU-BUZĂU şi N. CONSTANTINESCU: **Consideraţiuni asupra unui caz de pseudo-xantomatoză renală.**

Docent MEDEA NICULESCU: **Histerectomia abdominală în retenţiunile de placentă.**

Docent M. TEODORESCU: **Fistulele tuberculoase vezico-anexiale.**

Dr. C. HRISTU şi E. BLAZIAN: **Ocluzie intestinală supra acută prin coardă diverticulo-apendiculară.**

Dr. I. FĂGĂRAŞANU: **Peritonitele pneumococice.**

Şedinţa din 6 Mai 1931

Conf. C. LEONTE şi Docent DAN THEODORESCU: **Câteva consideraţiuni asupra unui caz de ablaţie largă a sânului după adevărata technică a lui Halstead.**

Conf. E. CHRISTIDDE: **Două cazuri de infecţiuni reziduale subcutanate.**

Prof. ANGELESCU şi Prof. ŞTEFĂNESCU-GALAŢI: **Eliminarea calculilor renali.**

Conf. I. JIANU: **Esofagoplastie prin lambou cutanat abdominal.**

Conf. POENARU-CAPLESCU şi E. GROSSU: **Apendicită cronică cu criză acută, colecistită acută, apendicectomie şi colecistostomie. Vindecare.**

Docent MEDEA NICULESCU: **Histerectomia în ruptură uterină intra-partum.**

Dr. EUGEN PORUMBARU, (Buzău): **Vechiu ulcer gastric operat cu g. e. complimentară, perforat pe vechea cicatrice după 5 ani de la intervenţie.**

Dr. GH. BALUDIMA (Muscel): **Ac de cap în vesica urinară.**

Şedinţa din 20 Mai 1931

Conf. C. LEONTE şi Docent DAN THEODORESCU: **Calculul stercoral în mezoapendice.**

Prof. AMZA JIANU, Conf. PAULIAN şi LAVER: **Arachnoidita.**

Prof. AMZA JIANU, C. ENESCU şi LAVER: **Două cazuri de acoplasm rectal; amputaţie abdomino-perineală.**

Conf. C. LEONTE: **Consideraţiuni asupra chirurgiei articulare în anchiloze şi capsulectomia în anchiloza cotului.**

Conf. E. CHRISTIDE şi I. FĂGĂRAŞANU: **Enorm chist al epididimului, torsionat într'un sac de hernie vagino-peritoneală, simulând o hernie strangulată.**

Docent MEDEA NICULESCU: **Peritonitele puerperale.**

Dr. V. RACOVEANU: **Câteva cazuri noi de chirurgie estetică a nasului.**

Dr. ŞT. BALCU: **Perforaţia intestinului subţire prin eclatare.**

S. CHRISTOFOVICI **Contribuţiuni la studiul diatermiei endouretrale.**

Şedinţa din 3 Iunie 1931

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Conf. C. LEONTE: **Rezultate tardive de hallux valgus operat.**

Docent M. TEODORESCU şi RANTZER: **Colecistită calculoasă perforată. Peritonită biliară.**

Conf. G. MARINESCU şi C. TEODORESCU: **Pyelografie cu Uroselectan într'un caz de tumoră pararenală.**

Dr. I. FĂGĂRAŞANU: **Osteomielita maxilarului inferior. Sequestrectomie. Refacerea completă a arcului mandibular.**

Dr. P. COSTESCU: **Eventraţia hemi-diafragmului stâng cu dextrocardie.**

Prof. N. GHEORGHIU: **Uitare de comprese după laparotomie cu închistarea lor.**

Prof. E. JUVARA şi I. FĂGĂRAŞANU: **Fractură patologică subtrochanteriană la un tabetic; Pseudartroză; grefă osoasă din peroneu; consolidare.**

Prof. AMZA JIANU, Conf. D. PAULIAN şi D. TURNESCU: **Două cazuri de compresiune medulară prin tumoră intradurală; Laminectomie urmată de extirparea tumorei; vindecare într'un caz, ameliorare considerabilă cu regresiune a paraplegiei în celălalt.**

Prof. AMZA JIANU, PANDELESCU, ST. DRĂGĂNESCU şi D. VASILIU: **Tumoră supra-selară extirpată; vindecare.**

Prof. HORTOLOMEI: **Pancreatită cronică.**

Docent M. TEODORESCU: **O cale de acces în apicoliză.**

Dr. S. ŢOVARU şi D. MARINESCU-SLATINA: **Diverticulită apendiculară.**

D-ri PLĂTĂREANU, PETROŞANU şi ADAMESTEANU: **Peritonite generalizate de origină genitală.**

Şedinţa din 17 Iunie 1931

Conf. C. LEONTE: **Depărtătorul abdominal model Leonte.**

Conf. C. LEONTE: **Osteosinteza capului humeral cu aparatul Leonte.**

Prof. BUTOIANU, C. STOIAN şi P. COSTESCU: **Bacteriofagul în chirurgie.**

Dr. C. ENESCU şi G. DUMITRESCU: **Ruptură spontană a stomacului.**

Dr. I. FĂGĂRAŞANU: **Toracoplastie extra-pleurală largă pentru empiem bacilar infectat secondar şi fistulizat. Proceden în doi timpi, axilopara-vertebral.**

Dr. L. MAVROMATI: **Avorturi de natură tiroidiană.**

Dr. V. RACOVEANU şi H. BLAZIAN: **Colesteatom al urechii medii stângi. Labirintită bilaterală gravă. Evidare petro-mastoidiană. Vindecare.**

* * *

SOCIETATEA ROMÂNA DE OTO-RINO-LARINGOLOGIE

Şedinţa din 10 Februarie 1931

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Preşedinte: **Costiniu.** Secretar: **Ştefaniu.**

1) Dr. TEMPEA: *Perichondrită flegmonoasă specifică a laringelui.*

Discuţie: Tzetzu. Cel mai interesant în această comunicare este virulenţa supraînfecţiunei, care, cu toate îngrijirile, se menţine şi continuă să provoace topirea ţesuturilor şi expulzarea sechestrelor cartilaginoase. Poate că, dacă bolnavul ar fi venit mai de vreme la spital şi s'ar fi putut preciza diagnosticul mai curând, un tratament antisifilitic mai intens ar fi oprit progresul afecţiunei şi ar fi putut să oprească necrozele cari se produc. Pentru viitor, bolnavul e expus să facă un laringotracheocel şi chiar stricturi laringo-tracheale.

2) D-rii TZETZU şi ŞTEFANIU: *Corp străin (cui) intrabronhic cu perforaţiunea bronchei, mediastinită, extracţiune, moarte.*

Un copil de doi ani aspiră un cui, care se găseşte cu capul în jos la extremitatea superioară a bronhei drepte dedesuptul bifurcaţiunei traheei, şi care se scoate prin bronhoscopie superioară. Dar starea de asfixie persistă, se accentuiază chiar după extracţie. Moartea survine trei zile mai târziu. La autopsie se găseşte o perforaţie a bronhei drepte, la doi centimetrii sub bifurcaţia traheei, provocată de către capul cui l i şi care a provocat o bronhopneumonie şi o madiastinită.

3) Dr. MAYERSOHN face *câteva consideraţiuni asupra unor produse denicotinizate din comerţ, în special Bonicot,* şi *asupra*

acţiunei lor preventive şi curative asupra rinofaringitelor cronice ale fumătorilor.

4) Dr. DARABAN, *prezintă un bolnav cu sindromul găurei rupte superioare.*

In urma unui glonte de revolver, care a pătruns prin plica naso geniană drept şi s'a oprit în gaura ruptă posterioară. Prin talia occipitală nu s'a putut ajunge până la glonte. Bolnavul prezintă: o paralizie a sternocleido-mastoideanului a trapezului, a coardelor vocale, a peretului faringian, a vălului palatului de partea stângă, consecutive leziunilor perechei X şi XI, perderea sensibilităţii tactile şi gustative a limbei în regiunea dinapoia V-ului lingual, paralizia jumătăţii stângi a limbei, care e moale, patoasă, şi are vârful deviat spre stânga, deviaţiune datorită acţiunei genio-glosului stâng.

Actul operator a fost întreprins din cauza tabloului clinic că prezenta bolnavul şi pentru a elucida chestiunea, dacă corpul străin a provocat o compresiune sau o secţiune a nervilor. Ameliorarea simptomelor survenită e dovadă că a fost numai o compresiune.

Discuţie: D-rii **Buzoianu, Tempea** şi **Costiniu** nu cred în oportunitatea intervenţiunei. Presiunea nervilor a fost mai de grabă datorită unui hematon, care s'a resorbit. Se citează numeroase cazuri în care ameliorаţiunea a survenit fără nici o intervenţie. Aceasta nu e numai inutilă, dar e foarte periculoasă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

5) D-rii BRATESCO, RACOVEANU şi MOGA: *Etmoidită necrozantă exteriorizată specifică.*

Prezentarea bolnavului. Tumefacţiune de partea stângă a obrazului cu puroi fetid în nara stângă. Sechestre osoase în nas. Diagnostic: sifilis terţiar. Intervenţiune. Sinusul etmoidal plin de puroi. Sinusul maxilar indemn. Formaţiuni polipoase în narine. W. negativ. S'a reactivat şi se aşteaptă rezultatul.

