ANUL X-lea, No. 9—10. SEPTEMBRIE - OCTOMBRIE 1937.

MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ

REVISTĂ LUNARĂ DE MEDICINĂ GENERALĂ

SUMARUL

Pag.

Cronica medicală română . . . 649

LUCRĂRI ORIGINALE.

Prof. C-TIN BACALOGLU. MARIA AUDISIO-CICULESCU şi P. FOCŞA: SEPTICO-PIOEMIILE DATORITE BACILULUI PIOCIANIC 653

Doc. M. CÂNCIULESCU: AFECTIUNILE CORDULUI IN URMA TUBERCULOZEI SCLEROASE A PULMONULUI *(Sfârşit)* 670

GH. ALECSANDRESCU: CÂTEVA DATE ASUPRA CAUZELOR CE INFLUENTEAZA PROGRESUL T. B. C. LA POPULATIA DIN CIRC. DORNA 686

C. V. ANTONESCU: ROLUL SINURILOR CAROTIDIENE IN MECANISMUL SINCOPEI ADRENALINO-CLOROFORMICE 698

B. KALLAI: IMPORTANTA HORMONILOR SEXUALI IN TRATAMENTUL SUGARILOR SI ROLUL LOR IN CRESTEREA SUGARILOR PREMATURI SI HIPOTROFICI . 704

VALER I. MUNTEANU: MANIFESTATIUNI OFTALMOSCOPICE IN BOALELE MINTALE 712

E. ROITMAN: MAGNI-TROHANTERITELE OSTEO-MIELITICE — STUDIU CLINIC SI RADIOLOGIC 718

V. RUSU: REZULTATELE RÖNTGENTERAPIEI IN RINOSCLEROM . . . 727

A. STERE: TRATAMENTUL PLAGILOR INFECTATE CU LUMINA TOTALA . 739

CAZURI CLINICE.

I. ANDERMAN: CONSIDERATIUNI EPIDEMIOLOGICE SI CLINICE ASUPRA PAROTIDITEI EPIDEMICE 756

I. I. GHEORGHE: MASTOIDITA PRIMITIVA 758

II. I. GHEORGHE şi LUCIAN DEMETRESCU: FURUNCUL AL NASULUI SI TROMBO FLEBITA SINUSULUI CAVERNOS 758

JEAN VALDMAN NEOPLASM PALPEBRAL OPERAT PRIN AUTOPLASTIA PALPEBRO-PALPEBRALA INTEGRALA 765

(Urmare pag. 2 cop.)

48.226. SCRISUL ROMÂNESC, CRAIOVA

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pag.

Istoria Medicinei Românești

HECTOR SARAFIDI: DIN MEDICINA EMPIRICA DOBROGEANA. EMPIRICUL AMIRA 770

CONGRESE.

VI-ème CONGRÈS FRANÇAIS DE GYNECOLOGIE (Toulouse 15—18 Mai 1937) *Discours prononcés par le Professeur C. Daniel (de Bucarest)* . . . 775

AL IX-lea CONGRES INTERNAȚIONAL DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE MILITARĂ (București, 2—8 Iunie 1937) . . . . *de Doc. Popescu-Buzeu* 785

LA CONGRÈS INTERNAȚIONAL DE MÉDECINE ET PHARMACIE MILITAIRES . . . . . *de C-t Farm. D-r M. Mogoș* 796

A 5-a REUNIUNE LATINĂ DE OTO-RINO-LARINGOLOGIE (16—20 Sept. 1937) 798

CONGRESUL FRANCEZ DE BRONCHO-OESOPHAGOSCOPIE . . . 800

XV-lea CONGRES ROMÂN DE OTO-RINO-LARINGOLOGIE 800

de L. Mayersohn

CĂRȚI - MONOGRAFII.

D. COMBIESCU: TITLURI SI LUCRARI STIINTIFICE. — «Imprimeria Centrală», București, 1937 801

Prof. GH. POPOVICIU: ELEMENTE DE PEDIATRIE SI PUERICULTURA, 2 vol. Tip. „Lumina", Cluj, 1936 . . . . . Analise *de M. Cânciulescu* 804

DIVERSE

UN CAZ DE PRACTICĂ CLANDESTINĂ A MEDICINEI ȘI FARMACIEI . 807

PRODUSE FARMACEUTICE.

REFERATE.

TABLA ALFABETICĂ A PUBLICITĂȚII LABORATOARELOR DE PRODUSE FARMACEUTICE III

ANALISE DE LUCRĂRI MEDICALE ROMÂNEȘTI IV

Redacția și Administrația:

„Mișcarea Medicală Română"

Str. Sf-ți Arhangheli, 9

Cralova

Abonament anual 250 lei

CRONICA MEDICALĂ ROMÂNĂ

O ACTIVITATE ŞTIINTIFICĂ STRĂLUCITĂ.

O asemenea activitate ştiinţifică este acea desfăşurată de D-l D-r D. Combiescu, Docent şi Conf. la Fac. de Medicină din Bucureşti şi Şef de Secţie la Inst. de Sero-Vaccinuri „D-r I. Cantacuzino", pe care o analizăm în coloanele acestui număr la pag. 801—803.

O activitate ştiinţifică fericită cere pe lângă calităţile speciale omului de ştiinţă, dar condiţii de muncă continuă, devotament care să meargă până la abnegaţie; şi mai ales să fie ordonată, oare cum raţionalistă în urmărirea unei teze — pentru ca să permită tragerea de concluziuni precise şi de necontestat.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Sunt în stare să desvolte o atare activitate numai cercetătorii dotaţi şi cari au practicat îndelungat ucenicia meşteşugului, trecând treptat prin toată filiera erarhică.

Titlurile ce posedă, îl aşează pe D-l D-r Combiescu printre aceştia; iar activitatea sa ştiinţifică desfăşurată până în prezent merită a fi menţionată în mod elogios.

UN CAZ DE PRACTICA CLANDESTINĂ A MEDICINEI.

Un atare caz este acela ce publicăm la pag. 807—808 ale acestui număr.

Il remarcăm, pentrucă conţine ceva inedit; — pentrucă ne-a fost comunicat de către un Domn Farmacist, care face numai farmacie, nu şi medicină ca atâţia dintre colegii lui de meserie; — şi pentrucă considerăm practicarea clandestină a medicinei ca una din racilele principale cari prejudiţiază corpului medical românesc.

In lupta pentru apărarea stării materiale a corpului medical, de care se ocupă Asoc. G-rală a Medicilor; şi a prestigiului său moral, de care se preocupă Colegiul medicilor — cum bine remarcă în „Tribuna Medicală" No. 2—3/1937 D-l D-r I. Drăghici, cu a cărui tendinţă generală de a combate măsurile luate de către Preşedintele Colegiului, D-l Prof. N. Minovici, contra reclamelor nepermise în tendinţa şi expresia lor, nu ne unim

însă de loc; — în această luptă, zic, nu trebue să uităm şi interesele bolnavului.

Ori, **tratarea bolnavului prin corespondenţă** nu este de loc în folosul lui; avem bolnavul în faţă şi nu reuşim dese-ori să-i punem diagnosticul; punem exact diagnosticul boalei sale şi încă nu reuşim a-i potrivi tratamentul, precum „cheia pe broască" cum vulgar, dar atât de exact, se obişnueşte a se spune.

Dar să-ţi tratezi cu folos şi pentru el, dela Galaţi, bolnavul la Craiova? admiţând că ar fi fost în stare să răspundă exact la întrebările formulate în reprodusul pomelnic.

In cazul de faţă noi nu credem în existenţa colegului D-r N. Ştefănescu; el trebue să fie o creaţie a grecului Ev. Constantinide, care el practică clandestin şi medicina şi farmacia (de alt-fel Onor. Colegiu medical de Covurlui va putea ancheta la faţa locului) la adăpostul unei firme medicale; justifică această plăcută presupunere însă-şi naivitatea foii de observaţie, ortografia şi stilul scrisorei, precum şi precauţiunea de a o scrie la maşină; un medic, precum onorabilul nostru coleg, D-l D-r T. Simionescu de care am avut ocazia să ne ocupăm în No. 1—2/1931, pag. 141—144 ale acestei reviste, nu s'ar jena să o facă la lumina zilei, pe plicuri ad-hoc, purtând „en-tête"-ul „Scrisori oficiale cu învăţătură de vindecare" precum ale aceluia.

Sau poate că tămăduitorul nostru clandestin, — grecul Ev. Constantinide, care îşi scoate onorariul din medicamentele cari costă 1200 lei pe lună şi tot atâta în lunile cari vor urma — numai consultă pe colegul nostru, doctorul, supunându-i datele radioscopiei şi plătindu-i pe loc consultaţia.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Nu ştim ce să credem, dar considerând şi **„ineditul"** acestui caz, ne întrebăm dacă numărul acestor medici, cari tratează pe tuberculoşi prin scrisori, nu este mult mai mare decât al celor „zece sau două-zeci de medici — cât socoteşte D-l D-r Drăghici, din cei opt mii cât are ţara, cari.... adaogă în ziare câte-va indicaţii de terapie pe lângă nume şi adresă"; — pentrucă în ziare şi mai ales în cele de provincie abundă numărul **Scrisorilor de mulţumire** din partea bolnavilor către cutare medic care i-a salvat viaţa lui sau a familiei; — şi printr'o asemenea scrisoare publicată într'un ziar luase cunoştinţă D-l Crăciunescu de existenţa firmei Constantinide.

Aceste scrisori de mulţumire, de multe ori singurele cu care unii bolnavi îşi plătesc medicul, vor trebui de acum înainte bănuite de reclamă deghizată şi prohibite; — dealtfel suspectarea lor nu datează de azi şi temându-se de o eventuală discreditare, unii medici se roagă de bolnavul, care nu-l plăteşte, să nu-i mulţumească prin gazetă.

Ineditul cazului Constantinide constă în reeditarea şi pentru practica medicală a cea ce se petrece cu practica dentară la noi, pe care o exercită sub firma unui medic orice fost ceasornicar, tinichigiu sau tocilar, care s'a crijat în tecnician; — şi încă aceştia sunt mărginiţi la exercitarea unei „practice reduse", pe când grecul Constantinide o exercită pe a sa din plin, în centrul Galaţilor şi sub nasurile grijului pentru apărarea intereselor şi demnităţii profesionale a medicilor şi farmaciştilor ale Onor. Colegii de Covurlui.

ORGANIZAREA SANITARĂ IN ROMANIA.

O mai bună organizare a ţării noastre trebue să preocupe pe toată lumea de bine.

Această preocupare o vedem manifestându-se în plin din partea organelor superioare ale M-terului Sănătăţii Publice, cari fac tot posibilul pe măsura posibilităţilor bugetare să o înbunătăţească; din partea Asociaţiilor medicale, în primul rând al Asoc. G-rale a Medicilor, care o menţine la ordinea tutulor congreselor sale; din partea diferitelor personalităţi medicale proeminente ale ţării.

Intre acestea dăm precădere D-lui Prof. Mezincescu care are schiţat un întreg program sanitar, menit să pună organizaţia noastră sanitară pe alte baze, şi ale cărui idei fac autoritate, fiind adoptate ca program de legislaţie sanitară viitoare de către partidul politic din care face parte.

Redăm mai jos rezumatul concluziilor şi discuţiilor congresului medicilor acelui partid politic care s'a ţinut la Braşov în zilele de 16 şi 17 Octombrie, congres în care D-sa a expus acest program:

Organizarea sanitară a ţării: 1) Organizarea sanitară a ţării, aşa cum funcţionează în realitate astăzi, nu asigură nici asistenţa medicală elementară a populaţiei şi nici nu îndeplineşte funcţiunile de medicină preventivă, care sunt însăşi raţiunea de a fi a unei organizări sanitare de stat.

2) Aşezarea noastră sanitară are nevoie de a fi stabilită pe alte baze, atât din punct de vedere tehnic, cât şi din punct de vedere administrativ.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Biblioteca Universitatii Regele Ferdinand I. din Cluj • ROMANIA

a) Din punct de vedere tehnic, ea trebue să asigure funcţiunile de medicină preventivă, care reprezintă scopurile finale ale preocupărilor ei.

b) Din punct de vedere administrativ, o normală funcţionare a instituţiilor sanitare, atât a celor de medicină preventivă, cât şi de asistenţă medicală propriu-zisă, are absolută nevoie de o descentralizare efectivă a acestor instituţiuni. Ea este posibilă pe bază de bugete proprii, amănunţit studiate care să cuprindă toate cheltuelile de personal şi materiale ale instituţiilor respective. Medicii conducători ai acestor instituţiuni vor avea răspunderea executării acestor bugete, sub supravegherea organelor respective de control şi a autorităţii sanitare centrale. Această discentralizare va trebui să reducă la minim funcţiunile administrative propriu-zise ale Ministerului Sănătăţii, care va deveni un organ tehnic de conducere în toate domeniile sănătăţii publice.

Organizarea serviciilor sanitare rurale şi urbane: 1) Până la realizarea posibilităţilor unei asistenţe medicale elementare prin medici particulari şi cooperative locale, se va înlesni stabilirea de medici în comunele rurale, prin prime de şedinţă. Se va urmări pe toate căile posibile deplasarea medicilor dela oraşe la sate. Statul, autorităţile locale, Asigurările Sociale şi toate Instituţiunile cari îndeplinesc funcţiuni medicale, vor reduce la strictul necesar personalul lor medical, pentru a determina deplasarea medicilor în comunele rurale, împiedicată astăzi prin multitudinea de funcţiuni inutile dela oraşe.

2. Actualii medici de circumscripţii rurale vor asigura asistenţa medicală a populaţiunei în toate regiunile în care ea nu poate fi asigurată prin medici particulari, prin cooperative sau prin medici cu contract de reşe-

dinţă. Pe măsura în care medicii de circomscripţie vor putea fi dispensaţi de sarcinile de asistenţă medicală propriu-zisă a populaţiei, posturile acestea vor fi transformate în posturi de medici igienişti.

3. Se vor înfiinţa plăşi sanitare conduse de medicii igienişti, cuprinzând mai multe circumscripţii, după tipul plăşilor sanitare rurale-model, ce funcţionează pe lângă Institutele de Igienă.

4. Inspectori sanitari, medicii şefi de municipii şi oraşe, medicii de circumscripţii urbane, medicii primari de judeţ şi medicii igienişti de plasă, vor fi specializaţi în igienă şi medicină preventivă şi nu vor face clientelă.

5. Elementul de bază al organizării sanitare, trebue să fie sora de ocrotire care va înlocui, pe măsura posibilităţilor pregătirii numărului necesar, actualii agenţi sanitari.

6. Pentru oraşe, organizarea sanitară va fi întocmită pe bază de centre de medicină preventivă după tipul Centrului de Sănătate ce funcţionează în Bucureşti.

7. Serviciile de asistenţă socială trebuesc legate de serviciile sanitare, sub conducerea cărora ele trebue să funcţioneze. Aceste servicii vor fi îndeplinite de asistenţe sociale raţionale.

Organizarea asistenţei spitaliceşti: 1) Pentru a realiza o mai bună funcţionare a spitalelor şi a face posibilă activitatea în comun a tuturor instituţiilor spitaliceşti, depinzând de diverse Ministere şi autorităţi, se va creia o casă autonomă a spitalelor la a cărei conducere vor fi asociate toate autorităţile de mai sus. Funcţionarea acestei case va fi stabilită pe aceleaşi principii de descentralizare, cu bugete proprii, sub controlul autorităţii centrale.

2. Condiţiile actuale nepermiţând o bună îngrijire spitalicească, decât în spitale mari, se vor stabili atari instituţiuni în capitalele de judeţ, în centrele populate şi în punctele importante de căi de comunicaţie, care să asigure o asistenţă spitalicească potrivit cunoştinţelor ştiinţifice ale momentului de faţă. Actualele spitale rurale mixte, vor fi transformate, după caz, în instituţii de izolarea contagioşilor sau în case de ocrotire.

3. Centrele mari spitaliceşti vor trebui să asigure, — fie prin mijloace de transport adecuate, fie prin trimiterea în cazuri excepţionale de medici, chirurgi şi mamoşi, la faţa locului — o asistenţă medicală efectivă care să poarte răspunderea ajutorării la timp a populaţiunei dintr'o anumită regiune.

Celelalte probleme: 1) In cadrul unei organizaţiuni, stabilite în linii generale în felul de mai sus, se va asigura prin organizarea instituţiilor de medicină preventivă: ocrotirea mamei şi a copilului, combaterea mortalităţii infantile, combaterea tuberculozei şi a celorlalte boli sociale.

2. O nouă organizare a asistenţei medicale elementare şi a instituţiilor spitaliceşti, după principiile de mai sus, va asigura o mult mai reală îngrijire a celor bolnavi şi o promovare a sănătăţii publice sub toate înfăţişările ei.

M. Cânciulescu.

SEPTICO-PIOEMIILE DATORITE BACILULUI PIOCIANIC

de

Prof. C-TIN BACALOGLU, MARIA AUDISIO-CICULESCU ŞI P. FOCŞA.

Microbul puroiului verde, bacilul piocianic, poate determina afecţiuni diferite, unele benigne, altele mortale, cu localizări cutanate, ale căilor digestive, ale meningelor, ale ap. urinar, chiar septicemii.

Infecţiunile datorite bac. piocianic constituesc un capitol relativ nou al patologiei umane, foarte interesant mai ales pentru aparatul urinar şi care merită să ia loc alături de frecquentele septicemii datorite celorlalţi microbi, precum este steptococul, stafilococul, pneumococul, bac. lui Eberth, colibacilul, meningococul, ş. a.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Rolul patogenic al bacilului piocianic în patologia umană a fost mult timp socotit ca neînsemnat.

Încetul cu încetul însă cercetările anatomo-clinice cu control bacteriologic au dovedit că microbul puroiului verde poate determina afecţiuni diferite, unele benigne, altele mortale cu localizări fie cutanate, ale traectului digestiv, ale meningelor, ale aparatului urinar, chiar septicemii.

Aceste fapte, din ce în ce mai numeroase îndreptăţesc un studiu sintetic.

De altmintrelea şi alte grupuri microbiene s'au bucurat de aceeaşi soartă; ignorate la început ca factor patogenic în determinismul septicemiilor s'au dovedit astăzi frecvente. Este grupul infecţiunilor cu anaerobi puşi în plină evidenţă în ultimii ani de Profesorul *Lemierre*. Vom aduce o observaţiune tipică de septicopioemie pyocianică cu localizare şi punct de plecare pe arborele urinar, şi cu acest prilej vom vorbi de manifestaţiunile din patologia umană a bacilului piocianic, insistând bine înţeles asupra pionefritelor determinate de acest microorganism, cazuri încă foarte rare şi incomplect studiate.

Bacilul descoperit de *Gessard* (Thèse de Paris 1882) ca producător al puroiului verde, a fost considerat mulţi ani ca saprofit

inofensiv, interesant pentru bacteriolog prin proprietatea sa cromogenă. *Charrin* a arătat puterea lui patogenă pe animale. Multă vreme puterea patogenă la om nu a fost dovedită. *Schiemelbusch* în 1883 admite o acţiune toxică locală şi la distanţă, însă nu posibilitatea de a invada organismul. In anii următori s'au publicat cazuri de septicemii piocianice. Astfel *Wassermann* în capitolul său din colecţia scrisă în colaborare cu *Kolle* admite posibilitatea septicemiei piocianice, strângând într'un mănunchiu primele cazuri publicate. *Kossel* în 1884 a adus observaţii pernole. El spune că piocianicul care de cele mai multe ori este un microb de infecţie secundară a rănilor; totuşi a putut constata că se poate complica cu o leptomeningită şi poate produce leziuni, prin invadarea microbului pe cale sanguină şi în alte organe. De atunci încoace numărul cazurilor cu infecţii piocianice s'au înmulţit şi deşi nu sunt toate demonstrative, totuşi s'a dovedit că în special în prima copilărie există o receptivitate specială pentru acest microb, care poate invada organismul pornind de pe piele sau mucoase, din sinusurile nasale, din urechea medie sau din intestin. O lucrare a lui Wassermann din 1900 aduce 11 cazuri ivite în timp de 6 săptămâni la noii născuţi; la aceştia s'a ivit o trombo-arterită purulentă ombilicală cu piocianic şi focare metastatice de broncho-pneumonie hemoragică, controlate la autopsie, abcedate sau gangrenoase. Cultura şi examenul pe lame au dovedit influenţa patogenă a bacilului piocianic. Ca leziune anatomo-patologică, Wassermann notează în pulmon o infiltraţie de celule mici, descuamare epitelială şi hemoragii întinse, asemenea infarctelor hemoragice, prezenţa de numeroşi bacili la nivelul leziunilor. Presupunerea invadării agonice a b. pioc. e înlăturată şi modificările anatomo-patologice constatate dovedesc că infecţia subsistă din timpul vieţii. Recomandă pentru ca diagnosticul septicemiei să fie cert, să se practice hemocultura sau cultura din cavităţile închise ale organismului şi ulterior constatarea modificărilor anat. pat. în diferite organe cu prezenţa indubitabilă în leziunile microscopice a bacilului piocianic. De aceea Wassermann critică observaţiile anterioare ca incomplect studiate şi nu reţine decât cazul lui Kossel cu otită şi meningită şi un caz al lui *Blum*, septicemie cu endocardită, alături de observaţiunile sale *Escherich* a publicat o serie de cazuri în care aceste criterii nu au fost toate observate. La adulţi cazurile sunt mult mai rare. Primul este unul al lui *Krannhals*. După o operaţie de empiem pulmonar, la un lucrător de 20 ani, apare febră şi manifestaţiuni gastrice. Moare după 12 zile. In culturi din sânge se găseşte bac. pioc. La autopsie: mediastinită, pericardită exudativă, splenomegalie, enterită hemoragică. In pulpa splenică şi lichidul pericardic b. pioc. în cultură pură. Acelaş bacil în secreţiunile din intestin. *Soltmann* citează o broncho-pneumonie acută la un copil de 13 ani, care moare în 8 zile. La autopsie: focare hemoragice în partea inferioară a pulmonului început de abcedare. Zone de necroză de culoare galbenă-verzue în stomac şi intestinul subţire. In aceste leziuni pulmonare şi intestinale se găsesc numeroşi bacili. Cazul poate fi interpretat ca o infecţie primitivă a

Sectia de Colecții - Universitatea "Babeș-Bolyai" Cluj

intestinului, cu focare metastice în pulmon, de natură piocianică. Cazul lui *De La Camp:* O septicemie cronică, evoluând într'un an și jumătate, la o femee de 51 ani. Maladia se manifestă prin pustule, bule cu infiltrație hemoragică. Din conținutul pustulelor s'a cultivat piocianicul. Febră neregulată. Prin culturi din sânge și după verucozitățile valv. mitrale s'a desvoltat piocianicul. Apoi cazul lui *Rolly* (Pyozyaneussepsis bei Erwachsenen). O muncitoare de 28 de ani, care se îmbolnăvește brusc de febră, dureri de cap, în a 4-a zi de boală simptome de meningită și septicemie (dureri lombare, înțepenirea cefei și a coloanei vertebrale). Pete hemoragice la extremități, având aspectul emboliilor hemoragice. Subicter. Angină catarală, splenomegalie, febră mare. In ziua a 5-a s'a găsit b. pioc. în sânge și în lichidul cefalo-rachidian. Ulterior apar noi peste purpurice, delir, meteorisme fără diaree. Angina se agravează și bolnava moare în comă a 12-a zi de boală. La necrops.: Endocardită cronică, insuficiență mitrală, endocardită ulceroasă recentă cu b. pioc. Abcese metastatice în rinichi, splină, intestin și adventiția aortică. Myocardită cronică. Leptomeningită fibrino-purulentă cerebrospinală, focare pneumonice în lobul inferior al pulmonului stâng. Polip placentar. In studiul pe care-l face *E. Fraenckel* asupra unui important număr de septicemii piocianice, aduce critică lui *Rolly* că n'a făcut culturi din abcesele renale, pentru a cerceta dacă pioc. nu-i asociat cu alți microbi. Rolly a găsit în secțiunea abceselor renale rari bacili, spre deosebire de Fraenckel, care de obiceiu găsește abundenți bacili în abcesele renale. Alt caz al lui Pecori (Pyocyaneus tödliche Infektion bei einen Pemphygus Kranken, Soc. Medica di Roma, Martie 1906). Un zidar are un pemfigus foarte diseminat pe tot corpul. Câtva timp acest bolnav n'a prezentat alte simptome. Apoi pielea în regiunile bolnave a căpătat o culoare verde cu b. pioc. în secțiunile ei. Urinele au devenit verzi și boala deodată a luat aspectul unei grave septicemiii mortale. Se poate menționa încă: cazul lui *Hübner* din 1907, In urma unui flegmon intrafesier, la un soldat operat, din puroiul căruia s'a izolat piocianicul s'a declarat o meningită cu sfârșit letal; în acelaș timp bolnavul a căpatat o osteo-mielită a gambei. Prin hemocultură și prin uro-cultură s'a desvoltat b. pioc. La necropsie s'a găsit o meningită purulentă, abcese de mărimea unui bob de mazăre, de culoare verde-gălbue în ambii rinichi. Din puroiul meningeal și din abcesele renale s'au izolat culturi pure de piocianic. Din sângele cadavrului, după 14 ore dela moarte, s'au desvoltat și stafilococul pe lângă b. piocianic. Fraenckel, care citează acest caz, crede că este vorba de o infecțiune asociată datorită b. piocianic și stafilococului, neadmițând ca osteo-mielita să fie de natură piocianică. Sudeck publică în 1909 cazul unei septicemii piocianice la o femee de 34 ani (în hemocultură s'au găsit b. pioc.). Punctul de plecare a fost o infecție locală cu piocianic la nivelul unor varice. Evoluția a fost benignă și organismul a combătut infecția. *Eug. Fraenckel* „Aus dem patholog. Institut des Allgemeinen Krankenhaus Hamburg-Eppendorf" s'a ocupat în mod special de septicemiile piocianice, și într'un studiu amănunțit, care cuprinde

un număr de 26 observaţiuni personale, adunate într'un interval de 22 de ani, şi publicate succesiv din 1906 (Wirchow's Archiv) din 1912, 1917, 1922 (Zeitschrift f. Hygien) ajunge la concluziuni foarte interesante. El observă că bacilul piocianic se localizează de preferinţă pe anumite organe, în prima linie pe tegumente. Asupra b. pioc. pe piele, s'a ocupat în special *Hitschmann* şi *Kreibig*, care încă din 1897 au pus ectima gangrenoasă pe seama b. piocianic. Afecţiunea este caracteristică sugacilor. Sunt cazuri însă când ea apare şi la adulţi. Autorii menţionează că afecţiunea se localizează de obicei pe un organism deja slăbit de o maladie anterioară (enterită, tuberculoză). Ca sedii de localizare ale pielei sunt regiunile periombilicale, axilare, organele genitale şi perianale. In afară de aspectul macroscopic al afecţiunilor cutanate cu b. pioc. (aspectul ectimei gangrenoase) pentru precizarea diagnosticului s'au folosit însămânţările, secţiunile la nivelul leziunilor şi colorarea acestora cu albastru de metilen. S'a remarcat în acest caz că coloraţia albastră intens în peretele vaselor se datoreşte aglomerării bacililor, ei fiind aceia care reţin culoarea mai mult. E. Fraenckel socoteşte caracteristic acestei maladii particularitatea bacililor de a se localiza în vasele ce nutresc zonele bolnave ale pielei, determinând tulburări locale de nutriţie, la care se mai adaogă posibilitatea unei acţiuni toxice locale. *Lewandowsky* a publicat cazul unei femei tuberculoase de 61 de ani, cu o formă de ectimă gangrenoasă atipică. Evoluţie benignă. Aglutinarea serului sângelui 1/600 cu bacili piocianici. Dudden (1922): Ectima gangrenoasă cu b. pioc. ca agent provocator. Se află în litigiu chestiunea dacă ectima trebue privită de origine exclusiv ectogenă. Fraenckel este dintre toţi autorii cel mai categoric, optând pentru originea ectogenă, când afecţiunea se află în regiuni expuse infecţiunii. Şi în alte boale ale pielei, s'a găsit piocianicul cu septicemie consecutivă. *A. Botez:* O escară la un tabetic, conţinând b. piocianic; aceiaşi bacili au fost găsiţi în sânge cu 4 zile înainte de moarte. *Klingher*, la o femee de 68 de ani, la degetul inelar drept necroze piocianice circumscrise. Ca localizare a piocianicului mai semnalăm corneea care oferă un mediu foarte prielnic pentru acest bacil *(Axenfeld, Happe, Friedenberg)* şi nu rareori provoacă o distrugere completă a corneei. La periferia abceselor se găseşte deseori o infiltraţie inelară purulentă. Infecţia este provocată prin corpuri străine murdare sau prin apă conţinând piocianicul în urma unui traumatism. Dacă abcesele se întind pe celălalt ochiu, evoluţia este adesea mai uşoară, ceeace *Bolesch* explică prin imunitatea dobândită. In urma unei leziuni bilaterale provocată de o explozie de mină, *Vaquez* şi *Barrière* au observat panoftalmia dublă datorită piocianicului. O altă localizare a b. piocianic tot atât de interesantă concernă aparatul digestiv. După observaţiunile lui Fraenckel se găsesc uneori pe cerul gurii afeciuni în formă de focare mici distincte, sau mai mari bine conturate, şi care sfârşesc printr'un proces de necroză. Esofagul rămâne totdeauna intact. In stomac se găsesc necroze ale mucoasei sub formă de focare sau confluenţe. Procesul străbate în adâncime, aşa încât şi musculaturis mucoase şi cea mai mare parte a submu-

coasei sunt atinse. In intestin de asemenea mucoasa poate prezenta focare necrotice al căror diagnostic diferenţial cu tuberculoza se poate face numai prin examenul microscopic şi bacteriologic. Şi la aparatul digestiv se poate discuta problema infecţiunii ectogene sau hematogene. In general, vasele intestinului subţire sunt rigide, pline ca la holeră, precum se vede din descrierile lui *Krannhals;* în ileus foliculii şi plăcile lui Payer sunt hipertrofiaţi şi se constată începuturi de pigmentaţiuni cicatriciale. In cecum infecţiunea este puternică. Colonul este în genere puţin atins. Intr'un caz descris de *Soltmann* intestinul gros era liber, pe când intestinul subţire până la valvula lui Bauchin, precum şi în regiunea mucoasei stomacale existau necroze ale mucoasei confluente, galbene-verzui, care pătrundeau până sub mucoasă. Printre cele 26 observaţiuni ale lui E. Fraenckel s'au găsit totuşi intr'un caz focare multiple în intestinul gros şi odată în cecum. La ex. histologice au fost constatate leziuni similare cu ale febrei tifoide, cu o accentuare mai mare a hiperemiei în plăcile lui Payer şi lipsa de infiltraţie a muscularis şi submucoasei. In splina foarte hipertrofiată se găseau numeroşi bacili piocianici.

Imagiunea clinică la adulţi se aseamănă cu aceea a tifosului: temperatură ridicată, o stare de prostaţie, delir, hipertrofia splinei; la sugaci se notează mai frecvent temperaturi scăzute şi colapsuri. In multe cazuri infecţiunea intestinală prezintă la adulţi simptome disenterice aşa încât se poate vorbi de o disenterie piocianică. Evacuările sunt caracteristice: în afară de eliminările de mucozităţi şi sânge, de tensiune, de diaree violentă, în disenteria piocianică evacuările alvine prezintă o coloraţie verde, caracteristică bacilului piocianic. *Justi* crede că această localizare la nivelul intestinului provine din apa infectată cu microbi şi arată un procedeu pentru căutarea bacilului piocianic în apă. Asupra bolilor asemănătoare cu tifosul. *Kühne* aduce un caz la o persoană de 31 ani, care a murit după 3 săptămâni de boală identică cu febra tifoidă. Un ceas după moarte s'a putut dovedi piocianicul în splină. *Loeser* a găsit la 13 bolnavi cu simptome intestinale bacilul piocianic; 5 din aceste cazuri prezentau simptome grave atipice de febră tifoidă. Există şi forme mai uşoare asemănătoare disenteriei sau tifosului. Aglutinarea în 5 cazuri a fost pozitivă cu bacilul piocianic. *Himmelreich* descrie o infecţie cu piocianic sub forma de tifos urmat de septicemie cu aglutinaţie pozitivă. *Dold* comunică un proces asemănător cu tifosul, care nu este rar la Shangai, numit febra de 13 zile, din cauza evoluţiei lui scurte. Din 5 cazuri studiate bacteriologic, 3 s'au dovedit ca infecţii piocianice. Evoluţia clinică avea mare asemănare cu tifosul sau paratifosul. In special din cauza mărirei splinei şi exantemului cu caracter rozeolic din cauza evoluţiei temperaturii şi turburărilor sensoriului. S'a observat în aceste cazuri lipsa diazoreacţiei şi s'a constatat o hiperleucocitoză. In urină şi în scaune, în sângele circulant şi în exanteme s'au găsit bacili piocianici. Agl. pozitivă la 1/400. Evoluţia acestui proces denumit „febra din Shangai" este în general benignă. Niciodată nu s'a constatat în aceste cazuri ectima gangrenoasă. Cu vindecarea clinică dispare bacilul piocianic din

BCU Cluj / Central University Library Cluj

scaun. *Maccon* arată că la diareele estivale ale sugacilor se găseşte câteodată b. piocianic ca microb asociat. In aceste infecţiuni joacă rol şi variaţiunea timpului, după cum ne arată publicaţia lui *Gildemeister* şi *Bärthlein* în 1913 şi *Huwald* în 1914. In cea dintâi lucrare se arată că din 70 cazuri de bolnavi de intestine nu s'a găsit niciodată b. piocianic. La sugacii de alte boli la 10% din cazuri, la sănătoşi în 3,3% cazuri, pe când în vara răcoroasă din 1913 şi în toamna ce a urmat-o b. piocianic s'a găsit de 12 ori la 72 copii bonavi de afecţiuni ale intestinului. Trei bolnavi de disenterie arătau o infecţiune asociată cu b. piocianic. Prof. *Manicatide* a publicat în 1897 un caz de enterită piocianică *).

Aspectul clinic al infecţiunii cu bacil piocianic arată în linii generale două forme ale boalei: una cu o evoluţie relativ lentă, cu temperatură moderată şi cu unele exacervaţiuni, evacuaţiuni diareice dese şi profuze, cu scaun mucos, apos, galben-verzui, sanguinolent uneori, cu miros caracteristic de piocianic. Şi în această formă a boalei poate totuşi să intervină o infecţiune generală, o septicemie. A doua formă evoluează cu imaginea unei intoxicaţiuni grave, cu senzoriul turburat şi evoluţiune repede mortală. Semnalăm încă evoluţia asemănătoare cu disenteria în unele cazuri de enterită cu piocianic (Candido). Piocianicul se poate constata şi asociat cu alţi microbi în diferite afecţiuni gastro-intestinale. Astfel în 50 cazuri de apendicită se găseşte 3 ori şi piocianicul; odată asociat cu tuberculoza, alte ori cu stafilococul. Intrucât piocianicul are rolul de agent cauzal al boalei, în aceste cazuri nu se poate stabili; *Kavamura* a găsit b. piocianic în carcinomul albastru-verzui al stomacului; în acest caz piocianicul trebue privit ca saprofit, fiindcă metastazeele nu arătau o colorare verde.

Fraenckel a arătat că localizarea b. pyocianic se face mai ales în pereţii vaselor care alimentează focarele găsite. Localizarea care priveşte în special adventiţia şi musculara poate cuprinde întreg peretele vascular (panarterite) ca în cazurile infecţiunii septice a ombilicului la un nou născut, comunicat de M. Wassermann, cu obstruarea lumenului vascular prin trombusuri. Necroza ţesuturilor care urmează acestor turburări este provocată în parte prin irigaţiunea sângelui defectuoasă, parte prin efectul toxinelor, a căror acţiune variază după specie şi tulpină. Un alt simptom în cazurile grave sunt hemoragiile ce se ivesc pe piele şi pe mucoasa intestinului. Rolly crede că obstruarea unui vas provocată printr'un proces embolic pricinueşte o împiedicare în circulaţia locală; la locul obstruat se înmulţesc bacilii, pătrund prin pereţii vasului, favorizând diapedeza sângelui. După E. Fraeckel, sunt atacate destul de rar vasele. Când se ivesc focare hemoragice inflamatorii broncho-pneumonice cum le-a descris Wassermann în infecţiile ombilicului, datorite bacilului piocianic, localizarea se face la nivelul ţesutului perivascular ombilical; propagarea microbului pe cale vasculară dă ulterior focare în plămâni. Fraenckel susţine că bacilul piocianic este un agent rar

*) In Handbuch für Kinderheilkunde, nr. 45, pag. 80.

al penumoniei şi broncho-pneumonici. De asemenea *Bermann* a observat piocianicul numai de două ori la 600 pneumonii, la lucrătorii din Iawa. In literatura mai veche se găsesc cazurille lui *Ritchie*, care a constatat piocianicul în bronşite şi cazul lui Soltmann, care după 8 zile de boală la un băiat de 13 ani, a găsit în secţiunile pulmonare focare cu bacilii piocianici în cultură pură — de asemenea la nivelul mucoasei stomacului la nivelul unor noduli mici galbeni-cenuşii sau galbeni-portocalii. Intr'un caz de pneumonie însoţit de pleurezie, observat de *Lantz* şi *Lucher*, diagnosticul secţiunilor fiind făcut de Fraenckel notează prezenţa piocianicului în focarele de necroză şi formaţiuni de abcese în laringe şi în bronşii.

Un sediu mai frequent al infecţiunii piocianice îl constitue meningele. Printr'o întâmplare nefericită, într'un spital din Viena, din 8 persoane cărora li se făcuse pentru anestezie injecţiuni lombare cu tropococaină, probabil infectată, 5 s'au îmbolnăvit de meningită, din care 3 au murit (Schlangenhaufer). Histologiceşte meningita piocianică nu se deosebeşte de celelalte inflamaţiuni ale creerului sau ale măduvei spinării, datorite altor microbi. Se găsesc abundente polinucleare la care se adaogă după durata evoluţiei şi mononucleare. Polinucleoza, după constatările lui Fraenckel ar fi trebuit să fie excepţională, piocianicul şi toxinele sale având în genere un efect negativ hematactic. Procesul în cele mai multe cazuri nu se întinde până la meningele medulare şi nu pătrunde în adâncul creerului: la secţiune s'au găsit rari microbi piocianici în substanţa cerebrală. La cazurile urmate de vindecare s'a putut stabili că piocianicul este agentul provocator al boalei prin aglutinarea pozitivă a serului sanguin cu tulpina pyocianică. Un alt caz descris de Sonnenschein (bărbat de 20 de ani, în urma unei puncţii lombare în scop de diagnostic, moare după 10 zile) şi într'un alt caz al lui *Schneider*, o fată de 17 ani, cu ocazia anesteziei lombare face o meningită care se vindecă. In ambele cazuri lichidul cefalo-rachidian era purulent. *Klive* şi *Koch* au descris în urmă o meningită, ca urmare a unei stomatite aftoase, şi care s'a vindecat. *Gajaethjens* a găsit la un copil de 3 ani piocianicul în lichidul dobândit cu ocazia unei puncţii lombare. Simultan existau bronşită, fenomene de meningită şi la necropsie exista un focar ramolit verzui în regiunea anterioară a creerului, alături de noduli tuberculozi diseminaţi la baza creerului. In infecţiile asociate, piocianicul se găseşte mai des. Astfel a fost găsit în acelaş timp cu bacilul difteric (John Eyre şi Züllig) şi cu b. tetanic (Ghon şi Roman), cu filariosa, cu febra tifoidă, etc.

La o cistită s'a găsit în Inst. Higienic din Insbruck bacilul piocianic alături de colibacili şi streptococi.

Intr'o lucrare mai veche, *Klineberger* l-a găsit tot într'o cistită alături de lactis aerogenis. Lipsesc din literatură constatări că organele genitale ar fi fost invadate de acest microb. Numai la Hirschberg am găsit descrierea unui caz de orhită acută.

Ne rămâne să studiem localizările bacilului piocianic la nivelul arborelui urinar.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Punctul de plecare al acestui studiu a fost o observaţiune a noastră de septico-pioemie cu localizări primitive în băşică, ureter, rinichii.

Vom expune în detaliu acest caz în care am făcut examenul bacteriologic (hemocultura, urocultura) şi controlul necropsic.

Apoi vom relata puţinele observaţiuni similare din literatura medicală, multe din ele incomplect studiate.

Bolnava M. A. în vârstă de 29 ani, căsătorită. din comuna Albeni, judeţul Gorj, de profesiune spălătoreasă, intră în serviciul clinicei în ziua de 23 Mai 1936; într'o stare de cahexie accentuată, extrem de slăbită şi plângându-se de dureri în regiunea epigastrică, inapetenţă şi intoleranţă gastrică.

Antec. heredo-colat. Nimic de semnalat, decât că tatăl a suferit tot de o afecţiune gastrică. Mama sănătoasă şi 2 fraţi sănătoşi.

Antec. pers. Menstruată la 13 ani, măritată la 15 ani. A avut 2 sarcini normale. N'a avut nici un avort spontan sau provocat.

Antec. patol. In copilărie pojar, varicelă şi paludism. Nu uzează de băuturi alcoolice şi nici nu fumează.

Sunt 2 ani de când a început a avea dureri în regiunea epigastrică, cu iradiaţiuni spre coloana vertebrală, pyrosis, vărsături şi hematemese. In Iunie 1935 a avut dureri extrem de violente, pe care bolnava le-ar fi localizat în regiunea inferioară a abdomenului. Medicii consultaţi au diagnosticat un chist al ovarului contorsionat; au practicat laparatomie care a fost numai exploratrice, deoarece s'a constatat integritatea organelor genitale interne. In schimb, bolnava avea un enorJm glob vezical de retenţie urinară, în legătură cu o cistită anterioară. O lună mai târziu, Dr. Nasta precizează clinic şi radiologic un ulcer al stomacului, intervine chirurgical şi găseşte un ulcer piloric cicatricial; face o rezecţiune gastrică, după procedeul Finsterer, complectată printr'o gastro-entero-anastomoză. Interventiunea nu a fost urmată de nici o ameliorare. Durerile epigastrice au persistat şi vărsăturile s'au menţinut chiar pentru lichide. Din cauza durerilor familia ne spune că devenise morfinomană.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La Intrarea în serviciul nostru, aspectul bolnavei este deplorabil. Complect slăbită, nu se poate alimenta din cauza vărsăturilor incoercibile. Are o escară de decubit şi incontinenţă urinară. Globul vesicul este perceptibil deasupra pubisului şi este necesar ca bolnava să fie sondată zilnic („incontinence par regorgement"). Temperatura este ridicată, oscilând zilnic între 38^0—39^0.