6) Dr. SCHEIM: *Un caz de abces cerebral.*

Otită medie supurată acută dreaptă. Mastoidită cu tumefacţie în regiunea retromastoidiană dreaptă. Operaţie. Bolnavul pleacă după 10 zile. Evoluţie rea, cu dureri de cap. Se intervine din nou şi se găseşte puroi sub dura şi în lobul temporal stâng. Bolnavul moare. La autopsie: abces limitat al lobului temporal.

Discuţie: **Buzoianu** crede că operaţiunea trebue făcută în doi timpi. **Tempea** e de părere contrarie.

7) Dr. BUZOIANU: *Atitudinea chirurgicală în fracturile prin înfundare a boltei craniene la nivelul sinusurilor frontale.*

Trepanaţiunea trebue făcută de urgenţă, cu cât mai aproape de accident, cu atât pronosticul e mai favorabil. Desinfectarea repetată şi riguroasă a focarelor cu fenol în soluţie de 5 %.

Şedinţa din 10 Martie 1931

Preşedinte: **Costiniu.** Secretar: **Ştefaniu.**

1) Dr. COSTINIU: *Un caz de cancer primitiv al conductului auditiv extern.*

Discuţie: Tzetzu ar fi preferat o intervenţie chirurgicală pe cale retroauriculară radioterapiei. Numai urmările operatorii va putea să ne schimbe părerea.

2) TEMPEA: *Abces ipofaringian. Mediastinită. Moarte.*

Discuţie: Dr. Ştefaniu, din rezultatele autopsiei conchide că mediastinita a fost provocată de cuţitul laringian cu care abcesul a fost incizat. Se găseşte foarte puţin practic acest cuţit.

Racoveanu arată imposibilitatea anatomică de a pătrunde în mediastin printr'un abces ipofaringian cu un cuţit laringian, a cărei lamă nu are o lungime de cât de 1—2 cm.

Tempea arată că e logic ca între orificiul creat prin incisiune şi între cel al rupturei abcesului în mediastin să existe un canal, cel ocupat de fostul abces. Distanţa între cele două orificii e foarte mare. De altfel starea rea a bolnavului înainte de operaţie erea foarte remarcabilă.

Tzetzu spune că ar fi fost foarte instructiv, dacă se aducea piesa anatomică.

3) TEMPEA: *Mastoidită la o femee de 76 de ani.*

Pentru că autorul deţine recordul celui mai tânăr pacient, operat de mastoidită la vârsta de ani, ţine să aducă şi acest caz, care este cel mai în vârstă dintre mastoidectomizaţii săi.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Discuţie: Dr. Mayersohn cunoaşte această bolnavă, care era bolnavă de mastoidită încă cu două luni înainte de operaţie şi refuza să se opereze. E de remarcat că cu toată vârsta înaintată — poate chiar din această cauză — această amânare a operaţiei nu a avut nici o urmare rea asupra mersului boalei, nici o complicaţie nu a survenit.

4) TZETZU şi ŞTEFANIU: *Două cazuri de mastoidite acute cu trombo flebita sinusului lateral, vindecate prin deschiderea largă şi curetagiul sinusurilor.*

Vindecate prin deschiderea largă şi curetagiul sinusurilor. Abcesul de fixaţie a fost foarte util într'unul din cazuri.

5) BRATESCU şi RACOVEANU: *Rinoplastie cu scurtarea nasului cu 1½ cm.*

Şedinţa din 7 Aprilie 1931

Preşedinte: **Costiniu.** Secretar: **Mayersohn.**

1) D-rii BRATESCU şi RACOVEANU: *Edem toxinic cronic al feţei consecutiv unei pansinusite bilaterale.*

O pată apărută pe obrazul unui ofiţer, dispare, revine, şi se transformă într'un edem moale gelatinos, care ocupă tot obrazul dela pleoapa inf. până la marginea inferioară a maxilarului sup. După doi ani o puncţie a

maxilarului scoate puroi. Spălăturile sinusului ameliorează temporar edemul. Radiografia arată opacitatea tuturor sinusurilor feţei. Aspectul unic al feţei ofiţerului atrage toate privirile spre el, ceea ce îl face foarte emotiv. In puroi streptococ. Acest edem toxinic e caracteristic al infecţiunilor streptococice pe teren sifilitic, insuficient tratat, însoţit de un edem toxinic tegumentar, consecutiv unor pusee sub acute de erisipel, al feţei. Vindecarea nu va surveni probabil de cât după un curetaj al antrului lui High More.

2) Dr. COSTINIU: *Complicaţiuni depărtate consecutive unui cancer al cavumului.*

Ganglionul cât o alună rămas după vindecarea cancerului în regiunea submaxilară, crescu după doi ani cât un ou de porumbel, durerile sciatice care survenîră apoi făcură, ca la un tuşeu rectal să se descopere un cancer al rectului. Acum bolnavul suferă de dureri toracice şi autorul se întreabă ce altă metastază va mai apare.

Şedinţa din 5 Mai şi 2 Iunie 1931

Preşedinte: **Costiniu.** Secretar: **Mayersohn.**

1) BRATESCU şi RACOVEANU: *Emfisem cervico-mediastinal consecutiv sforţărilor de tusă.*

2) COSTINIU: *Un caz de labirintită.* Prezentare de bolnav.

3) RACOVEANU: *Mastoidită primitivă, debutând printr'o paralizie facială.*

Discuţie: **Tzetzu** crede că paralisia facială era de natură sifilitică, bolnavul fiind un vechi specific. Tratamentul antisifilitic instituit după operaţie, va grăbi de sigur dispariţia fenomenelor de paralisie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

4) TEMPEA: *Colesteatom. Labirintită axută gravă. Operaţie. Vindecare.*

Otoreă cronică de 5 ani. De câtva timp, ameţeli, dureri în regiunea temporală, vărsături şi nistagmus spontan către dreapta... Temperatură puţin ridicată. La examenul urechei se descoperă un colesteatom, care a distrus peretele anterior al antrului şi a denudat dura. In timpul ridicării colesteatomului intervin puternice reacţiuni labirintice. Se face evidarea petro mastoidiană şi se execută plastica conductului. Zilele următoare fenomenele se amendează, dar după a 5-a zi, temperatură puternică şi dureri. Se redeschide plaga, dar nu se găseşte nimic anormal. Starea febrilă continuă şi a treia zi apare un erizipel în regiunea temporo orbitală dreaptă, care, din fericire evoluiază spre dreapta. Erisipelul a fost luat de la o infirmieră care l-a îngrijit câtva timp şi care a fost apoi trimisă la spitalul de isolare pentru erisipel. Se trimite şi operatul la acelaş spital de unde eşe vindecat, revine în serviciu, e pansat şi ese definitiv vindecat.

5) TEMPEA şi PANTAZESCU: *Condrită laringiană epiteliomatoasă abcedantă. Traheotomie.*

Un bolnav în vârstă de 54 de ani, suferă de un an de dureri la înghiţit şi mai târziu de dificultate la respiraţie. Ipofaringele, aritenoidul falşa coardă vocală de aceeaşi parte sunt infiltrate în faşa laringelui, o infiltraţie dură a regiunei tiroidiene, care descinde la înghiţit. Biopsie: epitelioma. Din cauza stării asfixice se face o tracheotomie, care o foarte dificilă

prin ţesutul infiltrat. La 1/2 cm. adâncime se descoperă o colecţiune purulentă aproape de linia mediană. Apoi mai adânc, dealungul traheei, un al doilea abces mai mare, mergând în sus spre ipofaringe. După traheotomie totul intră în ordine. Un ganglion ridicat în timpul operaţiei, pus sub microscop, confirmă biopsia. Acest caz confirmă încă o dată spusele lui Hajek că condritele laringiene sunt adesea de natură canceroasă. Bolnavul va fi supus unui tratament de curie şi rontgenterapie.

Discuţie: Tzetzu e de părere că abcesele găsite, provin din topirea ganglionilor ramoliţi şi nu dintr'o condrită sau pericondrită. Cu atât mai mult cu cât după operaţia şi vidarea abceselor, tumefacţia s'a ameliorat. Condritele de obicei trencază şi provoacă sechestre. Or în acest moment nu se mai simte nimci pe cartilagiul tiroid, nici pe cartilagele traheale, care ar putea să ne facă să bănuim că ele ar fi atinse de o condrită.

Dare de seamă de *Dr. L. Mayersohn.*

*
* *

SOCIETATEA ŞTIINŢELOR MEDICALE
din Oradea

Şedinţa dela 10 Octombrie 1931

Dr. ILIEŞIU TEODOR: **„Proteinoterapie în afecţiunile reumatismale".**

Reumatismul este una din cele mai răspândite boli, care cauzează dureri mari şi de multe ori pun bolnavul în imposibilitatea de a se mişca.

A făcut tratamentul reumatismului articular, cronic (ischias, nevralgii, reumatism poliarticular) şi sub-acut, cu injecţii intramuschiulare de lapte, 5 cmc. După injecţii bolnavul avea temperatură între 38—39°. Injecţiile s'au făcut la 2 zile, în total 5. In cazurile rebele la tratament, după o pauză de 5—6 zile, s'a făcut o altă serie de 5 injecţii cu lapte.

Rezultatul injecţiilor a fost foarte satisfăcător; bolnavul se simte mult mai vioi şi, de unde înaintea injecţiilor nu se putea scula din pat, din cauza durerilor, după 5—6 injecţii se mişcă cu uşurinţă.

Tratamentul acesta a fost aplicat la serviciul de boale interne al Spitalului Judeţean din Oradea, la un mare număr de 56 de bolnavi; în 80% din cazuri, rezultatele au fost satisfăcătoare, în 20% s'au ameliorat mult.

Dr. GERMAN VICTOR: **„Luxaţia scafoidului".**

G. S. de profesiune şofeur, în vârstă de 30 de ani. In toamna anului 1929, încercând să pornească motorul unui automobil, cu ajutorul manivelei, şofeurul, sufere o gravă contuzie a mânei drepte. I se aplică un bandaj ghipsat în cel mai apropiat spital.

După mai multe luni dela accident tumefacţia se menţine, mişcările continuă a rămâne limitate şi dureroase. Consultă mai mulţi medici chirurgi, i se fac şi radiografii şi toţi îi recomandă masaj în mişcări. Făcându-i un examen radiologic, pentru stabilirea despăgubirilor pe care le cerea, autorul constată, că osul semilunar al articulaţiei radiocarpiene drepte este complect luxat, axa lui având o direcţiee paralelă cu a oaselor antebraţului. Celelalte oase ale articulaţiei prezintă uşoară decalcifiere şi contururi mai puţin clare, consecinţe ale contuziei şi inactivităţii.

S'a recomandat bolnavului intervenţie chirurgicală, pentru extirparea semilunarului.

Dr. POP ALEXANDRU: **„Transplantare liberă din fascia lată pentru substituirea durei mater".**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

E vorba de un bolnav de 17 ani, care a fost lovit în cap la 20 Septemvrie 1931, de un cal. Se constată o fractură deschisă a regiunei parieto-frontale dreaptă. După îndepărtarea eschilelor se constată o lipsă a durei mater, pe o întindere cam cât a unei monede de 2 Lei, din lobul frontal drept, cu prolabarea creerului, a cărui suprafață este murdară. După curățirea porțiunei infectate a creerului, se desface dura mater substituindu-se o bucată luată din fascia lată. Se suturează plaga și se pun 2 drenuri. După 3 zile, în care timp temperatura bolnavului se menține 38—39°, iar starea generală rea, se desface plaga și se constată că fascia persistă. După o săptămână bolnavul este afebril, iar după 3 săptămâni plaga se închide complect, iar bolnavul este perfect sănătos, neprezentând nici o turburare de partea sistemului nervos și a creerului.

Dr. MUNTEANU LEONTE: **„Laboratorul și medicul practician".**

Urmărind propagarea noțiunilor clinice și de laborator, necesare unei colaborări cât mai rodnice între laborator și medicii practicieni, autorul anunță un ciclu de conferințe pentru stabilizarea neajunsurilor și greșelilor ce se comit în practică medicală și pentru prezentarea unor metode și cercetări clinice încă prea puțin pătrunse în practica de toate zilele.

Ca început al ciclului anunțat se discută chestiunea analizelor de urină. Se precizează modul de recoltare, de conservare și de prezentare a probelor de urină pentru analize orientative, așa zise „complecte" și a celor cari sunt cerute cu indicațiuni speciale. In continuare se insistă asupra interpretării reacțiunei clinice a urinei. Se precizează deosebirea între aciditate cronică și aciditate aparentă (de titrare). Se explică simbolul și se prezintă o metodă practică pentru o stabilire a p H-lui pe cale colorimetrică și în fine prezintă aparatul Di Gleria pentru stabilirea electrometrică a p H-lui din diferite lichide.

Dr. Glăvan.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

UROFORMINE GOBEY
COMPRIMES 0f50
AMPOULES 2cc & 5cc
ANTISEPSIE GÉNÉRALE
VOIES URINAIRES
VOIES BILIAIRES
MALADIES INFECTIEUSES
GRIPPES ETC...

Agent pour la Roumanie: Mr R. DUNOD
103, Strada Toamnei. — Bucarest

D. — TEZE

TEZE DE DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE DIN CLUJ

No. 544—573 (Oct. 1930—Iulie 1931).

EUGENIA BUMBACESCU-PRISICEANU: **Viaţa şi opera Prof. Gh. Stăneuleanu,** No. 544/1930.

CONSTANTIN GRADINA: **Combaterea accidentelor cardiace şi respiratorii, din cursul rachianesteziei şi narcozei,** No. 545/1930.

GEORGE PURGE: **Determinarea valoarei peroxidazice a sângelui,** No. 546/1930.

BRADY ALBERT: **Consideraţiuni clinice şi statistice asupra prostatitelor blenoragice,** No. 547/1930.

Universitatea Babeş-Bolyai University Library Cluj

NICOLAE A. NEMEŞIU: **Fracturile corpului femurului la copii,** No. 548/930.

MARGARETA GROSU: **Embolii post-operatorii,** No. 550/1931.

LIVIU STUPARIU: **Auroterapia în tratamentul lupusului eritematos,** No. 551/1931.

EUGEN NUŢIU:: **Consideraţiuni asupra pleureziilor purulente,** No. 552/1931.

MARIA CAPITAN BERONIADE BELBA: **Studiu comparativ asupra metodelor de distrugere a organelor în vederea descoperirei combinaţiunilor chimice minerale, în cercetările toxicologice,** No. 553/1931.

DEGAN V. EMILIU: **Calcemia în stare normală şi în stare patologică,** No. 554/1931.

IULIU DICU: **Hematomul spontan al orbitei (endotelita hemoragică orbitară),** No. 555/1931.

NICOLAE DRAGOMIR: **Viaţa şi opera Prof. Dr. N. Manolescu,** No. 556/1931.

IENEI CAROL: **Sclerodermia,** No. 557/1931.

VICTOR GIURGIU: **Verificarea morţii în arsurile pielei, studiu medico-legal,** No. 558/1931.

IANA ILIE: **Efectul lactagog şi eutrofic, direct şi indirect, al actinoterapiei, asupra femeilor cari alăptează şi a copiilor lor în colectivitate,** No. 559/1931.

CORNEL D. IVAN: **Rezecţiile paleative tip Finsterer în ulcerul gastro-duodenal**, No. 560/1931.

TEODOR VIDICAN: **Frecvenţa tuberculozei la copii în Cluj**, No. 563/1931.

VULCU PETRU: **Chiste congenitale orbitare de origină etmoidală**, No. 564/1931.

AUREL PETRI: **Accidentele oculare Röntgeniene**, No. 566/1931.

LIUBEN SEMO DOBREF: **Principii generale de Röntgenterapie în tumorile uterine**, No. 567/1931.

HORIA POPA: **Consideraţiuni anatomo-clinice asupra hipertrofiei timice şi stării timico-limfatice la copii**, No. 568/1931.

MIHAILAŞ ARTENE: **Contribuţiuni la studiul retinitei gravidice**, No. 569/1931

PETRU MUNTEAN: **Contribuţiuni la studiul tuberculozei gastrice**, No. 570/1931.

CORNEL LUNGU: **Toracoplastiile**, No. 571/1931.

RADULESCU S. TEODOR: **Contribuţiuni la studiul cancerului metastatic al coroidei**, No. 573/1931.

OPOTHERAPIA ASOCIATĂ

PANGLANDINE

BCU Iași / Central University Library

COUTURIEUX

EXTRACT GLANDULAR TOTAL

în capsule keratinisate.

Indicaţiuni: *Mixoedemul, infantilismul, acromegalia, gigantismul,* la copii.— *Obezitate, turburări gastro-intestinale, circulatoare, nervoase, exoftalmie gută, maladia lui Adison, turburări hypofisare, ovariene, senilitate precoce,* la adulţi.

LABORATOIRES CH. COUTURIEUX, PARIS

18, Avenue Hoche.

Literatură şi eşantioane medicale:

J. E. BUCUR - BUCUREŞTI 4

Strada Mecet No. 8.

IV.

DIVERSE — INFORMAŢIUNI

Concepţiunile Italiei moderne în construcţiile de sanatorii

Articolul la care ne referim, publicat de Dr. M. A. Cayrel în „Paris Médical", este o dare de seamă asupra conferinţei ţinute de *Prof. Morelli*, care este presidentul Casei Naţionale de Asigurare împotriva tuberculozei şi care conduce acţiunea antituberculoasă în Italia.

Opera întreprinsă de statul Italian tinde la crearea până în 1934, de sanatorii cu o capacitate totală de 20.000 de paturi, 500 milioane lire au fost puse de stat la dispoziţia casei naţionale.

Concepţia adoptată a fost crearea de sanatorii de câmpie şi sanatorii de munte.

In sanatoriile de câmpie, câte unul de provincie, se primesc incurabilii. Sunt situate în apropierea podurilor de cale ferată, iar locul este ales de acord cu autorităţile provinciale în aşa fel ca la un moment dat, când nu va mai fi nevoe de el pentru tuberculoşi să poată fi transformat în spital, azil sau orice altă folosinţă a asistenţei sociale.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Sanatoriile sunt construite în mai multe etaje şi sunt elegant amenajate după ultima expresie a tehnicei moderne, primind la un loc bărbaţi şi femei, despărţiţi în interiorul instituţiei. Arhitectura sanatoriului respectă stilul provinciei astfel ca bolnavul să se simtă în sanatoriu ca într'o familie.

Sanatoriile de munte sunt tot astfel construite, cu o capacitate de 1500—2000 paturi unul pentru 2—3 provincii şi primesc numai bolnavi la începutul maladiei. Aceaşi organizare perfectă.

Interesantă este opera post-sanatorială. Bolnavii eşiţi din sanatorii sunt organizaţi în colonii de lucru, din cari es cu câştig şi ei şi sanatoriul.