In urma tratamentului prescris: urotropină şi injecţiuni cu oleu camforat, clismă cu ser glucozat, etc., urmează o uşoară ameliorare, iar temperatura scade oscilând între 37^0—38^0. Examenul somatic nu arată nimic patologic din partea aparatului cardio-vascular şi din partea pulmonului. Ficatul nu depăşeşte falşele coaste. Durerile epigastrice şi vărsăturile persistă. In regiunea epigastrică se simte impăstrare la nivelul unde s'a practicat gastro-entero-anastomoza.

Examenul sucului gastric după prânzul de probă „Boas-Ewald" arată: absenţa acidului clorhidric liber = 0.

aciditatea totală de 0,102% cu reacţia Adler pozitivă.

Examenul radiologic arată un stomac mic, amputat. Anastomoza făcută în partea declivă, cu gura anastomotică greu vizibilă din cauza aderenţilor, ce

unesc fundul stomacului cu ansele ileale. Ansele intestinului subţire sunt fixate printr'un proces adesiv cu fundul stomacului. Evacuarea stomacului se face cu greu prin gura anastomotică. Din aceste constatări putem trage concluzia că există un proces inflamator gastro-ileal; ceeace produce o întârziere şi tulburări în evacuarea gastro-intestinală. Senzaţiunea de împăstare, de tumoră şi celelalte fenomene clinice sunt lămurite prin constatarea radiologică: proces de perigastrită adesivă. Cantitatea de urină extrasă zilnic prin sondă, variază în jurul a 1000 cmc. Conţine un nor apreciabil de albumină. Nu are glucoză. Reacţiunea Adler este pozitivă (prezenţa hemoglobinei). Nu s'au găsit cilindrii hialini nici granuloşi. După centrifugare se constată numeroase polinucleare în depozitul purulent de la fundul eprubetei de centrifugare.

Examenul microscopic, după o centrifugare mai mare de urină (500 cmc), nu a decelat bacilul Koch (ex. practicat în mai multe rânduri).

Urocultura a dat următorul rezultat:

Urina tulbure, de culoare verde-cenuşie.

Prin însămânţări pe geloză simplă, după 24 ore de termostat (temp. 37⁰), s'au desvoltat numeroase colonii albe-cenuşii, unele, formate de un bacil gram negativ, cu o mobilitate mare. După 48 ore dela însămânţare, tubul de cultură fiind lăsat în contact cu aerul, coloniile au luat o nuanţă verzue şi a apărut pigmentaţiunea verde fluorescentă a mediului, care a pus uşor diagnosticul bacilului pyoceanic, cu mirosul caracteristic acestui bacil. **Celelalte caractere culturale: In bulion,** după 24 de ore, apare la suprafaţa lichidului, pe pereţii tubului o fină peliculă sub formă de inel de culoare verzue murdară. După 48—70 ore tot restul bulionului capătă o culoare cenuşie-verzue, care se transformă curând într'un verde intens. **In lapte,** după 21—36 ore coagulare accentuată în massă, cu o nuanţă gulbue a coagulului, la partea superioară un inel galben verzui. **In gelatină,** colonii albe-cenuşii, lichefiind substratul de gelatină şi comunicând mediului o culoare verde intensă. Proba cu cloroform care servă la extragerea în soluţie a pigmentului albastru, pyocianina, e pozitivă (pentru diagnosticul diferenţial cu bacilul fluorescent).

Hemocultura făcută în ziua de 25 Iunie, în bulion şi bulion glucozat, după 24 ore la temp. 37⁰ = pozitivă.

S'a desvoltat, în cultură pură, un bacil, gram negativ, foarte mobil. Prin transplantare pe tubul cu geloză, după alte 24 de ore, a apărut o cultură abundentă înverzind mediul în mod intens. Bacilul a prezentat la cercetare toate caracterele bacilului pyocianic, mai sus arătate.

Serul bolnavei a aglutinat tulpina de bacili pyocianici izolată din sânge în diluţia de 1:250 (aglutinare intensă) până la 1:300 şi 1:400 inclusiv (aglutinare mai slabă). Bacilul izolat din sânge, inoculat la un cobai, în peritoneu cu 0,2 dintr'un cmc., de cultură de 24 de ore în bulion, a produs moartea cobaiului în 24 de ore cu peritonită, cu false membrane şi septicemie. Splina difluentă. Prin însămânţări făcute din cord, splină, false membrane şi rinichi, s'a cultivat în cultură pură un bacil, dând mediului pigmentaţiunea verde şi cu mirosul caracteristic al bacilului pyocianic. Deasemenea un şoarece inoculat cu 0,1 dintr'un cmc., de cultură, a murit după 24 de ore. Din organele sale s'a izolat bacilul pyocianic.

Astfel din urină şi sânge s'a cultivat exclusiv bacilul pyoceanic.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Examenul sângelui ne-a arătat: globule albe 9200 pe mm. c. Formula leucocitară: 83% polinucleare, 14% limfocite, 3% mononucleare.

Dosarea ureei în sânge: 0,60 cgr. %o.

Starea septicemică se accentuează, temperatura care scăzuse sub 38° se se ridică din nou, oscilând între 38° şi 39°. Pulsul rapid, 120—140 pe minut. Un sughiţat persistent însoţeşte intoleranţa gastrică. I s'au făcut o serie de injecţiuni cu autovaccin, preparat cu bacilul pyocianic izolat dela bolnavă, i s'au administrat tonice cardiace, etc. Bolnava sucombă în ziua de 29 Iunie.

La necropsie am consemnat constatările următoare:

Cadavrul prezintă o escară în regiunea sacrată.

Pulmonar: la secţiunea pulmonului drept se constată la vârful lui, un nodul calcificat de mărimea unei alune.

Cordul cântăreşte 190 grame. Palid, verzui, cu aspect de foaie veştedă, flasc, se lăţeşte pe masa de autopsie.

Ficatul cântăreşte 1460 gr. de culoare galben-verzui. Vezicula biliară mărită de volum conţine o bilă fluidă şi aderenţe ale 'veziculei şi căilor biliare cu cicatricea pilorică. Gura anastomotică este permeabilă, dar există în afară de aderenţele cu căile biliare şi un proces vechi perigastric, care cuprinde şi duodenul şi ansele ileale în procesul adeziv.

Splina cântăreşte 235 gr. cu uşoară peri-splenită, mai ales la nivelul polului superior, unde la secţiune se găseşte pe lângă difluenţa organului un infarct hemoragic.

Rinichii ambii măriţi de volum, capsulele se deslipesc cu uşurinţă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pe suprafaţa ambilor rinichi există o cantitate enormă de abcese cu puroi de culoare verzue, de mărimi variabile de la un bob de mei şi mai mici, punctiforme, până la unele colecţiuni purulente, cu diametrul de circa 4 cm. Suprafaţa de secţiune ne arată aceeaşi diseminare de abcese de volum variabil, predominând în zona corticală. Toate abcesele conţin un puroi galben-verzui. Coloraţiunea verzue impregnează şi parenchimul renal, care înconjoară părţile abcedate. Ambii rinichii sunt egali atinşi. **Basinetul şi calicele** dilatate, hiperemiate cu mucoasa de coloraţiune verzue.

Băşica urinară are peretele îngoşat şi prezintă o mucoasă hiperemiată iar în regiunea fundului vezical există numeroase ulceraţiuni: cistită cronică hipertrofiantă, cu leziuni ulcerative. Semnalăm ca şi în rinichi şi în basinet coloraţiunea verzue atât a urinei, cât şi a mucoasei. Găsim aceleaşi caractere de hiperemie, îngroşarea pereţilor, aspect verzui al mucoasei, ulceraţiuni pe **ambele uretere** cu predominenţă la nivelul ureterului stâng.

Nimic deosebit din partea organelor genitale.

In rezumat, pe lângă procesul peri-gastric, o inflamaţiune, cronică ulcerativă a vezicei, a ureterelor şi barinetului şi o enormă diseminare de abcese în ambii rinchi şi predominând mai ales în regiunea corticală. Aceste abcese de coloraţiune galben-verzue, coloraţiune care impregnează şi restul parenchimului conţineau acelaş microb izolat din sânge şi din urină: bacilul pyocianic.

Din organele de la autopsie: cord, splină, abcese renale, s'au desvoltat colonii, care au pigmentat caracteristic mediul în verde, prezentând, caracterele bacilului piocianic deja descrise cu prilejul hemoculturei şi uroculturei practicate în timpul vieţei.

Studiul microscopic (după incluziune la parafină).

Rinichiul se arată, mai ales în secţiunea făcută în substanţa corticală, o mare cantitate de micro-abcese (acumulări de leucocite polinucleare, şi mononucleare). Tubii contorţi cu epiteluil alterat, nucleii parte dintr'înşii în pignoză, protoplasma granulară, lumenul astupat cu celule necrozate. **Glomerulii** lui Malpighi prezintă modificări importante — hiperemia anselor glomerulare, proliferări ale endoteliului, îngroşarea capsulei lui Bowman. Mulţi dintre glomeruli distruşi de proliferaţiunea leucocitară. Aceeaşi proliferaţiune distruge pe alocurea tubii contorţi ansele lui Haenle. La imersiune şi prin coloraţiune electivă se găseşte o diseminare foarte abundentă de bacili. In glomeruli, în tubii contorţi, în abcesele microscopice, mai ales, acolo unde procesul degenerativ nu a distrus cu totul leucocitii şi celulele glandulare, sau vasele. Sunt porţiuni degenerate, prin confluenţa abceselor şi formaţiunea abceselor mari.

Secţiuni din ureter arată alteraţiuni profunde, infiltraţie leucrocitară sub mucoasă, cu ulceraţiuni. Himeremie, hemoragii multiple. Inflamaţiunea depăşeşte mucoasa, năpădind şi tunica musculară. Vasele din această regiune sunt pline cu numeroşi leucociţi.

Din punctul de vedere microbian se găsesc aceeaşi bacili în tot cuprinsul mucoasei infiltrate şi la nivelul ulceraţiunilor.

Secţiunile din băşică ne arată ca şi la nivelul ureterului o infiltraţiune în masă de leucocite, distrucţiuni ale mucoasei formând ulceraţiuni (necroza, fibrinoidă a elementelor ce alcătuesc această mucoasă), hiperemie în submucoasă. Procesul inflamator cuprinde şi se adânceşte în muşchiul vezical. Toate vasele din muşchi conţin o cantitate enormă de leucociţi îngrămădiţi pe alocurea ca nişte trombusuri. In unele secţiuni se văd îngrămădiri masive de microbi, dând aspectul unei adevărate culturi de bacili.

Notăm încă, în secţiunile din ficat hiperemia capilarelor, degenerescenţe foarte accentuate ale celulei hepatice, uşoare infiltraţiuni leucocitare ale spaţiilor lui Kirnann. Aceste infiltraţiuni nu ajung nicăeri la abcedări ca cele constatate la nivelul rinichilor.

In splină există aceeaşi hiperemie cu tendinţă la hemoragii (la nivelul unor porţiuni din infarct). In ficat cât şi în splină notăm prezenţa bacciliilor piocianici.

Miocardul: prezintă întinse leziuni de miocardită parenchimatoasă şi interstiţială. De remarcat de asemenea multiplicitatea leziunilor vasculare în capilare, cu proliferaţiunea endoteliilor şi leziuni insulare mai accentuate de miocardită parenchimatoasă.

Pyelonefrita a fost constatată mai întâiu de Fraenckel, care a avut un caz, în care bacilii s'au introdus în ţesutul rinichilor după o pielotomie*).

O femee, soţie de medic, a fost operată de litiază renală prin pielotomie. Extracţiunea a fost foarte grea, s'a făcut o incizie mică în basinet, care s'a cusut, lăsându-se numai un mic dren. Temperatura normală anterior se urcă brusc la 38 grade şi apoi la 40 grade. Starea generală agravându-se se

*) Din articolul: Weitere Untersuchungen über die Menschenpathogenität des Bacillus Pyocyaneus. Eug. Fraenchel, Zeitschrift f. Hyg. 1917, vol. 84, pag. 369

Biblioteca Universitatea "Ovidius" Constanta

face o nefrectomie secundară și pacienta este vindecată. S'a trimis lui E. Fraenchel rinichiul extras. Măsoară 10 cm., 5 cm., 3 cm. Capsula greu de scos, suprafața netedă roșie cenușie, cu abcese mici, fine, cu o zonă roșie congestivă împrejur! Corticala de dimensiune normală, Medulara roșie deschis cu abcese liniare; în basinet hemoragii cât o gămălie de ac și hiperemie. Piocianicul a fost găsit în cultură pură. Ex. microscopic: In reg. scoarță și în reg. medulară numeroase zone de infiltrație, care în cortex sunt compuse din celule mononucleare, așezate împrejurul glomerulilor sau a canaliculilor urinari; un abces mai mare la baza unei piramide a compus din numeroase mononucleare, rare polinuclare și numeroase fragmente de cromatină. Lipsesc hemoragiile. Se observă două zone de culoare albastră închisă, care la imersie sunt compuse din numeroși bacili fini. Aceștia sunt în afară canaliculilor uriniferi, parcă ar fi dispuși în fine spații limfatice, dând aspectul pe alocuri a unor canaliculi sau dispuși în formă de rețea. Vasele sunt normale ca și restul parenchimului renal.

Fraenckel interpretează astfel cazul: Pe rinichiul acesta s'a produs o infecție cu b. pioc. care a dat loc la temperaturi persistente și la alterarea stării generale. Din numeroasele cazuri de abcese renale observate de Fraenckel, acest autor spune că e singurul caz în care piocianicul este agentul producător al infecțiunii pe cale ascendentă. Acest caz arată importanța invaziunii bacilului piocianic într'o rană. Când rana este externă, organismul se poate apăra mai ușor. Este însă mult mai periculos atunci când se introduce în cavități ca după operația de empiem sau în organe interne ca în basinet, cum s'a întâmplat în acest caz. Când infecția se produce pe cale hematogenă, localizarea se face, după Fraenckel, în pereții vaselor. In cazul acesta de infecție ascendentă, localizarea este perivasculară în limfatice; nu s'a observat nici zone de necroze cu aspect de infarct cum se văd în cazurile de infecție hematogenă. Aceste abcese ascendente se deosebesc, după Fraenckel, de cele cauzate de microbi banali sau colibacili; sunt alcătuite din elemente mononucleare și numai în focarele mai mari, se găseau polinucleare și fragmente de cromatină.

Aceste nuanțe pe care le stabilește Fraenckel în infecțiunile cu piocianic pe cale basinetală și ureterală sau pe cale hematogenă, nu erau atât de concludente în examenele noastre histopatologice. Desigur în anumite cazuri ambele procese se îmbină, procesele vasculare cu necroze consecutive putând exista alături de abcese cu predominența mononuclearelor, consecutive infecțiunii ascendente uretero-basinetale, propagată mai ales pe cale limfatică.

Acum de curând, în Mai 1935 la Societatea de Urologie franceză Nedelec constată la un nefrectomizat pentru pyonefroze datorită bacilului piocianic o uretrită. La examenul serozității ureterale, se constată bacilul piocianic cu caracterele sale tipice la examenul direct și prin culturi caracteristice. Această uretrită se vindecă prin auto-vaccin.

Deoarece observațiunea noastră personală se referă la o septicopioemie datorită bacilului piocianic, cu punct de plecare în arborele urinar, trebue să subliniem că această localizare demonstrată de Fraenckel este foarte rară și puțin studiată.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Lepoutre citează în cartea sa recentă: Bactériouries, pyélites, pyélonephrites, 1930, posibilitatea de a putea găsi în urina recoltată de la un pielitic, bacilul piocianic, fără însă a indica vreo dată statistică şi nici posibilitatea producerii pyonefritelor. In tratatele mari de urologie *) infecţiile urinare cu bacil piocianic sunt citate dar de asemeni fără nici o indicaţie statistică sau bibliografică, fapt care dovedeşte raritatea lor. Semnalăm încă studiul lui *V. Blum* asupra septicemiei cu bacil piocianic, publicată în Medizinische Wochenschrift, nr. 4,, 1907. Este vorba de un copil cu retenţie congenitală de urină şi care fiind sondat, face o septicemie cu piocianic. Se găseşte bacilul în urină în focarele de supuraţie renală şi în leziunile cardiace. Crede în originea exogenă a infecţiei datorită sondajelor.

Bacilul a mai fost găsit în foarte rari cazuri de către *Noir, Motz, Rowsing, Bernhart,* în urină. După aceşti autori, el este capabil de a distruge ceilalţi germeni existenţi. In monografia atât de documentată a lui *Motz* (1932, Les Pyonephrites) în nici una din cele 152 observaţiuni culese de dânsul nu e vorba de bacilul piocianic. Pyonefrozele sunt datorite în marea majoritate a cazurilor stafilococului şi colibacilului. Mai recent, în 1933, *Advier* şi *Alain* (Soc. de path. exotique, 15 décembre 1933) publică un caz de infecţie urinară cu bacil piocianic.

Nedelec (Soc. fr. d'urologie, séance du 14 mai 1934) aduce două cazuri de supuraţiune renală datorită piocianicului, asupra cărora vom reveni. *Strominger* (Bucureşti) publică la Asociaţia Franceză de urologie din 1935 două cazuri. In primul era vorba de o infecţie urinară cu bacili piocianici cu punct de plecare amigdalian, fără însă predominenţă exclusivă asupra aparatului urinar (era vorba de o septicemie). In al doilea caz exista un sindrom entero-renal cu piocianic, întreţinut de o mobilitate renală.

Această culegere de fapte anatomo-clinice permit astăzi un studiu succint asupra septico-pioemiilor datorite infecţiunii organismului uman cu bacilul piocianic. Relevăm localizările sale cutanate şi acelea care se produc la nivelul unei soluţiuni de continuitate ale învelişului cutanat. Forma de pemfigus gangrenos este de cele mai multe ori semnalată. Infecţiunea e de origină exogenă în marea majoritate a cazurilor. Apoi, localizarea bacilului la copilul născut la nivelul ombilicului, unde se pot produce tromboze, arterite purulente şi metastaze pulmonare. Tot la copil, mai ales în urma otitelor medii supurate, s'a semnalat meningite datorite piocianicului, având toată simptomatologia clasică a atingerii meningeale şi chiar prezenţa bacilului în lichidul punctiei lombare. Forma meningetică poate atinge şi adulţii. Localizarea primitivă poate fi de origine otică, sau gastro-intestinală; dar e foarte interesant de a semnala inoculările cu lichide conţinând piocianicul printr'o neglijenţă culpabilă şi introduse de operator în cavitatea lombară în scop de anestezie.

*) Handbuch der Urologie v. Lichtenberg, Voelcker, Wildpolz. Handbuch der inn. Medizin. Nieren und ableitende Harnwege, de Volhard şi Suter, 1931.
Lehrbuch der Urologie, de Wildholz, Ed. J. Springer, 1934
Traité d'Urologie, de Marion, Masson et Cie, 1936

Formele pulmonare sunt de obicei secundare; în pleureziile deschise se pot produce infecţii secundare cu piocianic. Tot secundare sunt determinările pericardice şi endocardice. Vegetaţii de endocardită se produc mai ales la nivelul unui punct valvular atins anterior de un proces inflamator cu caracter cronic, astfel cum suntem obicinuiţi să constatăm la desvoltarea endocarditelor ulcero-vegetante. Prezenţa bacilului la nivelul vegetaţiilor friabile, fibrinoase, dă semnătura localizării endocardice şi mărturiseşte gravitatea septicemiei. Un grup impozant de localizări îl formează acelea care au fost studiate la nivelul aparatului digestiv. Excepţional la nivelul cavităţii bucale, mai rar la nivelul stomacului, localizarea pe intestinul subţire este cea mai frecventă. Leziunile se aseamănă cu acelea ale febrei tifoide, producându-se infiltraţiuni ale foliculilor lui Payer şi ulceraţiuni la acest nivel, pe mucoasa intestinală. Tabloul clinic îmbracă aceleaşi caractere ca şi în dothienterie, dar serul nu aglutinează decât cu bacilul piocianic. Scaunele adesea galben-verzui îl conţin în abundenţă. Hemocultura şi urocultura sunt pozitive adesea, decelând piocianicul. Atunci când localizarea se întinde şi asupra intestinului gros putem avea şi forme disenterice, excepţionale. S'au semnalat şi studiat la copii mici cazuri de diaree estivală datorită piocianicului singur sau asociat cu altă floră microbiană. Punctul de localizare excepţională îl constitue corneea şi fenomenele de infecţiune gravă, consecutive mai ales traumatismelor oculare şi conducând la panoftalmie, pot fi datorite piocianicului. Ne rămâne de studiat grupul încă restrâns al localizărilor pe aparatul urinar şi o vom face cu mai multe consideraţiuni, observaţiunea noastră constituind un document demonstrativ de septico-pioemie datorită piocianicului cultivat fiind în timpul vieţii din sângele şi urina bolnavei şi coroborat cu examenul anatomo-patologic, pionefroza ce însoţea cistita, ureterita şi pielita pricinuite de infecţiunea cu piocianic.

Michon, care a prezentat la societatea de urologie franceză (Mai 1934) două interesante observaţiuni ale lui Nedelec (d'Angers) spune că *Bresson* în tratatul său de bacteriologie semnalează numai vreo 20 de observaţiuni similare în literatura medicală. Socotim că odată atrasă atenţiunea clinicienilor asupra acestor fapte, observaţiunile de felul acesta se vor înmulţi. Există o serie serie întreagă de infecţiuni ale aparatului urinar cu bacilul piocianic. Unele sunt benigne şi am urmărit un asemenea bolnav mai multe luni, care prezenta o pielită cu urina verzue din care se cultiva în mod constant piocianicul. Ca în toate infecţiunile, există de sigur toată gama determinismului clinic, de la saprofitismul banal până la septico-pioemiile mortale. Foarte interesante instructive şi în acelaş timp demne de cunoscut pentru sancţiunea terapeutică fericită, sunt formele de nefrită supurată difuză, denumite de Motz pyonefrite şi datorite piocianicului.

Cele două observaţiuni ale lui Nedelec vindecate prin nefrectomie dovedesc afirmaţiunea noastră. Fără intervenţiunea chirurgicală bolnavii ar fi sucombat cu fenomene de septico-pioemie. Experimental Brewer citat de Motz nu a putut provoca pionefroza cu pio-

www.libtool.com.cn

cianicul. Stafilococul şi colibacilul se localizează uşor la nivelul rinichiului, mai ales când intervine un traumatism local. Alţi experimentatori, la iepure, prin injecţiuni intravenoase, au putut, cu piocianicul să producă nefrite cu hematurii, şi la şoarece, prin inoculări repetate, o degenerescenţă amiloidă. La om infecţiunea urinară cu piocianic se produce în basinet şi în rinichi pe cale ascendentă în marea majoritate a cazurilor. In observaţiunea noastră, leziunile vechi profunde, ulcerative ale fundului vezical, ureterele îngroşate, dilatate cu ulceraţiuni şi culturile de piocianic în leziunile histo-patologice, aceleaşi constatări la nivelul basinetului, arată că infecţiunea renală cu multiplele abcese a succedat unei infecţiuni ascendente. In pionefrozele datorite stafilococului şi colibacilului atât experimentaţiunea cât şi clinică arată că infecţiunea hematogenă joacă rolul de căpetenie (Achard).

Observaţiuni viitoare vor lămuri dacă şi pentru piocianic se poate invoca aceeaşi patogenie. Cazul nostru pledează pentru o infecţiune ascendentă.

De altmintrelea infecţiunea nu se produce şi în aceste cazuri pe calea unei inflamaţiuni ale mucoasei, printr'un reflex vezico-ureteral care însămânţează direct mucoasa. Atât *Brewer* cât şi mai ales *Sweet* şi *Stewart* au pus în evidenţă că chiar în infecţiunile zise ascendente, circulaţiunea limfatică şi chiar arterială joacă rolul de căpetenie. De la basinetul infectat prin limfatice care comunică cu ale rinichiului — infecţiunea şi abcedarea rinichiului se poate produce. Litiaza renală şi basinetală, cistitele însoţite sau nu de calculi vesicali, servesc de spin inflamatoriu şi fixează piocianicul. Uneori un sondagiu septic sau un cateterism poate deslănţui infecţiunea care la început locală poate lua ulterior caracterul unei septicopiemii. La aceşti bolnavi urinele verzui atrag atenţiunea clinicianului Culturile practicate cu urina, şi atunci când septicemia se declară, hemocultura, decelă de cele mai multe ori în mod exclusiv bacilul piocianic, cu caracterele sale particulare expuse când am studiat hemocultura din observaţiunea noastră.

Trebue să notăm şi faptul interesant semnalat de Nedelec că uneori picioanicul îşi pierde puterea sa colorantă şi numai cultura urinei sau a sângelui arată că e vorba de o infecţiune cu un piocianic special (Obs. I, a lui Nedelec). Examenul histologic al rinichiului extirpat cu pionefroză, acela a rinichilor din necropsia noastră arată culturile de piocianic în ţesuturile abcedate şi dovedesc cauza supuraţiunilor renale. Pronosticul în infecţiunile cu piocianic ne apare de o variabilitate extremă. De altmintrelea astăzi chiar şi în streptococii şi în stafilococii reputate odinioară ca mortale, înregistrăm vindecări surprinzătoare. Şi în infecţiunile datorite piocianicului sunt cazuri benigne, altele grave, multe mortale, când localizări multiple, endocardice, pulmonare, meningee însoţesc septicemia. Dacă diagnosticul este stabilit la vreme, dacă întru cât priveşte rinichiul localizarea la unul singur din cauza unei litiaze anterioare, poate fi urmată de vindecarea prin nefrectomie (Nedelec). In observaţiunea noastră bilateralitatea leziunilor, vechea cistită şi ureterită, imposi-

bilitatea de alimentaţiune din cauza perigastritei adezive consecutive ulcerului stomacal, nu puteau duce la vindecare. Autovaccinul care ar fi putut avea o influenţă asupra infecţiunii cu piocianic nu a dat nici o ameliorare. Am socotit util a atrage atenţiunea clinicienilor asupra acestor infecţiuni datorite bacilului piocianic.

E un capitol relativ nou şi foarte interesant mai ales din punctul de vedere al aparatului urinar şi care merită să ia loc alături de frecventele septicemii datorite celorlalţi microbi, precum e streptococul, stafilococul, pnneumococul, bacilul lui Eberth, colibacilul, meningococul, etc.

Prof. C BACALOGLU, MARIA AUDISIO CICULESCU, P. FOCŞA: *Septico-pyoémies dues au bacille pyocianique.*

Les auteurs ont rassemblé de la littérature médicale, les différents cas d'infections locales et générales atribuées au bacille pyocianique; ils ajoutent une observation personnelle de septico-pyoémie pyocianique, avec localisations et point de départ de l'infection dans l'appareil urinaire. On a observé le plus fréquemment des localisations du b pyc. sur la peau, antérieurement lésé (ecthyma gangreneuse des nourrissons, pemphygus, pustules, varices, escarre etc.) sur la cornée traumatisée de l'oeil, sur les muqueuses de l'appareil digestif, sous forme de nécroses, à l'oreille moyenne (otite), sur les méninges et sur les voies urinaires.

Les documents relatifs aux infections de l'appareil urinaire par le b. pyc. sont nombreux. A signaler le cas Fraenckel: durant une pyelotomie, le b. pyc. fut introduit dans le bassinet, il se produisit une pyelo-nephrite ascendente avec abcès dans le rein, organe qui fut extirpé à temps pour sauver la malade. On cultiva du pus de l'abcès le b. pyc; le cas Blum de sépticemie pyc. par suppuration rénale, à la suite d'un sondaje malpropre et les deux cas Nedelec de pyonéphroses dues au b. pyc. Un de ces cas est intéréssant parce qu'au cours de son évolution le patient avait eu également uue urethrite à b. pyc.

Dans leur observation, les auteurs concluent que la sépticemie confirmée par l'hemoculture positive à bacilles pyocianiques ayant été précédée de longue date—un an avant par des troubles importants de la vessie et par l'uroculture décélant le b. pyc. dans l'urine et que les constatations à la nécropsie avaient mis en évidence de vieilles lesions, profondes, ulcératives du bas fond vésical, des urétères, du basinet et de nombreuses colonies de bacilles pyocianiques observées à l'examen hysto-pathologique; tous ces faits témoignent de la réalité de l'infection ascendante en ce qui concerne la pyonephrite (multiples abcès des deux reins) D'ailleurs ce n'est pas par l'ensemencement direct de la muqueuse, par le refluxe vésico-urétèral, que se propage l'infection; Brewel, Sweet et Stewart ont mis en évidence que même dans les infections ascendentes, la circulation lymphatique et même artérielle joue le rôle principal.

Prof. C. BACALOGLU, MARIA AUDISIO CIUCULESCU, P. FOCŞA: *Septico pioemia dovuta al bacillo piocianico.*

Gli autori hanno raccolto dalla letteratura medicale i vari casi di infezioni locali e generali dovute al bacillo piocianico.

A questi casi, essi guingono anche un'osservazione personale di septicopioemia piocianica con localizzazioni e punto di partenza dal 'apparechio urinario.

Prof C. BACALOGLU, MARIA AUDISIO CIUCULESCU, P. FOCŞA: *Pyocianeische septische-Pyoemien.*

Die Verfasser haben aus der medizinischen Literatur die verschiedenen Fälle von lokalen und allgemeinen Infektionen die dem Bazillus „Pyocianeus" zugeschrieben werden, gesammelt; sie fügen eine persönliche Beobachtung einer pyocianeischen septischen Pyoemie hinzu, bei welcher der Ausgangspunkt der Infektion sich in den Harnwegen befindet und dort lokalisiert ist. Solche Lokalisierungen des Bacillus „Pyocianeus" sind am häufigsten beobachtet worden: auf der vorher schon verlezten Haut (brandartige Entzündung bei Säuglingen, Pemphygus, Pusteln, Krampfadern, Grind etc.); auf der verletzten Hornhaut des Auges; auf den Schleimhäuten der Verdauungsorgane; auf dem Mittelohr (Mittelohrentzündung); auf den Hirnhäutchen und in den Harnorganen.

Dokumente, welche auf Infektionen der Harnorgane hervorgerufen durch den Bazillus Pyocianeus Bezug haben, sind wenig zahlreich. Beachtung verdient der Fall Fraenckel: anlässlich einer Resektion zwecks Entfernung von Eiter (pyelotomie) wurde Pyocianeus in das Nierenbecken eingeführt.

Es entstand eine aufsteigende eiterige Nierenentzündung mit Nierengeschwür; um den Kranken zu retten, wurde die Niere rechtzeitig entfernt. Im Eiter des Nierengeschwüres wurden Kulturen des Bazillus Pyocianeus gezüchtet. Bemerkenswert sind ferner der Fall einer pyocianeischen Sepsis infolge einer durch unsaubere Sondierung hervorgerufenen Eiterung (Blum) und zwei Fälle von Nierenentzündungen, die auch dem Pyocianeus zu verdanken waren (Nédélec). Davon ist der eine Fall besonders interessant, weil der Patient in der Zeit der Entwicklung dieser Nierenentzündung auch an einer Harnröhrenentzündung auf pyocianeischer Basis gelitten hatte.

Aus ihren Beobachtungen ziehen die Autoren vorstehender Arbeit folgenden Schluss: Im Falle den sie beobachtet haben waren der durch positive Hemokultur mit „Pyocianeus" Bazillen einwandfrei festgestellter Sepsis schon vor längerer Zeit — ein Jahr — erhebliche Störungen in der Blase vorangegangen und durch Urokulturen das Vorhandensein des Pyocianeus im Harn erwiesen worden, ferner haben die Feststellungen bei der Totenschau alte, tiefe, geschwürartige Verletzungen des Harnblasengrundes, der Harnröhre und des Nierenbeckens an den Tag gebracht und wurden bei hystopothologischer Untersuchung grosse Mengen von Pyocianeus-Bazillen vorgefunden; alle diese Tatsache erweisen die aufsteigende Infektion die zur eiterigen Nierenentzündung führt (zahlreiche Geschwüre in beiden Nieren).

Uebrigens breitet sich die Infektion nicht durch direkte Bestaung der Schleimhaut, durch Blasen — und Harnröhrenrückfluss aus; Brewel, Sweet und Stewart haben darauf hingewiesen, dass selbst bei den aufsteigenden Infektionen der lymphatische und selbst der arterielle Blutkreislauf die Hauptrolle spielen.

La finele acestui an apare pentru prima oară în ţară:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Anuarul Medical al României

care va umple un gol de mult simţit în rândurile corpului medical al ţării noastre precum şi de toate instituţiile şi întreprinderile cari sunt interesate de stabilirea unui contact mai apropiat cu toţi medicii din ţară.

Deoarece până azi noi nu am avut la dispoziţie o lucrare care să conţie toate indicaţiunile asupra spitalelor, sanatoriilor, farmaciilor, adreselor medicilor şi specialităţii lor este de dorit ca lucrarea care va apare să fie cât se poate de complectă.

Rugăm pe toţi D-nii medici, cititori ai acestei reviste să binevoiască a ne scrie imediat, indicându-ne pe lângă adresa exactă şi specialitatea, numărul de telefon precum şi instituţiile publice sau particulare unde activează.

Editura AESCULAP
Bucureşti I
B-dul Brătianu 22.

AFECŢIUNILE CORDULUI ÎN URMA TUBERCULOZEI SCLEROASE A PULMONULUI

de

Doc. D-r M. CANCIULESCU

Membru corespondent al Academiei de Medicină.

(Sfârşit)

II.

Am menţionat în partea I-a a acestui studiu influenţele de ordin local şi general ce tuberculoza scleroasă a plămânilor, izolată sau asociată, poate avea asupra inimei şi circulaţiei în general.

In partea II-a vom prezenta 2 sindrome în cari causele de influenţare lucrând sinergic determină tablouri anatomo-clinice individualisate.

BCU Iasi / Central University Library Cluj

Primul este Sindromul infundibular care în expresia sa cea mai clară se leagă de o scleroză pleuro-pulmonară stângă, dar care reprezintă în toate cazurile de pneumopatie cronică în special tuberculoasă răsunetul iniţial al ridicării presiunei în mica circulaţie, deci al dilataţiei cordului drept.

Acest sindrom a fost descris în 1919 de Docentul D-r M. Cânciulescu, care de atunci singur sau în colaborare cu D-l D-r L. Eschenazi a revenit în repetate rânduri asupra lui; participarea infundibulului pulmonar la sindromul hipertensiunei circulatorii pulmonare a fost confirmată în mod indirect de către Laubry, Chaperon şi M. Thomas în 1926, când au făcut examenul radiologic fisio-patologic al circulaţiei pulmonare; iar asupra sindromului infundibular al sclerozelor pleuro-pulmonare în special au revenit în 1934 D-ni D-ri C. Alexandrescu-Dersca, E. Lazeanu şi C. Vasilescu prin publicarea unei observaţii clinice cu autopsie, în care dilataţia infundibulului pulmonar fusese luată în timpul vieţei drept anevrism.

Al II-a Sindrom, acela al hiposistoliei cerebrale, consecutiv celui precedent, a fost isolat de D-l Prof. I. Haţieganu în 1930, care a revenit asupra lui într'o serie întreagă de lucrări, singur sau în colaborare.

---

*) Lucrare în manuscris, premiată de Academia Română în sesiunea generală din Mai 1937, cu «Premiul D-r L. L. Russ».

— I-a Parte a fost publicată în No. 7-8 | 1937.

Interdependenţa strânsă a ambelor sindrome a fost subliniată de către autorii lor într'o lucrare comună de dată recentă.

Vom reproduce dupe autorii lor descrierea anatomo-clinică şi câteva fotografii a acestor sindrome dictate de o scleroză broncho-pleuro-pulmonară cel mai adesea legată de o tuberculoză cronică fibroasă a plămânilor.

Sindromul infundibular al sclerozelor pleuro-pulmunare

Autorul a dat acest nume unui syndrom constituit de asociaţia unei afecţiuni scleroase a plămânului stâng cu modificări importante din partea infundibulului pulmonar.

Anomaliile acestui compartiment al cavităţii ventriculare drepte sunt în unele cazuri aşa de pronunţate, încât ele pot fi socotite ca determinând o formă specială, nouă, a acestor afecţiuni.

Un aspect clinic clar, o imagine radiologică, care se deosebeşte de toate schemele date până acum asupra marginei stângi a inimei şi a modificărilor ei în diferite stări patologice, constatări anatomo-patologice precise şi putinţa de a le explica mecanismul fisio-patologic — îndreptăţesc crearea acestui syndrom.

Afectat numai sclerozelor pleuro-pulmonare de partea stângă, cărora le crează o formă anatomo-clinică nouă, el nu se poate confunda cu syndromele infundibulare, pe cari le-a descris Lenoble din Brest în boalele congenitale ale inimei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Este cunoscută frequenţa mare a sclerozelor pulmonare; ele constituesc o etapă în evoluţia multor boale ale aparatului respirator şi în special pentru tuberculoza pulmonară represintă un fel de termen fatal al formelor cronice.

Participarea pleurei sub forma aderenţelor sau simfizei de diferite grade o întâlnim de regulă.

Natura sa inflamatorie şi exiguitatea spaţiului toracic, în care evoluează, fac ca procesul să se întindă şi la organele vecine, a căror formă şi statică sub influenţa retracţiunei inerente sclerozei să fie modificate.

Prin poziţia sa în torace, prin mărimea şi contactul intim cu plămânii, prin dependinţele reciproce fisiologice, inima este organul cel mai adeseori influenţat de sclerozele pulmonare, influenţe de ordin static şi dinamic.

Din punct de vedere static influenţa este de sigur mai pronunţată în afecţiunile purtând asupra plămânului stâng.

Situaţia inimei este în general influenţată prin intermediul tracţiunilor, ce se exercitează asupra sacului fibros pericardic şi a vaselor dela bază.

Sclerozele pleuro-pulmonare în afară de semnele lor proprii, de cele de vecinătate şi de deformaţiile toracice, se mărginesc — în ce priveşte inima — a o pune în contact mai intim cu peretele toracic şi astfel a face vizibile pulsaţiile în mai multe spaţii intercostale; a determina alteori un fel de ondulaţie reptatorie la supra-

fața sa, sau o mișcare de basculă, mouvement de roulis de Jaccoud; sau a o fixa pe loc printr'un proces aderențial și atunci avem toată simptomatologia pericarditei externe; sau a o mișca din loc trăgând-o la dreapta sau la stânga și dând dextrocardiile și sinistrocardiile în diferite grade.

In ordin dinamic și sub influența regimului de mare presiune din circulația mică conduc la dilatația arterei pulmonare, tradusă prin pulsațiuni puternice în spațiul II intercostal stâng, cu răsunet neobicinuit al timpului II, cu dedublare prin precesiune pulmonară, cu suflu diastolic datorit unei dilatări progresive a orificiului, dilatare de ordin funcțional sau determinată de un proces de sclerozare a arterei pulmonare.

Aceste 2 noțiuni din urmă au intrat târziu în patologie.

Evoluția boalei ne face să asistăm în urmă la flexarea ventriculului drept, care se dilată, la început parțial în dauna infundibulului pulmonar, mai târziu total; și prin determinarea unui sindrom tricuspidian terminal, degajat de Lutembacher în 1916, să trecem la tabloul insuficienței ventriculare drepte cu cyanosa ei (Laubry), al insuficienței auriculare tardive și al insuficienței cardiace totale definitive.

Bolnavii atinși de procesul scleros au tot timpul să moară în interval prin procesul natural al boalei causale, printr'una din complicațiile sale sau printr'o boală intercurentă.

Babeș-Bolyai University Library Cluj

Radiologia aduce ca constatări:

dilatația arcului mijlociu pulmonar, și
imaginea de „coeur en sabot".

Iar anatomopatologia:

dilatația hypertrofică a cordului drept, cu sau fără,
scleroza arterei pulmonare și diviziunilor sale.

Deosebirea între sclerozele unilaterale drepte sau stângi sau cu predominență de o singură parte o face devierea inimei într'un sens sau altul.

ASPECTUL CLINIC.

Revenind la simptomatologia proprie a syndromului infundibular îi vom distinge:

1. *Semne de scleroză pleuro-pulmonară,* cari sunt localizate la stânga sau cu predominență de partea stângă.

2. *Deformații toraco-vertebrale,* cari de partea hemitoracelui stâng constau în:

turtire înapoi și înăuntru, ceeace face ca fața autero-externă să privească mai mult în afară și să fie situată pe un plan posterior celei de partea dreaptă;

retracție cu scufundătură localizată sub clavicula stângă;
lărgirea primelor spații intercostale și strâmptarea celor de jos;
oblicuitate mai pronunțată a coastelor;
scoborârea rebordului costal inferior stâng;

asimetria unghiurilor costo-xifoidiene, cel de partea stângă devenind mai ascuţit sau lărgindu-se, după cum apendicele xifoid este atras în mişcare sau rămâne pe loc.

Deformaţiile coloanei vertebrale constau într'o scolioză dorsală superioară cu concavitatea privind la stânga.

3. *Semne cardiace*, cari constau în pulsaţii anormale, violente, sistolice, la nivelul spaţiului II intercostal stâng, însoţite de o:

sguduire puternică a peretelui toracic şi

răsunet intens al timpului II în diastolă;

pulsaţii în mai multe spaţii intercostale prin contactul mai intim şi pe o suprafaţă mai mare a peretelui costal cu ventriculul drept hipertrofiat.

Cordul rămâne pe loc, păstrând rapoartele normale cu sternul; dar pare că ocupă o mai mare întindere în hemitoracele stâng, pentrucă cavitatea acestuia s'a micşorat prin turtire; peretele s'a apropiat de inimă, nu inima de coaste.

Caractere grafice şi radiologice.

Traseuri grafice (fig. 6, 7, 8) *). Inscripţia s'a făcut cu aparatul lui Jaquet; înclinarea în decubit lateral stâng, cum recomandă Pachon, a fost uşurată prin însăşi deformaţia toracică.

Curba socotită ca luată la vârf aparţine tot ventriculului drept; identificarea s'a făcut pe cadavru; asemănarea între curbe precizează significaţia celei superioare.