* * *

Vizita conferenţiarilor şi docenţilor din Bucureşti la facultatea de medicină din Cluj şi Iaşi

In scopul de a lega relaţiuni mai strânse între corpul didactic al celor trei facultăţi de medicină, un grup de conferenţiari şi docenţi din Bucureşti, au vizitat în zilele de 25 şi 26 Octombrie facultatea de medicină din Cluj.

La gară li s'a făcut o frumoasă primire la care au luat parte, pe lângă conferenţiari şi docenţii din Cluj, d-nii profesori Iacobovici Papilian şi Ţeposu.

Intregul grup a asistat la şedinţa solemnă a deschiderii cursurilor universitare care s'a făcut Duminică 25 Oct. orele 11 dimineaţa.

D-l rector **Iuliu Haţieganu** a făcut un expozeu amănunţit şi documentat asupra activităţii universitare în ultimul an.

D-sa arată rolul important pe care-l are Universitatea din Cluj pe terenul ştiinţific, pe cel cultural şi naţional.

Noul rector d-l prof. **Drăgan,** vorbeşte apoi despre primii studenţi români în străinătate, schiţând rolul pe care ei l'au avut la revenirea lor în ţară.

La ora 1 a avut loc o masă colegială în onoarea medicilor bucureşteni la care au luat parte d-nii profesori Iacobovici, Haţieganu, Papilian, Ţeposu, Goia şi toţi docenţii şi conferenţiarii dela Cluj.

D-l Prof. **Papilian,** pro-decan, urează bun venit medicilor dela Bucureşti şi arată cât de necesare sunt legăturile strânse cari se fac prin aceste vizite reciproce, menite să creeze o solidaritate strânsă între membrii corpului didactic de pretutindeni.

D-l Conf. **P. Tomescu,** mulţumeşte pentru primirea cordială ce s'a făcut grupului dela Bucureşti şi arată scopurile urmărite prin această vizită.

In primul rând am voit să aducem un omagiu Facultăţei de Medicină din Cluj, care în ştiinţă a adus o importantă contribuţie şi în practică a creiat o serie de elevi străluciţi.

In al doilea rând am voit să vedem pe distinşii profesorir dela Cluj în ambianţa lor ştiinţifică şi în mijlocul elevilor lor. Solidarizarea colegială a tuturor celor cari lucrează în cele trei Facultăţi de Medicină, în calitate de docenţi şi conferenţiari, a fost al treilea scop urmărit prin această vizită.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-rul Tomescu închee, ridicând toastul său în onoarea d-lor profesori Iacobovici, Haţieganu şi Papilian.

D-l docent Dr. **Bologa,** arată satisfacţia medicilor dela Cluj pentru legarea unor relaţiuni mai strânse cu colegii lor dela Bucureşti, colaborare utilă în primul rând şcoalei căreia îi servim cu toţii.

După amiază s'a vizitat grădina botanică. Institutul Pasteur, Biblioteca Universităţei, etc.

A II-a zi dim. s'au vizitat clinicele chirurgicală şi medicală. D-nii profesori **Iacobovici** şi **Haţieganu** au dat explicaţiuni ample asupra orrganizării clinicelor, asupra metodelor ştiinţifice utilizate şi asupra problemelor ce se studiază în prezent în clinici.

In grupe mai mici, pe specialităţi s'au vizitat apoi clinicele de obstetrică (prof. Grigoriu), de psihiatrie (prof. Urechia), de neurologie (prof. Minca, institutul de anatomie (prof. Papilian), etc.

La ora 12 s'a ţinut o şedinţă a docenţilor şi conferenţiarilor sub preşidenţia d-lui Dr. Bologa.

După discuţiuni la cari au luat parte d-nii d-ri **Marius Georgescu, Pavel, Crăciun, Trifu, Kernbach, Gavrilă, Popovici,** etc., s'au decis următoarele:

1) Să se constituie o asociaţie a docenţilor şi conferenţiarilor din Cluj.

2) Să se facă o mişcare de solidarizare a docenţilor şi conferenţiarilor dela cele trei facultăţi de medicină din ţară.

3) Să se ţină în Noembrie un congres la Bucureşti care să fie o mani-

festaţiune ştiinţifică a docenţilor şi conferenţiarilor facultăţilor de medicină din ţară.

După amiază s'a vizitat oraşul cu muzeele şi monumentele lui de artă, iar seara medicii din Bucureşti au părăsit oraşul.

* * *

Din Regulamentul Colegiului Farmaceutic din România *)

Se publică partea referitoare la

Scopul şi atribuţiunile lui:

Art. 1. — Potrivit art. 400 din legea sanitară şi de ocrotire, se întocmeşte regulamentul de faţă al Colegiului farmaceutic, creiat prin art. 399 din acea lege.

Art. 2. — Sediul Colegiului farmaceutic este în Bucureşti.

Art. 3. — Colegiul farmaceutic are de scop:

1. Să se controleze practica profesiunei de farmacist.

2. Să se vegheze la păstrarea prestigiului corpului farmaceutic.

3. Să se vegheze din punct de vedere profesional activitatea întregului personal farmaceutic.

4. Să se intervină şi să soluţioneze orice incident survenit între personalul farmaceutic din exercitarea profesiunii de farmacist.

5. Să vegheze la aplicarea regulamentelor şi dispoziţiunilor relative la orele de muncă a personalului şi orelor de deschidere şi închidere a farmaciilor, semnalând abaterile săvârşite, organelor competinte.

6. Să vegheze asupra ţinutei şi disciplinii diferitelor grade de ierarhie profesională în corpul farmaceutic din timpul serviciului.

Biblioteca Universitară "Iuliu Haţieganu" Library Cluj

7. Să stabilească condiţiunile de acceptare şi de concediere a personalului ajutător.

8. Să stabilească un minimum de salariu lunar al personalului ajutător, ţinându-se seamă de gradele ierarhiei profesionale.

9. Să se stabilească rotaţia furniturilor între farmaciile aceleiaş comune sau judeţ, conform dispoziţiunilor legii.

10. Să controleze şi să raporteze organelor în drept aplicarea taxei medicamentelor în farmacie.

11. Să se sesizeze comisia chimico-farmaceutică la apariţia nouilor medicamente şi să stabilească preţul materialelor sanitare prevăzute în taxă la cursul pieţii din trei în trei luni.

12. Să controleze şi să raporteze organelor în drept practica ilicită a profesiunii de farmacist.

13. Să stabilească indexul medicamentelor şi articolelor ce se pot depozita şi vinde în farmacii, în afară de cele prevăzute în taxa medicamentelor şi farmacopeea-română.

14. Să întocmească regulamentul interior al farmaciilor.

15. Să îndrumeze, prin organele sale de conducere şi control, exerciţiul şi exercitarea profesiunei de farmacist.

16. Să propună adunarea de fonduri în scop ştiinţific şi umanitar.

17. Să facă propuneri asupra programului de studii din învăţământul practic al farmaciei şi acel superior universitar.

---

1) Publicat în „Monitorul Oficial" No. 89 din 18 Aprilie 1931, pag. 3757.

18. Să fondeze burse pentru specializarea în ştiinţa farmaceutică.

19. Să susţină internate pentru studenţii în farmacie şi azile pentru farmaciştii bătrâni, invalizi şi infirmi.

20. Să creeze în măsura posibilităţii, un fond de pensii pentru farmaciști şi familiile lor.

21. Să întocmească un tablou de experţi farmaciști, pentru instanţele de judecată şi consiliile de arbitri.

22. Să încadreze activitatea profesională a întregului personal farmaceutic, în sfera de influenţa a colegiului farmaceutic.

23. Să hotărască asupra oportunităţii convocării adunărilor extraordinare şi asupra ordinei de zi a acestor adunări.

24. Să fixeze cotizaţiile membrilor din colegiu pe categorii, după situaţia materială.

25. Să dispună de întrebuinţarea fondurilor adunate de colegiul farmaceutic.

26. Să întocmească şi să ţină în curent listele de membrii colegiului.

27. Să acţioneze neîntrerupt şi unitar, pe toate căile îngăduite de legile şi regulamentele statului, pentru a promova şi înălţa instituţiunea Farmaciei Române.

* * *

Polemici în jurul procesului din Lübeck: „Le Siècle Medical" publică dări de seamă asupra polemicilor, ce s'au ivit în jurul procesului din Lübeck, precum şi asupra stadiului, la care au ajuns desbaterile. Astfel semnalează apariţia unei cărţi care poartă titlul de **„Anti-Calmette"** scrise de doctorii Kroener şi Noack şi care reuneşte toate afirmaţiile împotriva metodei Calmette. De altă parte doctorul Friedmann, îşi trâmbiţează metoda sa de vaccinare antituberculoasă, asupra căreia Institutul Pasteur s'a pronunţat complect defavorabil într'un raport, pe care-l publicăm într'o notă în acest număr. D-rul Friedmann a publicat cu ocazia acestui proces un volum intitulat **„Die Besiegte Tuberkulose"** în care afirmă că vaccinul său de broască ţestoasă dela care s-a inspirat Calmette, a învins tuberculoza, afirmaţie pe care nici unul din importantele foruri ştiinţifice mondiale nu a confirmat-o. Totuşi propaganda doctorului Friedmann caută să profite de procesul din Lübeck afirmând că ostracizarea remediului său se datoreşte... capitalismului medical, care merge solidar cu capitalismul răsboinic sau alcoolic. Acest capitalism medical ar fi îndepărtat vaccinul Friedmann şi ar fi adus spre întrebuinţare vaccinul Calmette, care ar fi „o eroare".