Ceea ce le-ar caracteriza întrucâtva ar fi:

inscripţia undei auriculare A, dovadă de energia de contracţie a oreietei;

constatarea undei S, sigmoidiene de închidere, pe V, al flebogramei şi pe linia descendentă a cardiogramei, ceea ce, după cum autorul a arătat într'o lucrare anterioară, dovedeşte regimul de mare presiune sanguină, care domneşte în teritoriul circulator considerat şi un oare-care grad de dilataţie a peretelui ventricular.

Platoul susţinut al infundibulogramei mărturiseşte nu atât energia pulsaţiei, cât inscripţia integrală a perioadei de contracţie şi deci dă dovadă de poziţia pulsaţiei; într'adevăr, inscripţia în decubit net dorsal, fără înclinaţie pe stânga, obţine curbe integrale pe infundibul şi deformate, nesusţinute, pe regiunile inferioare ale ventriculului.

Calqiurile (reprezentate în figurile 2 şi 9 din monografia precitată), sunt luate prin transparenţă pe masa de autopsie; ele reprezintă configuraţia externă anterioară a inimei şi deci a rapoartelor cu plastronul sterno costal.

Ventriculul drept formează cea mai mare parte a suprafeţei anterioare, ocupând şi segmentul supero-extern stâng şi, prin împingerea extremităţii superioare a şanţului interventicular anterior pe faţa posterioară, ia parte pe o mică întindere şi la constituirea acesteia.

Ventriculul stâng este redus la o fâşie mică, care se termină

*) No. de ordine al fig. se referă la *Manuscrisul de docenţă* din 1925, Tip. «Ramuri», Craiova.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

la vârful inimei, vârf ridicat în sus şi constituind imaginea radiologică a inimei en sabot.

Bombarea conturului inferior al inimei lipseşte pe ambele figuri, probabil din cauza relaxării postmortale a masei ventriculare.

Infundibulul pulmonar dilatat în diverticul ocupă treimea superioară a marginei stângi a conturului ventricular şi răspunde la spaţiul II intercostal.

Inima nu părăseşte poziţia, rapoartele cu sternul fiind cele normale.

Fotografiile (reprezentate în figurile 3 şi 4), redând mărimea naturală a organului privit pe marginea sa stângă, precizează forma şi situaţia şanţului interventricular anterior.

Se vede cum acest şanţ nu începe pe faţa anterioară, ca de obiceiu, ci pe cea posterioară la 2 ctm. de marginea stângă a feţei, sensibil dedesubtul şi la oare-care distanţă de urechiuşa stângă, conturnează marginea stângă a inimei la 2 ctm. sub orificiul valvular pulmonar, scoboară descriind o curbă cu concavitatea privind la stânga şi merge să împartă vârful inimei în două porţiuni: una superioară aparţinând ventriculului stâng şi alta inferioară şi mai înăuntru ţinând de ventriculul drept, bifiditate a vârfului, care determină imaginea en sabot; se perde în urmă pe faţa posterioară.

In general acest şanţ prezintă în partea anterioară 2 curburi: una superioară, ocupând treimea superioară, cu concavitatea privind la dreapta şi care îmbracă marginea stângă a inimei; alta inferioară, ocupând cele 2 treimi inferioare şi cu concavitatea privind în sens opus.

Privind această margine stângă a inimei reese clar imaginea mişcării de torsiune, care s'a exercitat asupra bazei.

Radiogramele (reprezentate în figurile 1, 5 şi 11) sunt fotografii ale inimei luate la distanţă, deci teleradiograme.

Imaginea inimei, nu în deajuns de clară şi aceasta din cauza obscurităţii câmpului pulmonar stâng şi intru câtva şi a celui drept' se deosebeşte de cea redată de calqiuri; ea reprezintă conturul inimei în viaţă şi în poziţie verticală; acea din urmă pe acela luat pe masa de autopsie.

Primele 2 radiograme dau aspectul unor inimi de tip vertical; credem că acest aspect este datorit nu atât formei alungite şi strâmte a toracelui, cât redresării marginei stângi a inimei, care, prin proectarea spre stânga a regiunei infundibulare, face să se piardă oblicuitatea sa normală; dovada o face radiograma dela fig. II.

Rondelele de plumb puse pe sediul pulsaţiilor, cari au fost inscrise grafic, au arătat că toate purtau asupra ventriculului drept.

Ortodiagrama (repr. în fig. 10) obţinută cu foarte mare greutate din cauza obscurităţii câmpului pulmonar stâng, a permis să distingem în arcul ventricular 2 forme de pulsaţiuni suprapuse; cele superioare se evidenţiau printr'o amplitudine mai mare a mişcărilor.

In inspiraţii adânci conturul inferior nu se separa bine de umbra diafragmatică.

Diafragmul stâng prezinta mişcări mai reduse.

Examenul în poziţii oblice nu s'a putut practica din cauza obscurităţii spaţiului clar retro-cardiac; s'ar fi putut obţine în poziţia oblică posterioară stângă caracteristica imagine, pe care o dă Lenoble în lucrarea precitată la obs. II, privind o boală congenitală prin malformaţie a infundibulului arterei pulmonare la un heredosifilitic, imagine în care buzunarul superior pare a fi format de infundibulul dilatat.

De altfel poziţia oblică posterioară stângă ca şi cea transversă ar fi singurele capabile de a pune în evidenţă dilataţia simplă a infundibulului, dilataţie care, am emis părerea, că ar constitui primul grad al oricărei dilataţii ventriculare drepte.

EVOLUŢIA

Evoluţia pare a nu se deosebi întru nimic de aceia a sclerozelor pleuro-pulmonare în general.

In obs. I fata moare prin progresele consompţiei tuberculoase; în obs. III bolnava prezintă în toamnă syndromul în stare pură şi moare în primăvară prin progresele insuficienţei cardiace totale.

Frequenţa acestui syndrom se poate stabili în spitalele de tuberculoşi; l-am întâlnit în mai multe rânduri şi în diferite grade de schiţare la copii şi adulţi cu torace alungit atinşi de tuberculoză pulmonară în special forma ganglio hilară.

Nu toate cazurile de scleroză pleuro pulmonară stângă îl realizează; şi nu este nici apanagiul exclusiv al tuberculozei pulmonare, recunoscând totuşi acestei boale o aptitudine specială prin localizarea frequentă a leziunilor la nivelul hilului şi prin existenţa unui proces scleros aderenţial şi retractil.

Biblioteca Universitatea "Lucian Blaga" din Sibiu

DIAGNOSTICUL

Diagnosticul dilataţiei infundibulului pulmonar îl pune identificarea pulsaţiei anormale din spaţiul II intercostal stâng; se va putea deosebi astfel de:

dilataţia arterei pulmonare sau a
oreietei stângi, cu exagerare a arcului mijlociu;
anevrismul parietal al ventriculului stâng;
malformaţie congenitală a infundibulului.

Diagnosticul îl face în aceste afecţiuni în primul rând caracterele proprii ale lor şi în urmă lipsa semnelor de scleroză pleuro pulmonară cu sau fără deformaţii toraco-rachidiene.

Dilataţia obişnuită, care ar constitui I grad al oricărei dilataţii a ventriculului drept, în niciun caz nu determină pulsaţii pe marginea stângă a inimei; ea se evidenţiază numai în poziţia transversală sau oblică posterioară stângă; niciodată în poziţie frontală.

ANATOMIA PATOLOGICA.

O reprezintă:

leziunile procesului pleuro-pulmonar;
deformaţiile toraco-rachidiene descrise;

dilatația ampulară a infundibulului, la început izolată și acompaniată numai de o ușoară hipertrofie ventriculară, dar care cu timpul ar putea determina o:

dilatație anevrismală a infundibulului, dacă dilatația nu s'ar întinde la întreaga cavitate ventriculară și printr'o forțare a orificiului pulmonar, a orificiului tricuspidian și oreietei drepte n'ar conduce la o insuficiență cardiacă totală;

dilatația orificiului pulmonar, izolată, fără dilatație ventriculară generală și deci independentă de aceasta, ca în obs. I.

MECANISM FIZIO-PATOLOGIC

Acest syndrom este determinat de o mișcare de torsiune, care se exercită asupra bazei; torsiunea îndreptată spre stânga și înapoi are de efect a aduce pe fața posterioară a inimei extremitatea superioară a șanțului interventricular anterior și cu aceasta și o porțiune din ventriculul drept, care în specie nu poate fi decât infundibulul pulmonar.

Avem astfel o imagine anatomică nouă.

Se întâmplă astfel ca treimea superioară a marginei stângi să fie formată de altă cavitate, care prin deformațiile speciale, ce va imprima curbei să determine și o imagine radiologică nouă.

Regiunea vizată este animată de pulsații puternice, vizibile, anormale cari se pot înscrie pe traseuri grafice; traseurile prezintă anumite caractere; pulsațiile se pot confunda, dacă nu ținem seama de caracterele contingente și de cadrul clinic, în mijlocul căruia evoluiază.

Vom avea astfel și un aspect clinic bine definit.

Mișcarea de torsiune aduce infundibulul pe marginea stângă a inimei și dilatația îi face pulsațiile vizibile.

I. — *Mecanismul torsiunei.*

O tracțiune lentă exercitată asupra bazei inimei, înapoi și la stânga, în direcția hilului pulmonar stâng și a coloanei vertebrale; tracțiunea se exercită prin intermediul extremității superioare și a feței laterale subjacente a sacului fibros pericardic și prin al arterei pulmonare cu ramura sa de bifurcație stângă.

Mișcarea începută este menținută și chiar favorizată activ de peretele costal, care se turtește prin schimbarea de curbură a coastelor și diminuă astfel și cavitatea toracică, dar care și mai adeseori se deprimă direct dinainte înapoi în regiunea subclaviculară formând o adevărată scufundătură.

Mișcarea poate fi ajutată încă prin devierea coloanei vertebrale dorsale, care formând o curbură cu convexitatea la dreapta, îndepărtează punctul de fixare al ligamentului pericardo-vertebral stâng și mai cu seamă atrage hilul stâng în spre dreapta.

In tot acest timp vârful rămâne pe loc, fie că este fixat prin aderențe fie că mișcarea de răsucire asupra bazei este așa de încetă, încât efectul nu se exercitează și asupra vârfului.

Cauzele, deci afecțiunile cari pot determina acest syndrom, nu pot fi decât:

a) procese de scleroză pulmonară stângă cu predominenţă hilară — or acestea sunt în maxima majoritate a cazurilor de natură tuberculoasă.

b) poate deviaţii scoliotice esenţiale ale coloanei vertebrale dorsale superioare.

2. — *Mecanismul dilataţiei*, trebue văzut în regimul de mare presiune, care domneşte în sistemul micei circulaţii în afecţiunile scleroase cronice ale pulmonului;

în constituţia anatomică, care oferă un loc de mai slabă rezistenţă;

în situaţia infundibulului, care îl face să suporte în mod precoce, integral şi susţinut până la sfârşitul contracţiunei sistolice regimul presiunei intraventriculare; şi

ca ultim factor fiziologic, excentralizarea cavităţii infundibulului din axul arterei pulmonare ar face ca coloana sanguină să izbească mai mult peretele stâng, şi cu timpul să-l destindă.

Dilataţia infundibulului poate determina în afară de mărimea generală a cavităţii ventriculare drepte, care poate lipsi ca în observaţia I, o lărgire a orificiului pulmonar, dând o insuficienţă a orif. art. pulmonar.

Acest factor predominând ar putea cu timpul să ducă la o adevărată dilataţie anevrismală a infundibulului, etapă în evoluţie pe care n'are timpul să o atingă, bolnavul sucombând prin progresele cachexiei sau ale insuficienţei cardiace.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Sindromul hiposistoliei cerebrale

Urmărirea unei serii iniţiale de 16 cazuri clinice, dintre cari 6 însoţite de autopsie, a îndreptăţit pe D-l Prof. D-r Haţieganu a distinge încă dela 1930 în cadrul general al hipo şi asistoliei o *formă cerebrală.*

Această formă cerebrală a hiposistoliei se constată numai în hipertrofiile şi dilataţiile pronunţate ale cordului drept consecutive unei alteraţii scleroase a plămânilor.

Pneumopatia cronică precede, conducând prin alterarea scleroasă a ramurilor arterei pulmonare şi prin ridicarea tensiunei în domeniul micei circulaţii la forţarea cordului drept; — o afecţiune primitivă a arterei pulmonare sau a orificiului pulmonar poate conduce deadreptul la acelaş rezultat; — dar afecţiunea scleroasă vasculo-interstiţială a plămânilor mai poate rezulta din însuşi răsunetul mai accentuat (prin precocitate, repetiţie, şi o localizare particulară) asupra plămânilor al unei afecţiuni decompensate a cordului stâng.

Un trecut pulmonar şi o flectare a cordului drept sunt condiţiuni determinante ale sindromului hiposistoliei cerebrale, sindrom datorat în utima instanţă fenomenelor rezultate din stasa pasivă în vena cavă superioară şi in creer.

Simptomele de ordin cerebral au fost semnalate şi mai înainte de diferiţi autori în cadrul asistoliei generale mai ales al celei pulmonare, de Merklen îndeosebi; dar ele erau menţionate în treacăt

şi deşi explicate prin turburări de nutriţie (embolie, tromboză, oedem localizat, crize vasculare, aritmii) şi toxice (retenţie de azot şi clor); stazei, care joacă un rol determinant i s'a recunoscut până în prezent o influenţă restrânsă, iar aspectului clinic, care isbeşte cu precădere, nu i s'a dat atenţia cuvenită, până la descrierea Prof. Haţieganu.

Sindromul hiposistoliei cerebrale prezintă un aspect anatomo-clinic şi un mecanism fizio-patologic particular.

ASPECTUL CLINIC este prezentat de:

I. Semnele pneumo-patiei sclero-emfizematoase, care preced.

II. Semnele hipertrofiei şi dilataţiei cordului drept, care urmează şi

III. Fenomenele de stază în teritoriul cavelor cu preponderenţă în cel al venei cave superioare, cari conduc la sindromul propriu zis al hipo sau asistoliei cerebrale.

I. Pneumopatica cronică de aspect variat, primitivă sau secundară, care constitue *„momentul pulmonar"* al sindromului, evoluiază rapid agravându-se prin crizele repetate de hiposistolie; ea prezintă caracterele clinice particulare afecţiunei în cauză, de obiceiu a unei scleroze pleuro-pulmonare de natură tuberculoasă sau sifilitică şi un caracter radiologic comun tuturor, caracter care constitue semnul radiologic al sindromului şi anume: un aspect în pensulă al radiogramei pulmonare datorat charpantei vasculare îngroşate; este imaginea radiologică pulmonară a acestor bolnavi, cari intră în cadrul cardiacilor negri de tip Ayerza sau Arrilaga, pensulă, sau coadă de cal, care porneşte dela hilurile ele înşi-le îngroşate şi net conturate, hiluri a căror zonă înconjurătoare se întunecă şi capătă un aspect flou pe măsura stasei ce se acentuă în venele pulmonare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Reproducem clişeul Vitan Iosif (Colecţia D-r Haţieganu), pe a cărei fotografie acest aspect este caracteristic.

Semnele pneumopatiei se asociază treptat cu cele ale stasei pulmonare evoluând prin accese evolutive subacute, însoţite uneori de febră, exagerarea tusei şi dispnee, expectoraţie foarte deseori sanguinolentă (datorită unor focare de congestie pulmonară localizată de cele mai multe ori în lobii superiori, mai ales în partea stângă — precum în cazul ce publicăm); — tuberculoza care atât de des a prezidat la origina afecţiunei pulmonare, iese din starea latentă şi se manifestă prin apariţia de b. Koch în spută.

II. Hipertrofia şi dilataţia cordului drept, care constitue *„momentul cardiac"* al sindromului se traduc prin semnele clasice, între cari sunt de reamintit întinderea matităţii cardiace spre dreapta (prin o dilataţie a auriculului drept), pulsaţii la epigastru (datorite ventriculului drept mărit şi culcat pe diafragm), imaginea radiologică de „Coeur en sabot" (prin ridicarea vârfului inimei), bombarea arcului pulmonar şi accentuarea sgomotului al II-lea la focarul pulmonarei.

Sunt de semnalat în caracterizarea acestui moment cardiac câteva fenomene importante:

a) Participarea precoce la procesul de hipertrofie şi dilataţie a ventriculului drept a infundibulului pulmonar (conul arterial) asu-

pra căreia a insistat încă dela 1919 într'o serie întreagă de lucrări D-rul M. Cânciulescu, participare precoce şi activă care la un moment dat face atât de manifestă pulsaţia infundibulară, încât l-a determinat a distinge acel *sindrom infundibular* al afecţiunilor scleroase pleuro-pulmonare mai ales stângi.

Prezentăm 3 clişee (colecţia D-r M. Cânciulescu), în care pe calqiuri şi fotografii luate post mortem (în 1919) şi pe radiografii luate în timpul vieţei (în 1928), se pune în evidenţă dilataţia infundibulului pulmonar.

Acest *stadiu infundibular*, ar constitui primul grad al hipertrofiei şi dilataţiei ventriculului drept şi el traduce răsunetul cel mai precoce asupra cordului drept al ridicării presiunei în mica circulaţie; ulterior, survine lărgirea arcului pulmonar, pe a cărui imagine radiologică o poate continua sau a o masca.

b). Participarea excesivă a auriculului şi urechiuşei drepte, cari s'au găsit extrem de dilatate în opoziţie cu ceea-ce se petrece în hipertrofiile şi dilataţiile cordului stâng. (D-r Haţieganu).

c). Nu se constată nici insuficienţă tricuspidiană nici insuficienţa orificiului pulmonar de cât foarte rareori sau tardiv, (D-r Haţieganu), cu toate că în mod fatal evoluţia fenomenelor ar trebui să conducă către acel sindrom tricuspidian terminal (Lutembacher 1916) şi către insuficienţa orificiului pulmonarei (Laubry).

III. *Fenomene de stază preponderente în domeniul cavei superioare*, care dictează o cianoză extremă nazo-labio-cefalică (adevărat aspect de cardiaci negri); — oedemul feţei, mai ales al extremităţii superioare, oedem prezent când deseori cel inferior este absent sau prea puţin manifestat; — turgescenţa venelor jugulare —, mai ales în tuse sau în poziţie culcată care poate merge până la constituirea unei adevărate dilataţii anevrismatice; — hipertensiune venoasă superioară; — epistaxis frecvent şi abundent; — hipertensiunea lichidului cefalo rachidian; — cefalee nocturnă bifasică, localizată mai ales la occiput şi frontal, survenind sub forme de crize între orele 20—22 şi 5—7, însoţite de senzaţii de plesnire a capului; — turburări de somn (somnolenţă continuă mergând până la soporozitate, ori insomnie rebelă); — stări subcomatoase, comatoase însoţite de fenomene meningee cu redoarea cefei; — fenomene de excitaţie psihică, accese epileptiforme.

Fenomenele de stază în vena cavă inferioară sunt mai şterse; congestie hepatică discretă; albuminurie uşoară însoţită mai ales de apariţia de hematii în urină; — oedem absent sau uşor al membrelor inferioare.

Alte semne cari se pot întâlni sunt: transpiraţii foarte accentuate a extremităţii cefalice; — o excitabilitate musculară determinând convulsii fibrilare; — poliglobulie (între 5—7.000.000) mai marcată la extremitatea superioară (în patogenia ei intrând nu numai fenomene de stasă, dar şi de anoxemie pulmonară); — hippocratism digital.

ASPECTUL ANATOMO PATOLOGIC al sindromului hiposistoliei cerebrale prezintă: o extraordinară cianosă a capului; din

cavitatea craniană se scurge foarte mult sânge; pia şi dura mater cianotice cu hemoragii punctiforme mai ales în partea corticală.

Inima mare, aspect bovin, ventriculul drept culcat pe diafragm ocupă mai toată partea anterioară a inimei şi reprezintă 3/4 părţi din inimă; auriculul drept dilatat cât un pumn, urechiuşa dreaptă dilatată, infundibulul pulmonar bombează şi ajunge uneori (ca în primele cazuri semnalate în 1919) să ocupe 1/3 superioară a marginei stângi a inimei, împingând pe faţa posterioară extremitatea superioară a şanţului interventricular ant.; artera pulmonară şi ramurile ei atinse mai în totdeauna de un proces sclero-ateromatos; miocardul îngroşat şi degenerat.

Vena cavă superioară foarte dilatată bombează şi nu colabează ; venele jugulare turgescente.

Deseori trombusuri aderenţi sau cu început de organizare în jugulare şi în inimă.

Plămânii prezintă emfizem, scleroză interstiţială; arterele pulmonare îngroşate. leziuni de stasă cu infiltraţie perivasculară, aderenţe pleurale întinse.

Ganglionii tracheo-bronşici măriţi, roşii, oedematoşi.