S'au găsit oameni de ştiinţă printre cari profesorul Lennhoff, cari au judecat cu asprimea cuvenită asemenea atitudini, ca cea a doctorului Friedmann.

Alături de această carte, o altă publicaţie de o violenţă extremă, intitulată **„Dansul Macabru din Lübeck"** a doctorului Moses, scrisă fără cel mai elementar spirit obiectiv şi ştiinţific, transformând o chestiune ştiinţifică într'o armă demagogică, aţâţă şi mai mult spiritele agitate şi aşa îndeajuns.

Insuşi autorul a recunoscut în urmă că ar fi scris cartea sub imperiul indignării. Recunoaştere tardivă, fiindcă primul efect al acestei campanii a fost că populaţia refuză orice altă vaccinare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In acest timp procesul din Lübeck se continuă monoton.

S'a mai aflat din depoziţiile martorilor că vaccinul s'a administrat fără să se spună părinţilor adevărul; că s'a ascuns primele manifestări ale infecţiunii tuberculoase constatate la copiii, cărora li se dase aşa zisul vaccin Calmette şi că Profesorul Lange a găsit modificări făcute ulterior în foile de observaţie ale spitalului de copii din Lübeck.

Ceace este mai important, şi incidentul pare să fie nodul chestiunei, este cererea părţii civile **ca acuzaţia de a se fi administrat un amestec făcut intenţionat din bacili virulenţi şi B. C. G. să fie adusă faţiş profesorului Deyke,** cea ce Prof. Calmette într'o scrisoare particulară, dar care a fost cetită la proces, refuză a crede ca fiind „o monstruositate".

Procesul din Lübeck va mai rămâne încă multă vreme — ori cari ar fi fost cauza nenorocirilor întâmplate — ca un tablou trist al patimei medicale. Fiindcă azi este probată fără posibilităţi de apel inocuitatea vaccinului Calmette-Guérin.

* * *

Conferinţe preparatorii pentru internat: Din iniţiativa d-lui Prof. Dr. Bălăcescu, decanul facultăţii de Medicină din Bucureşti, s'au ţinut de către Conferenţiarii Facultăţii de Medicină o serie de **conferinţe preparatorii pentru internat.** Organizarea conferinţelor a fost încredinţată d-lui Conf. Dr. Dumitrescu-Mante.

Au conferenţiat d-nii D-ri Alexandrescu-Dersca, Banciu, Băltăceanu, Crăciuneanu, Dumitrescu Mante, Litarczek, Mihăilescu, Pavel, Paulian, Popper, Saragea, Simici, Tomescu şi Ţeţu.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Aceste conferinţe vor fi reluate în cursul lunei Ianuarie.

* * *

D-l Dr. Valeriu Bologa a fost numit în urma concursului ţinut, *profesor-agregat la catedra de istorie a medicinei,* vacantă prin retragerea profesorului Guiart dela Facultatea de medicină din Cluj.

* * *

Conferinţe asupra problemelor de actualitate medicală: Un ciclu de conferinţe asupra problemelor de actualitate medicală a fost organizat de **Asociaţia Internilor de spitale din Bucureşti.** Au conferenţiat: D-nii Prof. Dr. C. Bacaloglu, Conf. Radovici, Dr. V. Săvescu, Prof. Dr. Ionescu Mihăeşti, Conf. Litarczek şi Prof. Dr. Fr. Rainer.

* * *

D-l Prof. Dr. Lalu a preluat *Catedra de Fiziologie la Facultatea de medicină din Bucureşti,* în locul regretatului Profesor N. Paulescu.

* * *

Comemorarea Prof. N. Paulescu: Societatea Studenţilor în Medicină a organizat în seara zilei de 17 Oct. o şedinţă pentru comemorarea Prof. N. N. Paulescu. Au participat la această pioasă comemorare Profesorii Facultăţii de Medicină, reprezentanţii bisericei, ai armatei, ai corpului technic, ai societăţii medicale, şi ai argonizaţiilor studenţeşti.

* * *

Impunerile fiscale ale medicilor: Asociaţiile liberilor profesionişti, printre care Asociaţia G-rală a Medicilor din România, au desvoltat în ultimul timp o intensă activitate pentru scăderea impunerilor actuale. In acest scop au înaintat Ministerului de Finanţe un memoriu pe care-l publică „România Medicală" în No. 24/1931, pag. 332, în care se cere în principiu scăderea cotelor impozabile şi ţinerea în socoteală a cheltuelilor ocazionate cu exercitarea profesiunei, cari depăşesc cu mult o treime din venitul declarat brut.

* * *

D-l Prof. Dr. Hortolomei, directorul Clinicei boalelor urinare la Facultatea de medicină din Bucureşti şi-a ţinut *prima lecţie de deschidere* în prezenţa d-lui Prof. Dr. Cantacuzino, Prof. Dr. Bălăcescu, precum şi a unui numeros auditoriu de medici şi studenţi.

* * *

Acelaş grup de conferenţiari şi docenţi ai Facultăţii de medicină din Bucureşti, cari au vizitat Clujul, au făcut a doua *excursie, la Iaşi,* pentru strângerea tutulor legăturilor inter-universitare româneşti şi pentru cunoaşterea clinicelor şi laboratorilor Facultăţii sale de medicină.

* * *

Un curs de perfecţionare în ginecologie a început în ziua de 2 Dec. sub direcţia *D-lui Prof. Dr. Daniel* şi cu colaborarea Conferenţiarilor Clinicei ginecologice.

Cursul va continua în fiecare dimineaţă dela 8½—12 până la 1 Martie 1932.

* * *

Săptămâna Cancerului, organizată de societatea de anatomie şi pentru studiul cancerului, s'a desfăşurat după un program bogat şi instructiv, în aula Fundaţiei Universitare Carol I. Au conferenţiat: D-nii Prof. Dr. Gerotă, Prof. Dr. Angelescu, Prof. Dr. Daniel, Conf. Dr. Babeş, Doc. Dr. I. Iovin.

* * *

Limitarea numărului studenţilor la Fac. de Medicină din Bucureşti: D-l Prof. Dr. Bălăcescu, decanul Facultăţii de Medicină din Bucureşti, a făcut o serie de declaraţiuni în legătură cu limitarea numărului celor înscrişi la această Facultate de Medicină. D-sa arată cum lipsa de săli de disecţie şi imposibilitatea de a da cu actualele mijloace o instrucţie suficientă la mai mult de 100 de studenţi, a dus la limitarea numărului celor înscrişi. Mai arată toate stăruinţele ce a pus pentru a curma acest rău „pentru-ca spectacolul trist şi absurd al respingerii atâtor tineri" să nu mai dăinuiască.

Inscrieri supranumerare s'au admis numai pentru studenţii şi studentele fii sau fiice de medici.

* * *

Proces între un sindicat de medici şi un sindicat de farmacişti a avut loc la Mayenne. Motivul procesului a fost o notă a sindicatului farmaciştilor înserată într'o gazetă locală, în care farmaciştii anunţau că au dreptul să execute toate analizele de laborator şi să furnizeze toate medicamentele ordonate de medici.

Mai atrăgeau atenţia bolnavilor să nu admită să li se indice un anume farmacist sau să lase pe medic să preia asupra sa executarea analizelor.

Sindicatul medicilor s'a sesizat de acest comunicat chemând în judecată sindicatul farmaciştilor şi cerând daune-interese. Tribunalul a obligat sindicatul farmaciştilor să plătească daune 1000 frcs.

Dreptatea se pare totuşi că era de partea farmaciştilor.

* * *

Profesorul Castaigne, directorul Şcoalei de Medicină din Clermont-Ferrand şi directorul revistei „Journal médical français", *a fost sărbătorit* de amici şi admiratori cu ocazia a 25 ani de profesorat. Preşedinţia solemnităţii au avut-o Prof. Chauffard şi Achard.

S'a oferit Profesorului Castaigne o medalie şi o carte jubiliară.

* * *

Şcoala de Medicină dela Clermont-Ferrand şi-a reinceput activitatea la 14 Noembrie. La solemnitatea începerii cursurilor Prof. Castaigne, directorul şcoalei, a arătat îmbunătăţirile ce s'au adus învăţământului, precum şi avantajul studenţilor de a avea în acelaş loc, la Hotel Dieu, adunate toate materiile programului: cursuri, conferinţe, lucrări practice, servicii spitaliceşti.

Profesorul Castaigne a anunţat înfiinţarea unui institut de medicină socială precum şi crearea unui curs de legislaţie medicală.

Şcoala de Medicină din Clermont-Ferrand are 144 studenţi în medicină, 88 în farmacie, 6 în hidrologie şi 41 eleve la şcoala de moaşe.

* * *

Profesori titulari cu titlu personal: Ministrul francez al Instrucţiunei publice într'un raport, pe care l-a prezentat preşedintelui Republicei, propune înfiinţarea unei noi categorii de profesori fără catedră (cu titlu personal) Consiliul superior al Instrucţiunii a dat următorul decret:

Art. 1. — Se institue în facultăţi funcţia de profesori titulari cu titlul personal atribuită în condiţiile următoare:

Candidaţii vor trebui să fie doctori în medicină, în vârstă de cel puţin 30 ani, să fi predat cel puţin doi ani la o facultate, să fie conferenţiar titular sau profesor agregat numit fără limită de timp.

Numirile sunt făcute prin decret de propunerea Ministerului Instrucţiunii publice.

Vacanţele se complectează de consiliul facultăţilor şi de consiliul consultativ al învăţământului superior public şi după prezentarea prin consiliul superior al instrucţiunii publice a unui număr de candidaţi dublu cât numărul locurilor de complectat.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Titularii noilor posturi sunt numiţi direct fără propuneri sau prezentări.

Art. 2. — Cererile de mutare dela o facultate la alta sunt supuse avizului consiliului facultăţii interesate şi secţiunii permanente.

Sunt deasemenea supuse avizului consiliului facultăţilor interesate şi ale secţiunii permanente cererile de transferare a acestor titulari, la o catedră, sau în aceaşi facultate sau în alta.

Art. 3. — Titularii numiţi la executarea prezentului regulament au aceleaşi drepturi, se bucură de aceleaşi prerogative şi au aceleaşi obligaţii de serviciu ca şi titularii catedrelor.

* * *

Vaccinul antituberculos al lui Friedman: Experienţe făcute recent în Institutul Pasteur au demonstrat ineficacitatea vaccinului antituberculos a lui Friedmann. Sub acest titlu s'a dat un comunicat presei. Se ştie că D-rul Friedmann în 1901 afirmase că bacilii de broască ţestoasă vindecă tuberculoza experimentală la cobai sau tuberculoza spontană la bovidee.

In ultimul timp se afirma chiar eficacitatea vaccinului Friedmann la om.

Institutul Pasteur a studiat această chestiune; rezultatele obţinute sunt publicate de Dr. A. Saenz în Analele Institutului Pasteur. Concluziile cercetărilor întreprinse sunt:

Proprietăţile curative ale vaccinului Friedmann sunt nule.

„Se poate afirma că inocularea unei doze unice sau doze repetate de „vaccin" constituit prin suspensiunea bacililor de broască nu poate în nici un chip să premunizeze pe om, nici animalele receptive împotriva unei infecţii bacilare virulente, oricât de slabă ar fi această virulenţă, şi nici nu poate să modifice în sens favorabil cursul unei tuberculoze în evoluţie".

Digitized by Biblioteca Universitatea "Lucian Blaga" din Sibiu

PRIN EUROPA MEDICALA ŞI CLIMATERICA

Note de drum

O călătorie de ordin ştiinţific este întotdeauna plină de învăţăminte şi impresiunile culese merită a fi consemnate.

Aceste „note de drum" cari se aştern din fugă, sau „Insemnări de popasuri" când sunt făcute mai pe îndelete, profită şi celui care le scrie şi celuia care le citeşte.

Unuia, îi fixează definitiv impresiunile şi-l silesc a da un contur precis notei informative.

Celuilalt îi înfăţişează un document cules la faţa locului, fără nici-o trudă, perdere de timp şi cheltuială de bani din partea sa.

Pe cel care călătoreşte cu curiozitatea trează, pe acela drumul nu-l oboseşte, iar schimbarea îi delectează spiritul; cu ochii minţei larg deschişi el înregistrează multe filme în spaţiu de timp restrâns; iar cu felul lui de viaţă standard de-acasă mai reuşeşte să vadă multe cu bani puţini.

Dealtfel numai intelectualul necesitos cunoaşte secretul şi farmecul călătoriilor puţin costisitoare.

Dar la nevoe el ştie să facă şi sacrificii pentru a-şi putea aranja o călătorie; pentru-că în continuă învăţătură el cunoaşte avantajul acestor lecţii naturale de împrospătare a cunoştinţelor.

Cel ce se ţine mereu în ograda sa, sau în cercul vechilor sale cunoştinţe, vede pe zi ce trece cum i se îngustează orizontul, — mai trist când nu bagă de seamă; — iar ceilalţi nu vor întârzia a observa că el sau instituţia, ce reprezintă, rămâne pe loc, în timp ce lumea înaintează vertiginos în jurul lui.

Sau încă: precum maşina uzată capătă o bătae la motor sau direcţia nu se mai adaptează la necesităţile drumului şi o cam ia într-o parte; tot astfel profesionistul rutinat — mai cu seamă când este medic — se unilateralizează şi devine prizonierul unei singure păreri sau adeptul unei aceleaşi metode.

Caşi maşina uzată, profesionistul rutinat perde facultatea de adaptare.

Continuarea studiilor în străinătate a acelora cari şi-au terminat facultatea în ţara lor, întru aceasta le este profitabilă, întrucât fac cunoştinţă cu alte metode şi cu alte idei.

Dar scurte reveniri la matcă din timp în timp li sunt necesare pentru o reînoire a cunoştinţelor.

Altfel titlul „diplomei din străinătate" sau al „specializării" cu care se întorc, poartă în el ceva dintr'un snobism sau plaisir-ism medical străin, care nu mai impresionează pe cei rămaşi în ţară.

Pentru a mă preserva de pericolele unei eventuale ankilozări, personal am luat obiceiul a face la intervale câte o călătorie din acestea de curiozitate ştiinţifică.

Tot astfel cetesc cu nespus interes toate notele de drum medical ale altora.

Dând publicaţiei însemnările de mai la vale, nu fac decât să-i imit pe aceştia; întruatât poate deosebindu-mă de ei, când caut să pun în paralelă cele constatate aiurea cu cele dela noi.

Acesta este poate şi mobilul mai însemnat al călătoriei acesteia recente de 50 zile, care a început cu vizitarea câtorva instituţiuni spitaliceşti din Temişoara şi a continuat la policlinica Ronzoni din Milano, la celebrele Clinica medica generale cu Policlinica del Lavoro şi Institute Biologico Ortogenitico de sub direcţia Prof. Pende dela Genua, clinica de copii a lui Olsnitz dela Nissa, Vichy-ul cu lanţul de staţiuni celebre din jurul lui, câte-va servicii reputate dela Paris cu colţul medical al fiecărui pavilion străin dela expoziţia sa colonială, Lausane cu clinicele ei, Leysin-ul cu Sanatoriile lui celebre. Evianul cu pitorescul paysagiului adăogat la apele lui reputate.

Imprejurări neprielnice au tăiat din programul proectat cele câte-va zile destinate spitalelor Londrei şi vizitării Karlsbadului cu împrejurimile sale.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dar este un avantaj ca o călătorie de vizitare să nu se prelungească, pentru că dela o vreme simţurile încordate şi obosite perd puterea de percepţiune a nuanţelor şi a diferenţierilor şi rămân a se exercita numai asupra caracterelor generale, cari peste tot rămân aceeaşi.

Este preferabil deci ca o atare călătorie să-şi limiteze câmpul; caşi cele de anume investigaţie ştiinţifică ea va câştiga în adâncime.

Temişoara, 11 Septembre.

O pornire greşită la drum şi popasul de câte-va ore seara la Temişoara dintre 2 trenuri se prelungeşte până a doua zi la prânz.

Intâmplare fericită, care mi-a prilejuit cunoaşterea organizaţiei spitaliceşti a acestui oraş dinspre frontieră.

Prin spitalele sale, în care toate secţiile de specialitate sunt reprezentate, Temişoara face o transiţie mai puţin bruscă spre Occident.

Specializarea serviciilor de spital, care la noi se afirmă numai în centrele universitare şi întrucâtva în capitalele mari de judeţe, se diluiază în restul oraşelor până ce se perde cu totul în cele mici.

La Temişoara pentru orice specialitate se găseşte serviciu anume într'un spital.

Craiova — capitala Olteniei, centrul românismului, care nutreşte veleităţi de a deveni cândva Cetate Universitară, să ia exem-

plu; să nu întârzie cu reorganizarea spitalelor sale.

Odată puse bazele acestei organizări în mare, la Temişoara am constatat acum tendinţa de a se desăvârşi opera începută prin luarea în considerare a chestiunilor de amănunt.

In cele câte-va ore, de cari am dispus, am putut vizita:

Sanatoriul Park, o instituţie medicală particulară amenajată cu tot confortul necesar unei bune asistenţe a bolnavilor, în special a celor tributari chirurgiei şi maternităţii.

Sanatoriul este condus de Dr. L. Gabor.

In al 8-lea an de existenţă, clădirea a fost de curând renovată şi oferă astfel cu aspectul atrăgător al unui lăcaş de locuit înconjurat de parcuri şi verdeaţă avantajul unei **Case de sănătate** amenajată pentru a corespunde în totul scopului său: intrare stilată cu plăci de marmoră, cancelarie administrativă de o parte, salon de aşteptare de alta, cabinet de examinare şi pentru primele ajutoare, sală de operaţie, laborator propriu pe cale de organizare, instalaţie de raze condusă de specialist radiolog, D-l Dr. Suciu; săli de hidroterapie în subsol cu instalaţie pentru încălzirea nămolului de Pystian; la etaj camere pentru bolnavi cu capacitate până la 30—40 paturi, în uleĭ, cu mobilă albă ripolinată, pline de aer, soare şi lumină; în dos curte mică care se va amenaja în grădiniţă pentru recreaţie.

In scurt, Sanatoriul Park reprezintă o cochetă şi simpatică Casă de sănătate, care oferă cu siguranţa unei asistenţe medicale desăvârşite confortul modern al sanatoriilor mari din străinătate.

SCUBB Cluj / Central University Library Cluj

Prezenţa unui medic de serviciu permanent, D-l Dr. Silaghy, complectează organizarea lui.