MECANISMUL FISIOPATOLOGIC. Sindromul este determinat de ridicarea presiunei în mica circulaţie, care hipertrofiază ventriculul şi auriculul drept; mai în urmă se dilată cavităţile şi se determină fenomenele de stasă intracardiacă, care se repercutează direct în domeniul cavelor mai ales al celei superioare, şi de aci tot cortegiul semnelor clinice şi anatomo-patologice rezultate prin faptul instalării stasei superioare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Factorii mecanici cari intră în acţiune sunt, dupe Prof. Haţieganu,: un *factor toracic* (leziunile sclero-emfisematoase ale plămânilor, ale ramurilor arterei pulmonare şi rigiditatea toracică) care măreşte barajul vascular pulmonar, ridică presiunea în mica circulaţie, şi împiedică prin modificarea respiraţiei aspiraţia şi regurgitarea sângelui din vena cavă superioară.

un *factor abdominal:* respiraţia abdominală crescută accelerează regurgitarea din vena cavă inferioară şi dă astfel un sânge în plus în cavitatea cardiacă, care ridică şi mai mult presiunea intracardiacă.

Factorul toracic ne permiţând sânge de depozit în plămâni, factorul abdominal nefavorizând sângele de depozit în ficat, fac să intre în acţiune *factorul cardiac*, pe care ridicarea crescândă a presiunei în mica circulaţie şi îngrămădirea de sânge în ventriculul şi auriculul drept îl determină; staza cardiacă rezultată dilată ventriculul drept, auriculul drept şi urechiuşa dreaptă şi favorizează staza deja începută în domeniul cavei superioare.

Infundibulul pulmonar se dilată precoce şi excesiv, pentrucă el reprezintă un loc de mai slabă rezistenţă prin subţirimea pereţilor săi; pentru că prin situaţia sa trebue să suporte precoce, integral şi până la sfârşit excesul de presiune intraventriculară din timpul sistolei; pentrucă prin poziţia sa uşor excentrică suferă un choc mai susţinut pe faţa sa stângă, ceeace îl poate duce pe marginea stângă a inimei

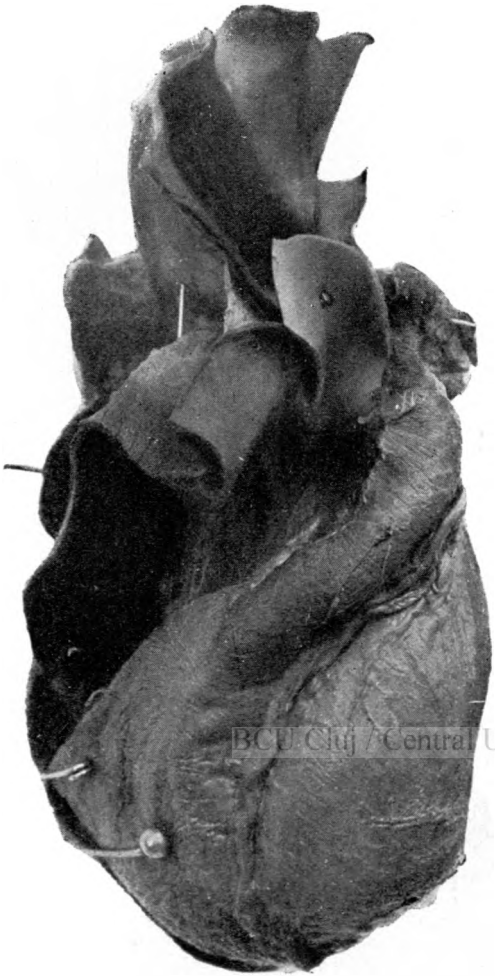


Fig. 1.

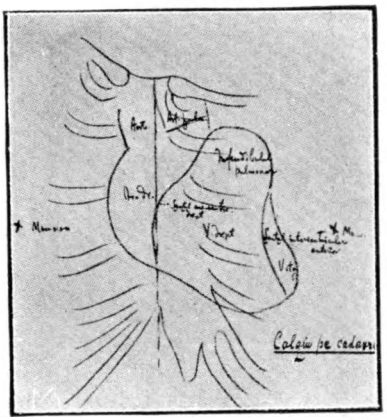


Fig. 2.

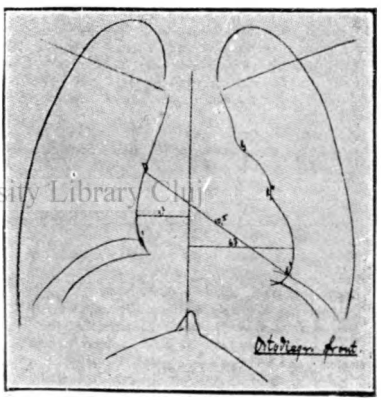


Fig. 3.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

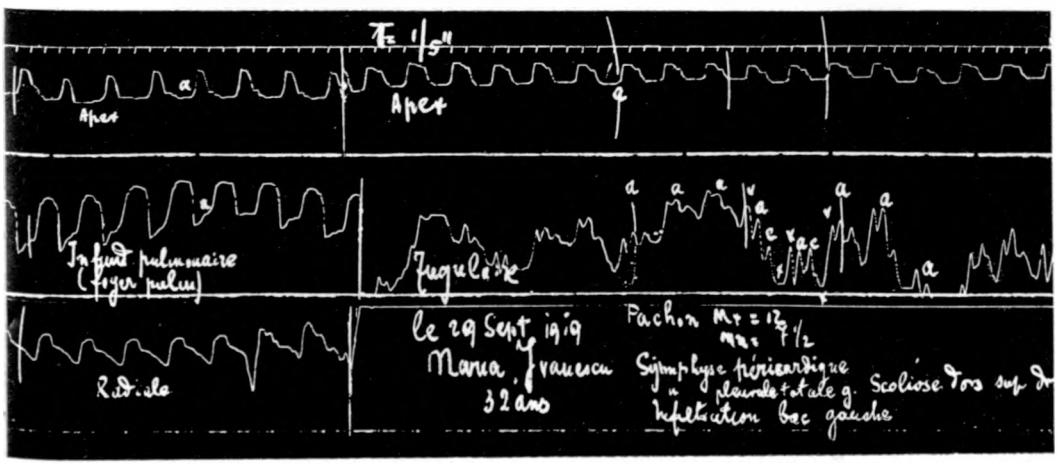


Fig. 4.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fig. 5.

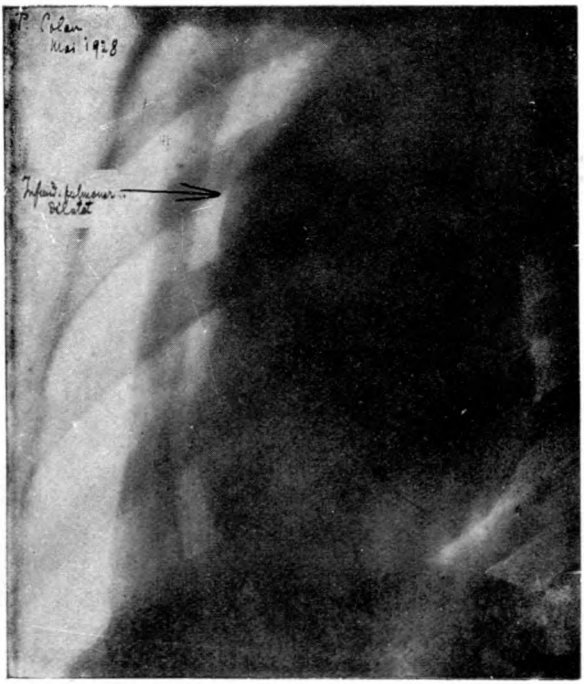


Fig. 6.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

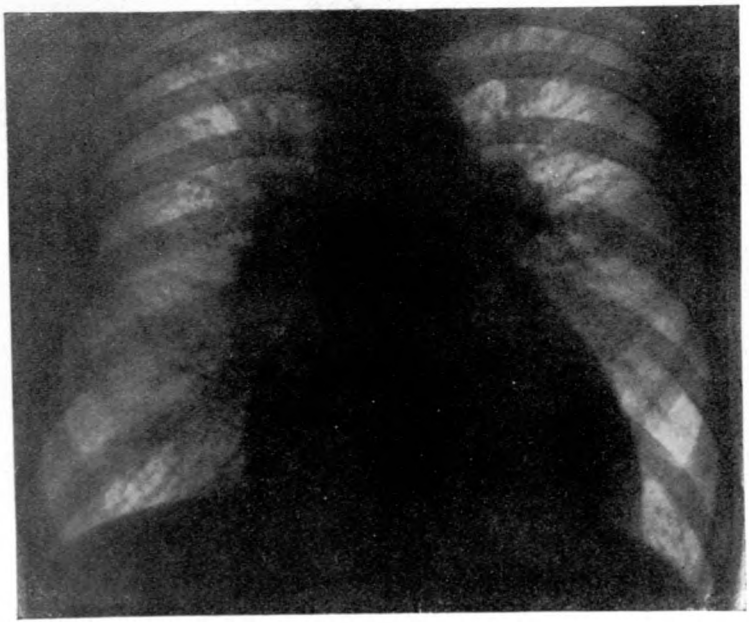


Fig. 9.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

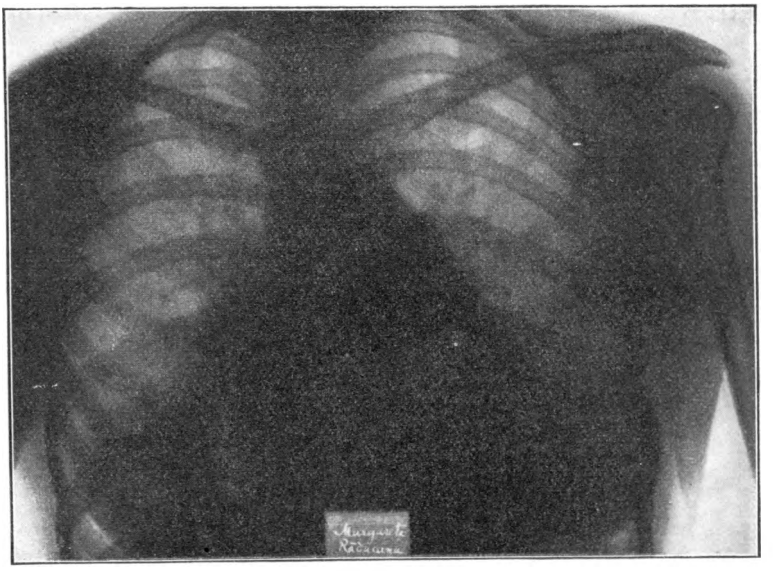


Fig. 7.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

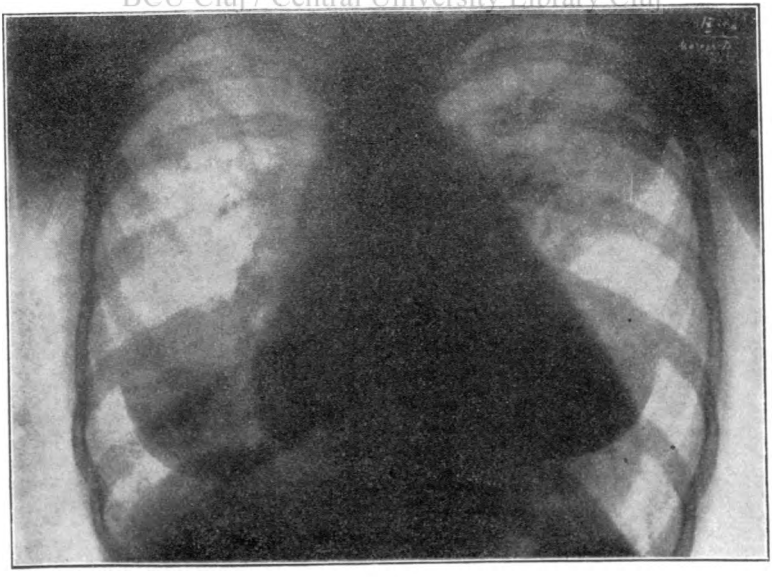


Fig. 8.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

prin intervenţia posibilă şi a unei oarecare grad de torsiune exercitată asupra bazei inimei.

Insuficienţa tricuspidiană şi ceea a orificiului pulmonar nu sunt fatale, putând foarte deseori lipsi, din cauza poate a unei hipertrofii valvulare concomitente (constatată în unele cazuri); din cauza extremei staze şi a excesului de presiune stabilit din artera pulmonară până în auriculul drept, hipertensiune care nu mai favorizează undele retrograde; din cauza poate a unei tamponări a sângelui ventricular şi auricular.

LEGENDA FIGURILOR

Figurile au fost reproduse din lucrările D-lor D-ri **M. Cânciulescu:** Sindromul infundibular al scleroselor pleuro-pulmonare, Craiova, „Ramuri", 1925; şi **I. Haţieganu** şi **M. Cânciulescu:** Sindromul hiposistoliei cerebrale, „Mişcarea Medicală Română", No. 3/1934.

Trimiterile din cursul acestei lucrări se referă la numărul de ordine al figurilor din lucrările de mai sus.

Fig. 1. — Fotografia inimei pe marginea stângă. Leana C., 1919.

Fig. 2. — Calqiu luat pe masa de autopsie. Leana C., Dec., 1919. Tub. ganglio-pleuro-pulm. stângă.

Fig. 3. — Ortodiagramă frontală. Maria T., 14 ani, Febr. 1925. Tub. ganglio-pulm. stângă; scl, pl.-pulm. cu peric. ext.; sindr. inf.

Fig. 4. — Traseu grafic (Ap. Jaquet, decubit lateral stâng). Maria I., 32 ani, Sept. 1919. Infiltraţie pulm. stg.; simfisă pleurală şi pericardită externă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fig. 5. — Radiogramă frront., Petre C., Apr. 1928. Tub pulm. stg. scleroasă.

Fig. 6. — Radiogramă în transv. stângă. Petre C., Mai 1928.

Fig. 7. — Marg. R. Scl. pulm. insuf. mitr., Ian. 1928.

Fig. 8. — Marg. R., Cong. lob. sup. stg., dilataţia venei cave sup., Oct. 1929.

Fig. 9. — Vişan I., 1929. Scl. plăm. şi art. pulm. cu a ramurilor.

BIBLIOGRAFIE

C. Alexandrescu-Dersca, B. Lazeanu şi **C. Vasilescu:** Dilataţie anevrismală a inf. arterei pulmonare cu hipertrofia şi dilataţia cordului drept; insuficienţă cardiacă consecutivă sclerozei pleuro-pulmonare. „Mişcarea Medicală Română" No. 3/1934. — **L. Bernard:** La tuberculoase pulmonaire, Paris, Masson, 1925. — **A. Baemeister:** Lehrbuch der Lungenkrankheiten, Leipzig, 1921. — **Bard:** Formes cliniques de la tuberculose pulmonaire, Genève, Kundig, 1901. — **M. Cânciulescu:** Studiul grafic al oclusiunei valvelor sigmoide ale inimei — Dicrotismul pulsului, Bucureşti, „Typoglob", 194. — **M. Cânciulescu:** Pulsaţia infundibulului pulmonar. „Cercul Medico-Farmaceutic din Craiova", şedinţa din 1 Octombrie 1919; în colaborare cu **L. Eschenasy** la 15 Februarie şi 15 Mai 1920. — **M. Cânciulescu:** Sindromul infundibular al sclerozelor pleuro-pulmonare stângi. — Memoriu de docenţă, Craiova „Ramuri", 1925 şi „Revista Ştiinţelor Medicale", 1926. — **M. Canciulesco** et **L. Eschenasy:** La pulsation de l'infundibulum pulmonaire. — Soc, Méd. des Hôp.

de Bucarest", Séance du 30 Mars 1926 şi publ. în Bull. et Mém. de la Soc. No. 10, Dec. 1927, — **Dumas:** Analyse en Archives des maladies du coeur, (Juin, 1922, pag. 433). — **F. Dumarest:** Sclerose pulmonaire et tuberculose fibreuse. „Annales de Médecine", Tom. II, 3/1932. — **I. Haţieganu:** Sindromul hyposistoliei cerebrale, „Soc. St. Med. din Cluj", 7 Decembrie 1929. — **I. Haţieganu** şi **P. Vancea:** Sindromul hyposistoliei cerebrale. „Clujul Medical" No. 2/1930. — **I. Haţieganu:** Mecanismul sindr. hyposistoliei cerebrale. „Clujul Medical" No. 3/1930. — **I. Haţieganu:** Hypertrofia şi dilataţia cordului drept de origine pulmonară. „Clujul Medical" No. 4—5 /1930 şi „Annalee de Médicine", Juillet, 1930. — **I. Haţieganu** şi **M. Cânciulescu:** Sindromul hyposistoliei cerebrale. „Mişcarea Medicală Română", No. 3/1934. — **Heitz** et **Corone:** Du diagnostique radiologique de l'anévrisme pariétal du coeur. „Arch. des mal. du coeur", Juillet, 1923. — **Jaquerod:** Les processus naturels de guérison de la tuberculose pulmonaire. Masson, Paris, 1925. — **C. Lian** et **Baron:** Les Médiastinites chroniques. „Paris Médical", 16 Nov. 1912. — **Laubry** et **Pezzi:** Traité des maladies cong. du coeur. 1921, p. 142. — **Laubry, Chaperon** et **Thomas:** Etude radiologique du hyle et des vaisseaux pulmonaire. — „Annales de Médecine", Sep. 1926. — **Lenoble:** „Annales de Médecine", Paris 1917, tome IV, p. 256. — **Lutembacher:** „Arch. des mal. du coeur", 1916, p. 141—175. — **M. Letulle** et **P. Halbron:** La tuberculose pulmonaire (în „Nouveau Traité de Médecine" Roger, Widal, Teissier), Paris, 1923, p. 80—83, 164—169, 174. — **Marfan** dela 1891 într'o serie întreagă de lucrări a studiat starea presiunei arteriale în tuberculoza pulmonară. — **Poirier:** Traité d'anatomie humaine, p. 567—568, 587, 617 şi Testut tome II, pag. 20—21. — **A. Pissavy** et **I. Saidman:** Les injections radio-opaques en anatomie pathologique. „Presse Médicale" No. 50/1921. — **I. Saidman:** La vascularisation du poumon tub. Thèze, Paris 1921. — **E. Sergent:** Les synd resp. Paris, G. Doin, 1924. — **H. Tribeulet:** Scl. du poumon, in Tr. de Méd., Gilbert-Thoinot, 1921. — **B. Theodoresco:** Affections du péricarde, in „L'Encyclopedie Médico-Chirurgicale", Paris, 1936. — **Vaquez** et **Bordet:** Radiologie des vaisseaux de la base du coeur, 1929, pag. 215—216 şi Coeur et l'Aorte. Etudes de radiologie clinique, pag. 21 şi următoarele, 177—181.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

M. CANCIULESCO: *Les affections du coeur à la suite de la tuberculose fibreuse du poumon.*

L'auteur montre que la sclérose constitue un facteur favorable pour un poumon tuberculeux, mais d'aggravation pour le coeur.

Une affection cardiaque grave peut suivre à une tuberculose scléreuse du poumon.

Le tuberculeux fibreux guéri de sa maladie par la sclérose des lésions, peut succomber dans la suite par une insuffisance progressive du coeur droit.

Les 2 causes pathogéniques, par lesquelles un poumon tuberculeux scléreux influence le coeur, sont: a) la gêne dans la circulation pulmonaire, qui élève la tension dans la petite circulation, b) les changements de position du coeur par les scléroses pleuro-pulmonaires, déterminant une sinistrocardie ou dextrocardie; par la péricardite tuberculeuse ou la symphise péricardique; par la médiastinite adhésive tuberculeuse.

La tuberculose pulmonaire fibreuse provoque encore des troubles dans la grande circulation, généralement en levant la pression artérielle, et dans la circulation capillaire périphérique, en détérminant l'hippocratisme digito-unguéal (lent et progressif, l'auteur en observant aussi un hippocratisme aigü pendant les poussées congestives lesquelles surviennent chez un tuberculeux chronique).

Comme d'autres phénomènes locaux, peut on observer: — la transmission

à distance des bruits cardiaques;—des frottements pleuraux rythmés par le coeur;— une expiration prolongée rythmée par les battements du coeur; — des depôts de chaux dans les tissus tuberculeux fibreux; — le sclérose des tissus sains dans le poumon soumis à une collabation thérapeutique prolongée.

Dans la sclérose pleuro-pulmonaire de nature tuberculeuse, surtout lorsqu'elle est localisée à gauche, on observe le *Syndrome infundibulaire,* par la dilatation de l'infundibulum de l'artère pulmonaire, *décrit par le D-r M. Canciulesco en 1919.*

Cliniquement le syndrome infundibulaire se caractérise par: a) signes de sclérose pleuro-pulmonaire avec prédominence à gauche;— b) des déformations toraco-vértébrales (aplatissement de la paroi costale sous la clavicule gauche; l'angle-xyphoidien gauche devient aigü; la descente du rebord costal inférieur gauche; la scoliose avec concavité regardant à gauche);—c) signes cardiaques cliniques (des pulsations anormales, pulsations exagerées, au niveau du II-ème espace intercostal gauche; retentissement diastolique intense au foyer pulmonaire) et graphiques (l'inscription de l'onde auriculaire A; la constatation de l'onde S (sigmoidienne de fermeture) sur l'accident V du phlébogramme et sur la ligne descendante du cardiogramme; plateau soutenu de l'infundibulogramme-le cardiogramme inscrit au niveau de l'infundibulum de l'artère pulmonaire).

Les particularités radiologiques du syndrome infundibulaire sont: la dilatation de l'arc moyen, pulmonaire; l'image de coeur en sabot.

Les particularités anatomo-pathologiques sont: la dilatation hypertrophique du coeur droit, avec ou sans sclérose de l'artère pulmonaire et de ses branches, la dilatation ampulaire de l'infundibulum pulmonaire, pouvant simuler un anévrisme.

Ce syndrome infundibulaire anatomo-clinique est déterminé par une torsion, laquelle s'exercite sur la base du coeur par les tissus voisins sclérosés, et par une dilatation de l'infundibulum, due à l'excès de pression, qui s'établit dans la petite circulation.

Un II-ème *Syndrome de l'hyposystolie cérébrale* a été *décrit par le Prof. I. Hatzieganu* en 1930. le syndrome présente: a) des signes de pneumopathie scléro-emphysemateuse, surtout de nature tuberculeuse;—b) des signes d'hypertrophie avec dilatation du coeur droit, qui commence au niveau de l'infundibulum pulmonaire, lieu de moindre résistance;—c) phénomènes de stase préponderante dans le domaine de la cave supérieure, avec cyanose de la face, cephalée nocture biphasique à l'occiput et au front, epistaxis fréquent et abondant, somnolence ou insomnie, phénomènes d'excitation psychique, accès épileptiformes, polyglobulie, albuminurie.

M. CÂNCIULESCU: *Le affezioni del cuore in seguito alla tubercolosi sclerosa del pulmone*

L'autore dimostra che la sclerosi costituisce un fattore favorevole per un pulmone tubercoloso ed uno grave per il cuore. Un'affezione grave cardiaca puó seguire alla sclero-tubercolosi del polmone.

Il tubercoloso pulmonare guarito dalla sua malattia per la sclerosi delle lesioni, puó soccombere per lo stabilirsi della insuficienza progressiva del cor desstro. Le 2 cause patogeniche, per le quali un pulmone tubercoloso scleroso influisce sul core sono: a) la dificile circolozione pulmonaria quale alza la tensione nel piccolo circolo, b) le variazioni di posizione del cuore dovute alle sclerosi pleuro-pulmonare che determinano sinistrocardie e destrocardie; per la pericardite tuberculare e simfisi pericardica, per la mediastinite adesiva tuberculare.

Le t. b. c. polmonare fibrosa provoca auche dei disturbi nella grande circolazione, in genere alzando la tensione arteriale e nella circolazione cappillaria periferica, determinando l'ipocratismo digito-ungueale (lento e progressivo, l'autore osservando ancora un ipocratismo acuto nel tempo delle recrudescenze congestizie nei t. b.-colosi cronici.

Come altri fenomeni locali si puó osservare la trasmissione a distanza dei batiti cardiaci, soffi esstracardiaci molto intensi; sfregamenti pleurali ritmati dal cuore; l'espirazione prolongata ritmata dai batiti del cuore; deposizioni di calcaro nei tissuti sclerosi; la sclerosi anche delle parti sane de polmone.....

Nella sclerosi pleuro-pulmonare di natura tubercolare specialmente se localisata a sinistra, si oserva una *sindrome infundibolare,* per la dilatazione del'infundibolo del arteria pulmonare, *descritto de Canciulescu* in 1919.

Clinicamente questa sindrome infundibolare si caraterizza per:

a) segni di sclerosi pl. pulmonare con predilezione a sinistra;

b) deformazioni toraco-vertebrali (infossamento della parete costale sotto la clavicola sinistra; abbassamento del bordo costale inferiore sinistro, l'angolo costo-xifoidiano sinistro diventa acuto; scoliosi con la concavita guardando a sinistra).

c) segni cardiaci clinici (pulsazioni anormali violenti al nivelo del secondo spazio intercostale sinistro risuono intenso diastolico al focolaio pulmonare) segni grafici (inscrizione del'onda auricolare A: onda S (sigmoidea di chiusura) sul accedente V della flebograma e sulla linea discendente della cardiograma: „periodo di stato" (plateau) mantenuto della infundibulograma (cardiograma pressa al livello dal infundibulo).

Le particularita radiologiche sono: la dilatazione del arco medio pulmonare e l'imagine de «coeur en sabot».

Le particularita anatomo-patologiche sono: dilatazione ipertrofica del cor destro con o senza la sclerosi del arteria polmonare; dilatazione ampolare del'infundibulo dell'art. polmonaria simulando anche un'anevrisma.

Questa sindrome infundibolare anatomo-clinica si produce per una torsione, quale si esercita sopra la basi del cuore dai tisuti vicini sclerosati, e per una dilatazione del'infundibolo dovuta al eccesso di pressione che si stabilisce nel picolo circolo.

Una seconda *sindrome del'iposistolia cerebrale* e stata *descritto dal Prof. I. Haţieganu* nel 1930; la sindrome presenta: a) segni di pneumopatia sclero-emphisematosa, spesso di natura tuberculare; b) segni di ipertrofia e dilatazione del cor destro, che comincia al livelo del'infundibolo dell'arteria polmonare come punto di minorata resistenza; c) fenomeni di stasi preponderente nel domenio della vena cava sup. con la cianosi della faceia, cefalea nocturna bifazica al occipite e a la fronte; epistasis frequente e abondante, somnolenza o l'insonia, fenomeni di eccitaziane psichica, accessi epileptiformi, poliglobulia, albuminuria.

M. CÂNCIULESCU: *Die Herzkrankheiten infolge der fibrinösen Lungentuberkulose.*

Der Verfasser zeigt, das die Sklerose einen günstigen Faktor für eine tuberkulose Lunge bildet und zugleich eine Gefahr für das Herz. Eine gefährliche Herzkrankheit kann einer tuberkulösen Sklerose der Lunge folgen.

Der fibröse Schwindsüchtige, nachdem er durch die Sklerose der Wunden von seiner Krankheit geheilt ist, kann infolge einer progressiven Insuffizienz des rechten Herzens zugrundegehen.

Die zwei pathogenischen Ursachen durch die eine Tuberkulöse-Lunge das Herz beeinflusst, sind: eine Behinderung der Lungenzirkulation, welche den Blutdruck in der kleinen Zirkulation erhöht, 2. die Änderung der Lage des Herzens durch die pleuro-pulmonären Sklerosen die eine Synistrocardie oder Dextrocardie verursachen, durch die tuberkulöse Pericardite oder die Pericardische Symphyse; durch die adhesive tuberkulöse Mediastinitis

Die fibröse Lungentuberkulose verursacht auch Störungen in der grossen Zirkulation, die für gewöhnlich den Blutdruck erhöht, und in der kapillären periferischen Zirkulation indem sie eine digito-unguales Hippokratismus verursacht, (langsam u. progressiv); der Verfasser bemerkt auch einen akuten Hippokratismus während der congestiven Verläufe, die bei einer kranken Tuberkulose vorkommen.

Unter anderen lokalen Erscheinungen kann man bemerken die Übertragung in die Ferne der Herzgeräusche; pleurales Reiben vom Herzen rythmiert; eine verlängerte Ausatmung durch das Herzklopfen rythmiert; Kalkniederschläge in den fibrösen tuberkulösen Geweben in den Lungen die einer terapeutischen verlängerten Kollabation unterworfen sind.

In der pleuro-pulmonären Sklerose tuberkulöser Natur, vor allem wenn sie links lokalisiert ist, bemerkt man eine *Infundibuläre Symptomgruppe,* durch die Erweiterung der Lungenader, die *von Dr. M. Cânciulescu 1919* beschrieben wurde.

Klinisch wird die Infundibuläre Symptomgruppe folgenderweise karakterisiert: a) Zeichen einer pleuro-pulmonären Sklerose mit Vorherrschung nach links, b) Torako-vertebrale Missbildungen (die Abplattung des Rippenkorbes unter dem linken Schlüsselbein); der costo-xyphoidische linke Winkel wird spitz; die Herabfallung des linken unteren Rippenrandes; die Skoliose mit Vertiefung nach links., c) Klinische Herzsymptome (abnormale Herzschläge übertrieben in der Gegend der II-ten linken intercostalen Schicht; diastolicher starker Wiederhall in der pulmunären Gegend) und graphische (die Einschreibung aurikulären Welle A., die Feststellung der S. Welle (Schluss Sygmoid) auf dem Akzident V des Phlebograms und auf der herabgehenden Linie des Kardiograms; Ebene von Infundibulograme verlängert Kardiogram an der Fläche des Infundibulums der Lungenader aufgezeichnet).

Die radiologischen Eigentümlichkeiten der infundibulären Symptomgruppe sind die Erweiterung des Mittelbogens der Lungenader, das Herzbild «en sabot».

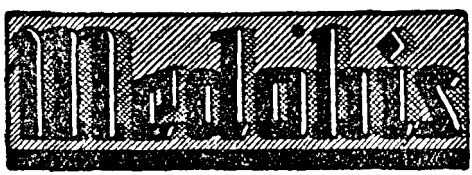
Die anatomisch-pathologischen Eigentümlichkeiten sind: die hypertrophische Erweiterung des rechten Herzteils mit oder ohne Sklerose der Lungenader

und deren Abzweigungen, die blasenartige Erweiterung des Lungen-Ader-Infundibulum die ein Anevrismus vertäuschen kann.

Diese intundibuläre Symptomgruppe, anatomo-klinisch wird durch eine Windung verursacht die sich an der Herzbasis ausübt durch die benachbarten sklerosierten Gewebe und durch eine Erweiterung des Infundibulums, die vom Druckübermass hervorgerufen wird da sich in der kleiner Zirkulation feststellt.

Eine zweite *Symptomgruppe der cerebrallen Hyposystolie* wurde im Iahre 1930 *von Prof. I. Haţieganu beschrieben.* Diese Symptomgruppe zeigt: a) Zeichen einer sklero-emphisematischen Pneumopathie, hauptsächlich tuberkulöser Natur, b) Zeichen einer Hypertrophie mit Erweiterung des rechten Herzteils, die in der Gegend der Lungeninfundibulumus beginnt, Stelle der minderen Resistenz, c) Erscheinungen einer überregenden Stauung in der Gegend der oberen Hohlvene, mit der Cyanose des Gesichtes, byphasische Kopfschmerzen in der Nacht in Okzipit und an der Stirne, oftvorkommendes und reiches Epistaxis, Schlafanlage oder Schlaflosigkeit, Erscheinungen einer psychischen Aufregung, Epileptischartige Anfälle, Polyglobulie und Albuminurie.

PENTRU TERAPIA SIFILISULUI



SOLUŢIE CLARA DE BISMUT IN COMPOZIŢIE OPTIMALA

Avantagii: 1) **Nu o dureros.** 2) Nu produce reacţiuni locale (dureri, inflamaţiuni sau efecte nedorite). 3) 0,70 gr. sol. conţine **0.06 gr. bismut metalic.** 4) Resorbţie rapidă. 5) Acţiune de lungă durată. 6) Manipulare simplă.

CHINOIN S. A. Exclusivitatea: FREDERIC SPODHEIM & Co. S. A.
Bucureşti I, Str. Sf. Constantin, 4.

HORMON SEXUAL MASCULIN

Titrat în unităţi biologice de peşte

O ampulă conţine **50** unităţi biologice

Un drageu conţine **20** unităţi biologice

In comerţ: Flacoane cu 40 drageuri şi cutii cu 10 amp.

CÂTEVA DATE ASUPRA CAUZELOR CE INFLUENȚEAZĂ PROGRESUL T. B. C. LA POPULAȚIA DIN CIRC. DORNA

de

D-r GH. ALECSANDRESCU

Medic Vatra Dornii.

Populația dela munte se tuberculizează progresiv, — concluziile, la cari ajunge autorul și datele, pe cari se sprijină în constatările făcute între 1931—1936 la populația din Circ. Dorna (Bucovina), de 7000 suflete, fiind valabile pentru toți locuitorii dela munte, ai țării noastre.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Între cause autorul citează: lipsa locuințelor higienice; — contactul cu vizitatorii bolnavi de T. B. C.; — încorporarea tinerilor în garnizoanele de ses, cari în urmă se întorc la vatră; — lipsa de profilaxie și asistență sanitară a bolnavilor de T. B. C.; — alcoolismul (9 cârciumi în 1931, 22 în 1936); — alimentația insuficientă calitativă (printre copii din școală: 42 școlari hrăniți cu lapte centrifugat în 1931, 240 în 1936; 34 debili în 1931, 175 în 1936; zero tuberculoși în 1931, 8 în 1936), prin industrializarea laptelui (28 centrifuge separatoare în 1931, 230 în 1936).

Este aproape paradoxal să se creadă cum că populația dela munte care trăește într'un mediu, unde bolnavi cu t. b. c. confirmată vin și-și găsesc condițiile de ameliorarea sănătății lor, să se îmbolnăvească de tuberculoză.

Multiple cauze, din cari numai câteva vor fi enumerate mai jos, influențează în largă măsură exagerarea morbidității și chiar a mortalității în rândul acestei populații. Această chestiune vizează cred, întreaga populație dela munte cu mici deosebiri, referindu-mă la unele sate c'o stare economică mai bună. Singură populația dela munte se credea la adăpost de tuberculoză, prin multiplicitatea unor factori de cele mai multe ori iluzorii, cari o făcea ca quasi resistentă în fața unui atare flagel. Dacă tuberculizarea mediului rural din

regiunea şesului şi dealurilor, registrează o curbă în complectă ascensiune, prin aglomerarea şi nehigiena locuinţelor, lipsa unei raţionale alimentaţii, deficit economic, exces de muncă etc., se pare că la munte această problemă nu este legată de aceiaşi flactori morbizi. Datele ce ni le oferă statisticile, nu sunt sigure şi nici nu precizează exact, procentul bolnavilor şi morţilor de tuberculoză în mediul rural, mai ales că toţi tuşitorii sunt luaţi drept tuberculoşi sau invers. In cele 15 mii de sate, se înregistra până pe la 1933 între 12 şi 15 miii de morţi anual de t. b. c. (Prof. Proca Rom. Med. No. 19 1934). Pentru Bucovina era un procent de 14 decese de t. b. c. la 10 mii de morţi, comparativ cu cifra de 17.7 din Maramureş socotită ca cea mai ridicată din ţară. Până mai ieri aceste date fluctuau din cauză că verificările de decese erau făcute de primar, notar, secretar, etc.. cari diagnosticau moartea cu un nume mai apropiat conştinţei lor. Justifică această afirmaţiune, ridicarea bruscă a procentului de morţi de t. b. c. la 25 mii, decând verificările de decese, sunt făcute de către medic în comuna de reşedinţă şi de către organele subalterne în celelalte comune. Cu toate acestea nici procentul de mai sus nu este absolut.

„Suntem deci la începutul tuberculizării acestui mediu (rural) şi toate datele statistice şi clinice arată cât de gravă este această perioadă a invaziei tuberculozei, într'un mediu încă relativ virgin" (dr. Nasta Rom. Med. No. 9 1933). Acestea le-am putea spune cu foarte multă indulgenţă pentru populaţia dela munte, care încet dar sigur, va atinge curba morbidităţii populaţiei dela şes. Datele privitoare la această chestiune au fost culese din circumscripţia Dorna, c'o populaţie de 7 mii de suflete şi care date formează cheia de boltă a întregii probleme, cu atât mai mult cu cât aceste patru comune sunt de obşte cunoscute ca fiind, înceace priveşte starea economică, dintre cele mai bune. Aceste noţiuni au fost culese personal din anul 1931 şi până la 1 Ianuarie 1937, deci pe o perioadă de 6 ani şi 'n cari se oglindeşte sănătatea ţăranului dela munte care a fost şi este socotit şi astăzi încă, ca cel mai sănătos capital human, al neamului nostru. Nu există aşa dar nici o exagerare în relatarea acestor date, ele formând certificatul autentic al factorilor ce subminează sănătatea şi economia populaţiei de la munte. Aşa dar progresul tuberculozei în rândurile ţărănimei dela munte o găsesc legată de: Lipsa locuinţelor higienice, 2. Contactul cu vizitatorii bolnavi de t. b. c. 3. Incorporarea tinerilor în garnizoanele de la şes. 4. Lipsa unei raţionale profilaxii şi asistenţe sanitare. 5. Alcoolismul şi 6. Alimentaţia deficitară calitativ prin industrializarea laptelui.

I. LIPSA LOCUINŢELOR HIGENICE.

Dacă locuinţele dela şes, lasă atât de mult de dorit ca aspect şi higienă, dând înfăţişarea satelor de adevărate bordee, nici la munte unele dintre ele mai ales acele cari au fost în zona de răsboi şi cari au fost distruse în întregime, n'au aspect mai frumos. Ţărănimea din circ. Dorna care a fost evacuată, n'a putut nici până azi

să-şi refacă gopodăriile şi locuinţele, venind sărăcită, din refugiu şi neprimind despăgubirile de răsboi. Cu ce a avut şi-a înjghebat un adăpost cu o cameră cel mult două, în care ţăranul s'a mulţumit să trăească înghesuit cu familia lui. Abia în anii din urmă, s'au ridicat case cu câte trei, patru camere, din care numai una a fost terminată şi locuită.

Numărul camerelor nu joacă rol, fiindcă de ar avea casa cinci sau şase încăperi, numai una este întrebuinţată ca locuinţă, restul la ocazii ca: cumetrii, praznice etc. Intr'o cameră de multe ori cu un cubaj de 20 până la 50 m. cubi, trăeşte o familie compusă din 5 până la 10 membrii. Acestora li se mai adaugă în timp de iarnă şi unele animale ca: miei, viţei etc. Dacă se ţine seamă că la Dorna clima este răcoroasă tot timpul anului, în afară de cele trei luni de vară, de unde şi zicătoarea locală „9 luni iarnă şi trei frig" şi când familia în afară de bărbat care pleacă la muncă, rămâne acasă, se poate deduce ce aer şi în ce mizerie cresc mai ales copiii. Cele mai elementare condiţii de higienă lipsesc acestor locuinţe (cele construite imediat după răsboi).

TABEL No. 1

De numărul locuinţelor higienice şi nehigienice din circ. Dorna

Numirea comunelor	No. total al locuinţelor	Locuinţe cu o încăpere					Locuinţe cu 2 încăperi					Locuinţe cu multe încăperi					No. total al populaţiei	Observaţiuni.
		No. locuinţelor higienice	No. locuinţelor nehigienice	No. indivizilor ce le locuesc	No. bolnavilor de t. b. c.	No. predispuşilor pentru t. b. c	No. locuinţelor higienice	No. locuinţelor nehigienice	No. indivizilor ce le locuesc	No. bolnavilor de tuberculoză	No. predispuşilor	No. locuinţelor higienice	No. locuinţelor nehigienice	No. celor ce le locuesc	No. bolnavilor de t. b. c.	No. predispuşilor la tuberc.		
Com. Păltiniş	240	—	90	251	11	39	40	90	405	7	41	16	4	64	1	7	720	
„ S. Dornei	590	—	105	490	29	58	120	280	1581	28	52	45	40	239	7	11	2310	
„ N. Smului	430	—	62	258	8	52	185	130	1450	19	75	43	10	258	5	12	1950	
„ Dorna	480	—	96	360	18	68	160	205	1705	31	56	17	2	95	5	9	2160	

Luminatul se face prin nişte gemuleţe sub 0,9 dm. pătraţi. Ventilaţia se face numai ziua şi aceasta în mod discontinuu, noaptea soba fiind astupată, tot aerul viciat rămâne în cameră. Nu mai vorbesc de felul în care sunt întreţinute aceste locuinţe, văruite odată pe an la Paşti, duşumeaua nespălată cu lunile. Se scuipă pe jos şi se usucă rufele în casă, etc. Sartory şi Langlois făcând o analiză a aerului şi a prafului din holul gării St. Lazare au găsit 325 mii bacterii pe m. c. iar Risler şi Thiroux pe o masă de lucru, 5 milioane bacterii pe m. p. Dacă s'ar osteni cineva şi la noi să facă o analiză a aerului şi prafului dintr'o asemenea casă, rezultatul ar înregistra miliarde de bacterii.

In construcţia locuinţelor cât şi în întreţinerea lor, nici un sistem de orice ordin nu este băgat în seamă, cu toată legea de aliniere a satelor ce există. Lipsa oricărui considerent higienic, comportă nu numai construcţia locuinţelor ci orientarea cât şi aşezarea topografică. Se construesc case pe locuri mlăştinoase, um-

broase (între doi munţi) unde soarele nu pătrunde decât în cele trei luni de vară. Acestea au pereţii îmbibaţi de apă, duşumelele putrede, aerul din interior miroase a mucigaiu, constituind adevărate lazarete pentru locatari. Copiii sunt palizi, debili, rachitici, într'un cuvânt preparaţi pentru infecţia tuberculoasă. In sprijinul afirmaţiilor de mai sus dau tabloul No. 1 în care se cuprind numărul locuinţilor higienice, nehigenice, a tuberculoşilor cât şi raportul strâns ce există între locuinţele proaste şi prepararea terenului pentru orice infecţie. Din prezentul tablou, se vede procentul mare de t. b. c. şi predispuşi, la rubrica primă, fiind consecinţa aglomerării familiilor într'o singură cameră. Aceste cifre sunt destul de concludente şi demonstrative pentru a dovedi ca prim factor morbid, locuinţele nehigienice. In timp ce în alte ţări se dă aşa de mare atenţie rezolvirei acestei spinoase probleme, noi permitem mai departe construcţia caselor ca 'n primitivitate, dând un aspect aşa de urât satelor noastre, formând cuiburi de infecţie pentru cei ce le locuesc. In ţări ca: Germania care în 1928 a cheltuit peste 30 milioane de mărci pentru construcţii de case, in Cehoslovacia care de la răsboi a cheltuit 10 miliarde tot pentru acelaş scop, în Anglia care a construit pentru populaţie peste un milion de case, se poate vedea interesul însă şi a statelor pentru încurajarea de construcţii de locuinţe higienice.