Spitalul de copii se află în imediată vecinătate.

Capacitate totală 60 paturi; 2 secţii, chirurgicală şi medicală, fiecare cu medic primar şi medic secundar, dar contopite adică în saloane stau alături bolnavii de boale interne şi chirurgicale; numai pentru sugaci este amenajat un salon special.

Inovaţia aceasta fericită, a amestecării bolnavilor, pe care aveam să o regăsesc în mare la măreaţa policlinică Ronzoni de la Milano, se datoreşte înţelegerii între ei a medicilor primari dela acel spital, D-nii D-ri Rusu şi Corcan; şi pentru că fiecare în parte a mai înţeles că boalele nu trebue să despartă pe specialişti; ele din contră contribuind să-i apropie printr'o complectare reciprocă pentru o solicitare în comun faţă de bolnav*).

Odată mai mult când pe medici, oameni cu susceptibilităţi personale excesive, îi apropie concepţiile de ordin ştiinţific şi interesul

*) Minunea aceasta pentru ţara românească, în care noi încă mai avem *spitale mixte* cu *medic mic* pentru tot felul de boale se înţelege când vom afla că D-l Dr. Rusu este un eminent practician cu procedee operatorii şi aparate de ortopedie personale, iar D-l Dr. Corcan, fost până în timpul din urmă şef de clinică la Strasbourg în chiar vara aceasta a prezentat la *Congresul al VII al pediatrilor de limba franceză* ţinut la Strasburg raportul ştiinţific: *Studii experimentale asupra febrei alimentare şi aplicarea lor în clinică.*

ce trebue să poarte bolnavilor; odată mai mult când comunitatea de idei asigură şi pe cea de sentimente.

Clădirea, la o parte de aglomeraţiile de oameni şi case, are 2 etaje; la intrare în faţă o sală mare comună, din care în dreapta şi în stânga se deschid camere pentru consultaţiile gratuite (ambulanţa, cum li se zice în Ardeal); la dreapta cum intri pentru boalele chirurgicale, la stânga pentru cele interne.

Consultaţiile sunt date de chiar medicul primar asistat de personalul său ajutător.

O constatare iarăşi îmbucurătoare, care va părea stranie multor medici primari de la noi, dar nu din străinătate, cari se desinteresează complect de aceste consultaţii gratuite, atât de folositoare şi lor din punct de vedere ştiinţific dar mai ales atât de înălţătoare din punct de vedere filantropic pentru bolnavi şi atât de bun exemplu dătătoare pentru personalul spitalicesc.

Fiecare serviciu de spital ar trebui să-şi organizeze pe lângă el Consultaţiile gratuite, cari să servească şi de admitere în spital.

Un aparat de raze pe cale de organizare pe lângă aceste săli de ambulanţă denunţă o altă inovaţie fericită, prin care acest minunat mijloc de investigaţie se pune direct la îndemâna şi a publicului.

In orice spital cu mai multe servicii instalaţia de raze trebueşte astfel situată încât să aibă acces uşor tutulor bolnavilor din spital, publicului din afară şi să păstreze contactul cel mai apropiat cu pământul.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Sunt lucruri elementare, de cari totuşi nu se ţine peste tot seama.

In câteva săli de jos şi în tot etajul de sus saloane pentru bolnavi, cu până la 60 paturi; paturile înalte şi scurte ca pentru copii, cu picioarele cu rotiţe pentru transportare uşoară, cu rotiţele pe căpăcele de porţelan ca să nu se strice pardoseala.

Intr'un salon aparte 8 bolnavi de paralizie infantilă.

Peste tot ordine şi curăţenie desăvârşită, ca de fie-care zi.

Comparaţia cu alte spitale scotea cu atât mai uşor în evidenţă buna conducere a acestui spital de copii, pentru care nu pot avea decât cuvinte de laudă.

Ca boale am remarcat în treacăt numărul mare de apendicite grave operate (constatare ce aveam să fac şi în serviciul de chirurgie al d-lui Dr. Cândea), un caz de peritonită pneumococică, pe a cărei abscedare ombilicală o preferă d-l Dr. Rusu, negrăbindu-se cu o intervenţie chirurgicală inoportună în curs de fenomene septicemice *).

---

*) *D-l Dr. Rusu* pune bază mare pe apariţia *herpesului labial* ca semn precoce şi ferm pentru diagnosticarea peritonitei preumococice.

Pentru control D-sa recurge la puncţii exploratrice şi nu se grăbeşte a opera înainte ca să se fi potolit fenomenele acute septicemice, sub dependenţa cărora se află peritonita ca şi herpesul, şi pe cât situaţia permite, aşteaptă definitiva localizare cu abscedare.

Intr'o lucrare recentă de valoare intitulată *Douze cas de péritonites à pneumocoques observés chez les enfants* publicată de *Prof. P. Lombard, F. Logrot* şi *S. Planty* în revista *L'Algérie médicale No. 44 | 1931* şi în care cu redarea câtorva observaţiuni se face o expunere detaliată a formelor clinice a acestei afecţiuni, nu se menţionează nicăeri prezenţa herpesului, care a putut astfel trece neobservat de autori.

Acest semn merită să i se dea o mai largă publicitate.

Am de semnalat încă un foarte practic aparat ortopedic pentru extensiune în fracturile humerului precum şi un altul cu gamba suspendată în aer pentru fractura femurului la copii mici, aparat care menţine descoperite fessele copilului şi înlesneşte astfel îngrijirea lor.

Spitalul de stat este constituit din 3 aşezăminte distincte, la distanţă unul de altul, dar puse sub o direcţie comună: a) Vechiul spital, situat în centrul oraşului; b) Sanatoriul Bega; c) Spitalul de contagioşi, situat înafară de oraş.

Vechiul spital de stat cuprinde 3 servicii: serviciul dermato-veneric. cu 90 paturi, condus de d-l Dr. Neagoe; serviciul medical cu 70 paturi. condus de d-l Dr. Miletici şi serviciul de ochi, cu 50 paturi, condus de d-l Dr. Por.

Toate aceste servicii se află cuprinse într'o clădire veche, care datează de pe timpul Mariei Tereza.

Pe timpuri a locuit în ea un Paşe şi parte din camerile întunecate şi cu ferestre mici, în care îşi ţinea el femeile, se păstrează încă; unele din ele servesc în prezent ca saloane pentru bolnavii de ochi; pentru mai puţina lumină, care domneşte în ele, şi li se potriveşte, aceste odăi au fost rezervate în prezent granuloşilor şi bolnavilor operaţi.

Dar chiar aceste camere sunt de nerecunoscut azi, caşi intrarea în spital, caşi restul clădirei în continuă prefacere şi înălţare, caşi curtea interioară în careu, din care în viitor vor dispare dependinţele joase de azi şi va fi toată amenajată în grădină.

Graţie amabilităţii d-lui Dr. Neagoe am putut întru-câtva prinde cele 2 aspecte, din trecut şi prezent, a căror distincţie oare-cum suprapusă îşi are farmecul ei; şi chiar înţelesul ei românesc pentru mentalitatea dregătoriilor noastre sanitare, cari imitând, dar greşit în privinţa asta, natura nu se decid a face un salt mai curagios din trecut în viitor, ci se mulţumesc cu cârpeli de prezent.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

De starea lamentabilă din trecut a localului se poate judeca — spune d-l Dr. Neagoe, dupe laudele aduse corpului medical în 1922, de răp. Mârzescu, care vizitându-l în calitate de Ministru al Sănătăţii publice, a zis: „este o adevărată virtute să se lucreze într'un asemenea spital; el trebue pur şi simplu dărâmat".

Dărâmat n-a fost, cum ar fi riscat mult şi bine să rămână bietul spital; el a continuat să servească înainte înaltei lui misiuni, dar graţie neobosiţilor săi medici în frunte cu directorul lor, d-l Dr. Cândea, el şi-a schimbat din zi în zi aspectul.

Bolnavii aflaţi încă în sălile de parterre cu ferestre imense, sobe de pământ şi ger de bobotează earna, vor urca în curând şi ei în saloanele spaţioase şi călduroase dela etaj; iar în locul lor se va instala desigur laboratoare şi săli de raze şi de fisioterapie proprii, cari în prezent nu se află nici măcar în apropierea spitalului.

Am găsit în schimb aci o admirabilă instalaţie de bucătărie mare, curată şi în perfectă ordine, pe care caşi pe bine garnisita magazie de alimente am fost cu insistenţă invitat spre şi mai marea mea surprindere să o vizitez, însoţit de chiar medicii primari ai secţiilor.

Un adevărat sacrilegiu această stare de lucruri, sau în orice caz ceva eşit din comun.

Pătrunderea în acest „noli me tangere", centru sensibil al spitalelor noastre, supravegherea exercitată în interiorul spitalului de către chiar medicii şefi solicitaţi anume pentru această corvadă, cuvintele de laudă ale tutulor pentru vrednicul lor administrator, o pasăre atât de rară, dorinţa comună la toţi medicii de „mai bine şi de conlucrare împreună" mi-au lăsat o impresie admirabilă, pe care îmi fac o datorie de conştiinţă să o comunic; mai cu seamă pentru că cu această ocazie am aflat cum cu fonduri mici, dar bine mânuite, se poate face la cheltueli sporite pentru îmbunătăţiri, în urmă de toată lumea văzute.

Era a noua constatare, pentru care mă fericesc a fi rămas o zi la Temişoara: medicii uniţi într'un gând pentru ca să facă împreună cu conducătorul instituţiunei o bună gospodărie în spitalul lor.

Spitalul Bega sau **Sanatoriul Bega,** situat lângă Canalul Bega, este afectat serviciului de chirurgie şi serviciilor — anexe de chirurgie.

El adăposteşte 4 secţii: a) cea de chirurgie, cu 80 paturi, având ca medic primar pe d-l Dr. Cândea şi ca unul din secundari pe d-l Dr. Secoşanu; b) secţia de genito-urinare, condusă de d-l Dr. Crăciun; c) secţia de oto-rino-laringologie, condusă de d-l Dr. I. Corcan, şi d) secţia de radiologie, de sub conducerea d-lui Dr. Munteanu.

Toate aceste servicii se află cuprinse într'o clădire cumpărată acum 10 ani şi căreia cu timpul i s-au mai adăogit în părţi câte o nouă aripă.

La intrare în dreapta se află Ad-ţia şi se face primirea bolnavilor; la stânga ambulanţa (adică serviciul consultaţiilor), cu 3 săli de pansamente, în care se perindă zilnic peste 100 bolnavi asistaţi de către personalul medical respectiv al serviciilor; sunt 2 săli pentru operaţie septice şi 2 săli pentru operaţii aseptice, înzestrate cu de toate, largi, alături cu cameră pentru pregătirea bolnavului; de jur împrejur saloane pentru bolnavi amenajate cu tot confortul modern şi cărora serviciul li-l asigură un personal extrem de redus: o infirmieră la 15 paturi.

Observaţia mea dela început asupra unui cap prea mare (4 săli de operaţie) pentru un trup mijlociu (80 paturi) şi-a căpătat răspunsul când am aflat că d-l Dr. Cândea operează foarte repede (scoate o băşică biliară în 20' şi un apendice în 5'), operează foarte mult (până la 12 operaţii în câte o zi, prelungeşte dimineaţa la spital nu rareori până la ora 2 după prânz, face operaţiile mai mici şi cele de urgenţă dimineaţa, pentru ca după prânz pe îndelete să le facă pe cele mari) şi operează gratuit pe 95 din 100 de bolnavi.

Toate aceste constatări explică mişcarea formidabilă de bolnavi, ce se perindă prin serviciul D-sale (până la 2000 intraţi pe an — 1417 până la 11 Septembrie; dintre care 2 părţi bărbaţi şi o parte femei şi încă acestea tributare ginecologiei iau nu amatoare de raclaje periodice; — 700 operaţii mari efectuate până la zi, dintre cari 208 apendicectomii faţă de 113 hernii), justifică prestigiul mare, de care se bucură d-l Dr. Cândea printre medici şi impun un respect nemărginit din partea populaţiei.

Spitalul de contagioşi numără 100 paturi, la întreţinerea cărora contribue şi comuna; situat afară din oraş, încă în curs de construcţie, face parte tot din spitalul de stat şi este caşi celelalte 2 sub o direcţie unică, a d-lui Dr. Cândea.

Restul de instituţiuni spitaliceşti din Temişoara n-am avut timpul a le vizita; o voi face cu altă ocazie, când voi continua vizitarea spitalelor mari din ţara românească şi complectarea unui album, în cari fotografii, istoric, statistice luate la faţa locului, să redea situaţia de fapt şi să vină la ocazii în ajutorul autorităţilor sanitare superioare atunci când cu surle şi tobe pornesc în provincie la inspectarea în 10 minute a unui atare aşezământ.

Un om: toată această operă de organizare a asistenţei medicale la Temişoara este datorată d-lui Dr. Cândea.

Acest îndemânatic chirurg, dublat de un valoros medic (ni se spune că sub Unguri a condus timp de 3 ani un serviciu de boale interne la Bratislava), acest neîntrecut organizator este un neobosit muncitor: şef al unui serviciu chirurgical atât de activ, îşi mai găseşte timp a conduce inspectoratul sanitar local şi a răspunde chemării de Consilier Technic pe lângă Ministerul Sănătăţii publice de către d-l Dr. Cantacuzino, precum mai înainte funcţionase în calitate de secretar general pe lângă acelaş minister, chemat prin încrederea tutulor.

Dar pe lângă munca neobosită, vederile largi şi desinteresarea complectă l-au impus tutulor.

Numai crearea atâtor servicii de specialitate în spitalele din Temişoara şi-i trădează bunele intenţii; precum armonia, ce a făcut să domnească printre medici, din cari a făcut colaboratorii săi, dovedeşte că cunoaşte calea practică a realizărilor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pentru un asemenea om se potriveşte directoratul unui spital mare cu atribuţiunile dictatoriale asigurate prin articolele respective ale legei sanitare în vigoare.

Dar asemenea conducători sunt rari şi pentru înfrânarea celorlalţi mulţi, pe cari i-am avut în vedere, am scris eu articolele din „Mişcarea Medicală" No. 8-9/1930 pag. 237-243 şi „Buletinul Asoc. G-rale a medicilor" No. 1-2/1931, în favoarea consiliului spitalicesc, articole cari au atras refuzarea revistei „Mişcarea Medicală" de câţi-va deochiaţi conducători de spitale de altă părere desigur decât noi asupra rolului lor.

Milano, 15 Septembre.

„Extension" Barberis.

Nu pentru a-i face reclamă şi nici pentru a o combate menţionez această *„fabrică pentru construcţie individuală de aparate ortopedice şi proteză"*, care îşi are sediul central la Milano.

Dar pentru-că am avut ocazia să o vizitez, după ce făcusem cunoştinţa directorului ei, a d-lui Profesor Dr. Barberis, în ţară.

Extension Barberis se numeşte prescurtat sau telegrafic o Societate anonimă, care fabrică aparate de ortopedie patentate sub acest nume.

Îşi are centrala la Milano, sucursala la Trento şi Francoforte; mă înşel sau mi s'a afirmat cu adevărat că are o asociată în Germania? de altfel

nici-o mirare dacă în scurt timp îşi va extinde filiale în toate capitalele mari ale Europei.

Un reprezentant ştiinţific al acestei fabrici, d-l Profesor Dr. Barberis, cum l-a prezentat omul D-sale de încredere în ţara noastră, un conaţional de-al nostru, obişnueşte a vizita oraşele mari şi invită la hotel la D-sa, pe rând prin rendez-vous cu ore fixe pentru fie-care, pe betegii de mai bună condiţie socială ai locului, pentru a le explica sistemul D-sale, care le corectează la perfecţie infirmitatea.

Sistem practic de extindere ca pentru membre şi pentru propagandă.

Lista acestora îi este uşor omului D-sale să o facă la repezeală în fiecare oraş.

Originalitatea sistemului constă în acea că pentru ghete adaosul care să corecteze scurtimea membrului se fixează direct pe talpa piciorului prin căpute cu şireturi încheiate peste dosul lui; totul se bagă apoi în ciorap anume confecţionat de o anexă de tricotaj a fabricei şi la urmă piciorul astfel pregătit se vâră într'o gheată sau pantof iarăşi adhoc fasonat de o altă anexă de cismărie a aceleaşi fabrice, anexele fiind de asemenea ortopedice.

Talpa era mai înainte pusă în legătură cu călcâiul prin resorturi, de cari fabrica predă clientului odată cu comanda o pereche pentru schimb, în cazul când s'ar rupe; cea ce se întâmplă cam des.

Sistemul dovedindu-se în această privinţă prea practic, direcţia ştiinţifică a institutului s'a oprit dupe noi cercetări la metoda punţei continue de cauciuc, material din care urmează a se confecţiona tot adaosul.

La aparatele de proteză sistemul de frecare al articulaţiilor a fost înlocuit prin acela al alunecării pe rulmenţi ca la automobil.

Preţul se face separat pentru adaos, pentru încălţăminte şi pentru ciorapi; pentru adaos dupe o scară progresivă în raport cu scurtarea membrului.

Sistem practic de extindere şi pentru preţ.

Dupe cum se vede, atâtea feţe ale sistemului „Extension".

Mai înainte se vâra piciorul în gheata confecţionată de cismarul nostru ortopedist cu pluta înăuntru dupe un calapod făcut odată pentru totdeauna; nici nevoe de ciorap adhoc, iar încălţarea uşoară; durabilitate cel puţin aceiaş şi preţ nici pe jumătate.

Dacă pacientul s-a lăsat prins de perspectivele „Extensiunei", devine client iar d-l Profesor pe loc îi ia măsura şi-i încasează arvuna, jumătate înainte.

Pentru-că trebuia să mă opresc şi la Milano, am căutat să vizitez şi eu această fabrică.

Dar la Milano am aflat că: d-l Profesor Dr. Barberis nu este profesor şi nici măcar doctor, ci patronul afacerii.

Am mai constatat de visu că fabrica D-sale are cel mult proporţiile unui modest atelier naţional, în niciun caz pretenţiile unui institut internaţional.

Am găsit însă justificată denumirea de „Extension" ca potrivită şi pentru membre, şi pentru tendinţă, şi pentru propagandă şi pentru câştig.

Pentru-că ortopedia are legături cu medicina, şi pentru-că reclama nu este străină de medicină, am povestit acest episod în legătură cu oprirea mea la Milano.

De altfel Milano este un mare centru industrial şi comercial al Italiei, iar reclama este sufletul comerţului.

(Urmare). *Dr. M. Cânciulescu.*