II. CONTACTUL CU VIZITATORII BOLNAVI DE T. B. C.

Biblioteca Universitară Cluj / Central University Library Cluj

Regiunea Dornelor, prin pitorescul ei variat, prin puritatea aerului cât şi prin bogăţia lui în ozonă, atrage în fiecare an, vara mai ales, mii de vizitatori. Dacă unii din aceştia, vin pentru recreaţii, pentru distracţii sau să respire alt aer decât cel al oraşelor, alţii vin însă să-şi amelioreze boala de care sufăr, fie trimişi de către vre un medic, fie din imboldul lor personal. Dacă în staţiune (V. Dornii) vin cardiacii cari profită de eficacitatea miraculoasă a izvoarelor de apă carbogazoasă, în satele de prin împrejurimile staţiunii, vin bolnavii şi debilii pulmonari, cari în fond nu sunt decât cu forme de tuberculoză latentă. Familii întregi cu copii palizi cu tuberculoză ganglionară, pulmonară incipientă, cataruri bronchice etc., nu caută oraşul ci îmbâcsesc satele unde găsesc linişte deplină, un confort mai ieftin, o alimentaţie mai proaspătă, mai abundentă şi mai bună. Ajunşi aici, diseminează baccilii în jurul lor, prin flegma pe care o aruncă în toate părţile, fie prin contactul ce-l au cu populaţia direct sau indirect.

Bineînţeles că deaici nu rezultă, a fi incriminaţi toţi aceşti oaspeţi că ar fi rezervoare de bacili, dar majoritatea lor sunt şi neavând nici o educaţie în acest scop, infectează involuntar gazdele cu cari vin adesea în contact.

Medicul oficial până prinde de veste şi ia măsurile dictate de împrejurări infecţia s'a produs cu atât mai mult cu cât această populaţie dela munte socotită virgină de t. b. c. nu are nici un prag de rezistenţă contra acestei boli. Din tabloul No. II., se desprinde acest trist adevăr că vizitatorii bolnavi lasă urme la plecarea lor.

Am dat date ce cuprind situaţia vizitatorilor în ceace priveşte sănătatea pe fiecare an. Din totalul lor, au fost examinaţi numai o parte găsind bolnavi de t. b. c. şi predispuşi. Unii din ei n'au fost examinaţi nepermiţând examenul sub diferite pretexte, încât un text de lege nu există care să împuternicească pe medicul oficial să examineze cu forţa pe un individ. Nu exclud nici ceilalţi factori la favorizarea infecţiei t. b. c. la populaţia care a găzduit vizitatori bolnavi, însă terenul fiind pregătit, acesta a aşteptat sursa microbiană care a găsit preparat organismul. Locuitorii gazdei au fost urmăriţi îndeaproape câte 2 şi trei luni, aceştia au desinfectat locuinţele la plecarea vizitatorilor, chiar în prezenţa organelor sanitare, totuşi la unii infecţia s'a produs. Bolnavii găsiţi cu fenomene clinice care denota prezenţa unei t. b. c. au fost izolaţi iluzoriu la domiciliu. Unii expectorau alţii nu. Din sat nu putea fi trimişi

TABELA No. 2

de vizitatorii pe fiecare an cari au locuit în raza circumscripţiei

Numărul anilor	Numărul familiilor	Totalul adulţilor	Totalul copiilor sub 15 ani	Numărul celor examinaţi	Numărul bolnavilor de t. b. c. găsiţi printre ei	Numărul celor suspecţi de tuberculoză		Numărul celor ce s'au îmbolnăvit după plecarea vizitatorilor din gazde	Tuberculoză pulmonară	Alte forme	OBSERVAŢIUNI
1931	8	20	16	12	2	1		—	2	—	
1932	10	18	26	18	5	3		1	5	—	
1933	9	21	19	24	5	6		—	4	1	
1934	20	32	36	38	7	4		3	5	2	
1935	21	39	49	51	6	5		2	6	—	
1936	28	40	46	56	9	6		4	7	2	

BCU Cluj / Central University Library Cluj

unii din considerentul că li s'a recomandat regiunea de către un medic, alţii din motive financiare etc. Din totalul infecţiilor t. b. c. ce s'au produs, procentul mare îl dau copiii şi femeile fiindcă ei au stat acasă şi au venit mai des în contact, bărbatul fiind mereu la muncă. Numărul vizitatorilor creşte cu fiecare an, în măsura ameliorăriii crizei economice, şi odată cu aceasta creşte şi procentul de tuberculoşi. Ar trebui reglementată intrarea acestor vizitatori în satele de munte astfel ei să fie obligaţi să treacă pe la medicul respectiv spre a fi luat în evidenţă, sau să se prezinte cu fişa de sănătate dela medicul oraşului de origine.

III. INCORPORAREA TINERILOR ÎN GARNIZOANE DE ŞES.

Nu ştiu dacă această chestiune nu va surprinde pe mulţi, adevărul este însă că o parte deşi mică din tinerii ce sunt încorporaţi în special în garnizoane de şes, se întorc chiar în primul concediu, adese ori bolnavi de tuberculoză. Specialitatea armei nu cred să aibă altă influenţă decât doar că unele armate întrebuinţează metoda de instrucţie poate extenuante pentru unele categorii de tineri, se surmenează soldaţii. Am constatat mai des tuberculoza la tineri ce fac

parte din regimente de vânători, grăniceri şi infanterie. Aceşti tineri la încorporare au fost vizitaţi de către un medic fie chiar medicul de circumscripţie şi nu prezentau nici un semn de tuberculoză, aceştia după două, trei luni de zile, manifestă simptome de t. b. c.

Bineinţeles că o infimă parte comportă această afirmare. Forma de t. b. c. mai des observată, este tuberculoza pulmonară. Pe lângă surmenaj, tuberculizarea acestor tineri, se datoreşte şi contactului permanent, în atmosfera specifică căzărmii, cu alţi camarazi, prezentând forme latente de tuberculoză cu descărcări discontinui de bacili prin spută. Majoritatea soldaţilor din regiunea muntelui, se găsesc până la încorporare indemni de tuberculoză datorită condiţiilor speciale în care au trăit unii din ei. Cu alte cuvinte, organismul lor, sub influenţa factorilor anergisanţi: surmenaj, aer viciat, praf, alimentaţie insuficientă sau incomplectă calitativ şi cantitativ, depresiune psihică prin trecere în alt mediu etc., se va comporta faţă de bacilul t. b. c. ca un teren lipsit de rezistenţă, propice desvoltării unei tuberculoze cu o evoluţie adeseori galopantă. Aceşti bolnavi fiind descoperiţi, sunt trimişi acasă în concediu de boală, fie că parte sunt internaţi în sanatorii militare. Prin tratament, prin alimentaţie, aer etc., unii din bolnavi se ameliorează şi se întorc la regimente unde termină armata, alţii sucombă acasă sau în spitale. Confuzia este că o parte din tinerii încorporaţi în garnizoanele de şes se tuberculizează, prin condiţiile noui de viaţă ce le au. Ei fiind lăsaţi la vatră, devin rezervoare de baciii pentru familie şi vecini. Parte din aceştia datorită unui tratament adecuat se vindecă, iar ceilalţi mor cu fenomene meningeale sau pulmonare.

IV. LIPSA DE PROFILAXIE ŞI ASISTENŢĂ SANITARĂ A BOLNAVILOR DE T. B. C.

Pe umerii medicului sanitar aruncă fiecare povara ignoranţei acestuia în materie de tuberculoză. Acesta nu ar fi la înălţimea higienistului care ştie să întocmească statistici şi diagrame şi din cauza aceasta se prăpădesc în fiecare an zeci de mii de bolnavi de t. b c. Nu se poate o greşeală mai mare de a face responsabil de ignoranţă pe bietul medic sanitar care „nu vede rostul adevărat al declarării tuberculoşilor, care-i dă posibilitatea de a ţine pe bolnav sub supraveghere, ci numai datoria de a-l raporta organelor sanitare superioare" d-r. Râmneanţu Cluj. medic. No. 12/936. Fiecare ştie din noi că declararea unui caz de tuberculoză sub orice formă ar fi, nu aduce imediata izolare a acestuia într'un spital, sanatoriu etc., încât acesta continuă să rămâe între copii, soţie, rude, etc., pe care-i hrăneşte zilnic cu doze masive de bacili, până soseşte un laconic răspuns dela un sanatoriu că va fi anunţat la timp, să se prezinte de aşi ocupa locul. Ce face medicul sanitar? Il descopere, îl raportează, îl izolează la domiciliu, aşteptând câte o lună de zile, internarea lui în sanatoriu. Izolarea la domiciliu este iluzorie. Ce fel de izolare se poate face într'o odae unde mai locuesc încă 5 sau 10 suflete? Numai cu poveţe şi strajă la uşă, se ajunge ca bolnavul să sucombe înainte de a fi internat, iar patul să fie ocupat de alt

membru al familiei care a venit mai des în contact cu bolnavul. Se impune medicului sanitar supraveghere multă pentru bolnavii cu lisiuni stinse, pentru cei predispuşi spre a nu ocupa patul în zădar într'un sanatoriu, însă izolare imediată a bolnavilor cu lesiuni în evoluţie, ce sunt un perpetuu pericol pentru familie şi anturaj, iată ce poate fi de folos unei eficace profilaxii. Precum constată şi A. Guinard de la Bligny că „Internarea în sanatoriu trebue rezervată numai bolnavilor, prezentând semne de siguranţă, imagine radiologică sau bacterioscopie pozitivă, controlată prin examene repetate, care astfel implică diagnosticul de t. b. c. activă sau încă recent activă, reprezentând singura tuberculoză, maladie în contra căreia trebue dusă lupta profilactică şi curativă" deci „internarea cât mai rapidă, deoarece ştim că gravitatea infecţiei în general este proporţională cu durata contractului infectat, aşa că reducerea cât mai rapidă a acestuia poate fi de o importanţă covârşitoare" (d-r. Nasta). Cu cât se va scoate bolnavul mai repede din mijlocul familiei care oricât de grav, până la moarte infectează anturajul, cu atât opera profilactică va găsi rezultate dintre cele mai mulţumitoare. Asistenţa sanitară pentru tuberculoşi la sate nu există, aceasta nefiind în funcţie de pregătirea medicului ci de arsenalul terapeutic şi instrumentar cu care-i înzestrat serviciiul sanitar şi care-i de obşte cunoscut ca inexistent. In alte ţări ca Italia de ex. sunt peste 35 mii de paturi pentru t. b. c. la noi abia în ultimul timp s'a dat o atenţie mai mare tuberculozei, înmulţindu-se numărul paturilor şi sanatoriilor care în raport cu numărul bolnavilor sunt foarte puţine. După cum se vede din tabl. No. III., procentul de tuberculoşi creşte dela 18 în 1931 la 48 în 1937. Numărul celor trataţi în sanatorii este relativ mic, mai mic chiar decât a celor trataţi în dipensarii şi la domiciliu. In spitale şi sanatorii au fost trimişi bolnavii cu lesiuni deschise, în evoluţie şi mai cu seamă cei cu t. b. c. pulmonară şi osoasă. Celelalte forme de tuberculoză au fost tratate acasă. Procentul de morţi îl dau bolnavii cu t. b. c. pulmonară şi meningeală, el se urcă la suta de bolnavi la 27%., această pe 1931 iar pe 1936 scade la 20%., cu tot numărul mare de bolnavi găsiţi şi 'n care intră cei cu t. b. c. chirurgicală etc.

Internarea în spital a fost pentru unii condiţionată de motive pecuniare, încât dacă numărul celor internaţi nu este mare, acestui fapt se datoreşte. Bolnavii care s'au tratat acasă şi dispensar prezentau forme incipiente de t. b. c. şi alte forme mai uşoare. Deasemenea şi cei eliberaţi din spitale şi care nu au fost vindecaţi, tot acasă au fost trataţi. Parte din bolnavi s'au tratat şi la medicii particulari de prin împrejurimi, fiind totuşi descoperiţi şi ţinuţi în evidenţă.

TABELA No. 3

de bolnavii de tuberculoză de la 1 Ianuarie 1931 la 1 Ianuarie 1937 din circumscripția Dorna

Circ. Dorna	N-rul anilor	Tubercul. pulmonară și pleuret.		Tubercul. osoasă		Tubercul. ganglionară		T. b. c. meningială		Alte forme		Total	Tratați în spit. și sanatorii	Tratați acasă și la dispensar	Vindecați sau ameliorați	Morți	Tratați la medici particulari	Rămași pentru anul viitor
		B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.							
	1931	5	3	5	—	2	—	1	—	—	2	18	7	5	10	5	6	3
	1932	7	5	5	2	1	3	—	—	2	2	27	9	11	14	9	7	4
	1933	6	6	4	3	5	2	1	1	1	2	31	10	15	13	11	6	7
	1934	7	3	5	1	4	5	—	1	1	1	28	13	11	14	4	4	10
	1935	8	5	5	—	3	1	—	—	3	1	26	12	8	10	7	6	9
	1936	9	11	4	2	8	5	2	1	4	2	48	16	21	20	10	11	18

V. ALCOLISMUL.

Se cunoaște perfect de bine lupta dusă în străinătate contra alcoolului care a culminat cu prohibirea complectă. Magnus Hüss prin 1852 a dat primul semnal în Suedia contra alcoolismului. In St. Unite al Americei, legea lui Wolstead din 1920 interzice cu desăvârșire orice fel de băutură alcoolică, fermentată ori distilată. In Finlanda s'au permis numai băuturi fermentate, fiind interzis cele distilate și mai cu seamă esențele. Alcoolul a fost monopolizat și taxat excesiv cu scopul de a nu permite pungilor sărace să-l consume. S-au format diferite ligi, declarând răsboi alcoolului, prin scris, conferințe, cinematograf etc., la urmă rezultatul a fost neprecis. Clandestinismul a favorizat consumarea alcoolului cași cum ar fi fost liberă. La noi începuse acum câțiva ani o propagandă intensivă contra alcoolului. S'au format comitete și ligi (temperanță) de tipul celor din apus. Toate proeminențele societății, colaborau întru stârpirea răului care amenința sănătatea trupească și economică a populației și cu ea a neamului, având ca deviză „spirtoasele produc cea mai mare mizerie care torturează poporul" (Tolstoi). Prin broșuri, ziare, reviste, conferințe etc., fiecare căuta să se achite în mod solemn de sarcina ce-i revenea, de a deschide ochii populației asupra pericolului alcoolului. Acest concert prin care se cânta o sănătate mai bună neamului, a fost întrerupt, lăsându-se libertate deplină fiecăruia să consume alcool unde, când, și cât vrea. Atât orășeanul dar mai cu seamă țăranul este vrăjit de patima alcoolismului. Țăranul dacă n'ar avea în sat o cârciumă, s'ar culca iar a doua zi s'ar duce la muncă, însă când nenorocirea a făcut ca 'n sat să existe un atare local el bea toată noaptea și chiar a doua zi risipind economia pe o săptămână și mai mult. In circumscripția Dorna mai cu seamă în două comune cu populație de plutași, se bea îngrozitor. Alcoolul pentru săteni parcă ar fi ajuns ceva necesar organismului ca și grăsimea pentru omul polar. Noroc că se consumă mai mult vin decât esențe sau alcool distilat.

Ca să avem o lumină mai clară a cantităților de alcool sub orice

formă consumate pe fiecare an, am înregistrat aceste cantităţi vândute prin intermediul localurilor de consumaţie, excluzând cantităţile de alcool introduse în sate din alte localităţi, consumate la praznice, petreceri, nunţi etc., şi care sunt destul de mari.

Astfel în anul s'a consumat	Vin	Rachiu	Bere	Esenţe	Cârciume
1931	20500 l.	1100 l.	8000 l.	18 l.	9
1932	38000 l.	2200 l.	11100 l.	9 l.	11
1933	100000 l.	4200 l.	11400 l.	21 l.	15
1934	95000 l.	6100 l.	12300 l.	19 l.	18
1935	129000 l.	5200 l.	12000 l.	15 l.	22
1936	190000 l.	6800 l.	12500 l.	18 l.	22

In anul 1931 s'a consumat mai puţin alcool, din cauza crizei economice ce s'a abătut mai cu seamă în regiunea muntoasă, când piaţa lemnului a fost f. slabă. Pe măsură ce ţăranii au început a câştiga, pe aceiaş măsură şi cantităţile de alcool consumate cresc. De unde erau 9 cârciume în 1931, în anul 1936 au ajuns la 22. Dacă se scoate din numărul total al populaţiei din circ. care se ridică la 7000, copiii, până pe la 15 ani, dacă se scot femeile şi sătenii cari numai ocazional beau alcool, rămâne o populaţie de aproximativ 800 de săteni legaţi de uşa cârciumii pe care zilnic o vizitează. In adevăr alcoolul este un aliment ce înlocueşte echivalentul isodinamic al zahărului, însă de cel mult 1 gram de fiecare kilogram de animal. (Benedict şi Atwater). Se tolerează alcoolizarea populaţiei chiar în văzul oficialităţilor, altfel cum se explică ca în com. Dorna cu o populaţie de 2100 de suflete, să fie 9 cârciume?

Oficialitatea a mers mai departe făcând vinului o săptămână, încurajând o parte din populaţia ţării, pe podgoreni, uitând că se scoboară economia restului de populaţie care fără să se facă propagandă sunt fiii fideli ai cârciumilor. Nu este nevoe să afirm, fiindcă este ştiut că alcoolul pregăteşte terenul pentru orice infecţie dar mai cu seamă pentru infecţia tuberculoasă. In comunele cu alcoolism mai desvoltat şi procentul de tuberculoşi este mai ridicat. Cauza este că ţăranul iroseşte pe băutură tot câştigul şi nu se alimentează.

VI. ALIMENTAŢIA INSUFICIENTĂ CALITATIVĂ, PRIN INDUSTRIALIZAREA LAPTELUI.

Alimentaţia ţăranului în general cuprinde elemente plastice, reparatoare ale ţesuturilor, ajutând creşterea (proteine, minerale) etc. elemente dinamice, energetice (hidraţi de cărbune, grăsimi). Acestea, el le asimilează din alimentaţia zilnică care vom vedea că-i compusă din substanţe sărace asemenea elemente, capabile să producă turburări ce au de scop, prepararea unui teren prielnic infecţiunilor şi mai cu osebire tuberculozei. Spre deosebire de ţăranul dela şes, a cărui alimentaţie se reduce la: cartofi, fasole, ceapă, castraveţi, varză

rareori brânză, lapte şi carne abia la sărbători, ţăranul dela munte până mai adineaori, avea o alimentaţie suficientă din toate punctele de vedere, încât aceştia aveau un coeficient de robusticitate fizică şi rezistenţă la unele infecţiuni mai mare ca cei dela şes.

Alimentaţia acestor locuitori diferă mult după anotimp, stare economică mai puţin, religiositate şi mai cu seamă după arta de a pregăti mâncarea care comportă lipsuri aproape în general.

Iarna locuitorul din circ. Dorna mănâncă în câşlegi, brânză conservată de cu vară. Unii care au avut posibilitate de a tăia porcul se alimentează cu şuncă afumată, carne etc., cartofi, carne de vită, lapte etc., cei însă care sunt mai săraci, mănâncă cartofi şi lapte falş după cum vom vedea mai jos.

Consumă mămăligă şi rareori pâne. Iarna în alimentaţia ţăranului nu intră fructele conservate căci el trebue să le cumpere şi foarte puţin legumele, ori se ştie valoarea nutritivă a acestora, care pe lângă procentul de vitamine, mai conţin săruri alcaline ce menţin echilibrul acidobazic, influenţând astfel viabilitatea ţesuturilor. (Taylor).

Vara, majoritatea locuitorilor consumă lapte, brânză şi foarte rar carne şi fructe.

Cei mai religioşi care ţin posturile de iarnă sau de vară, se pedepsesc mâncând varză murată şi merişoare murate (vaccinium vitis ideae), neconsumând de cât mămăligă ca aliment nutritiv şi aceasta de proastă calitate.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Baza alimentaţiei însă, a întregei populaţii de munte rămâne laptele şi derivatele lui, având în vedere că ocupaţia acestor locuitori este creşterea vitelor. Dacă până mai adineaori, locuitorii din circ. Dorna se alimentau cu lapte integral, unt, brânză, smântână etc. astăzi peste un sfert de populaţie fie sărac ori bogat se alimentează cu lapte centrifugat, lapte sterp. Dacă în altă parte a ţării proasta alimentaţie se datoreşte desechilibrului economic al ţăranului, în această circumscripţie nu se poate vorbi de această problemă de cât la o infimă parte de locuitori.

Bugetul ţăranului dela munte este cu mult superior celui dela şes. Sursa veniturilor o formează lemnul, cărăuşia (lemnului şi mangalului), plutăritul, vânzarea untului, brânzei şi laptelui, care oscilează după preţul de pe piaţă.

Cu oarecare aproximaţie ţăranul, câştiga în anul 1931 50 până la 60 lei pe zi cu palmele, iar cărăuşii 100 până la 200 lei. In anul 1936 pălmaşii câştigau 100 până la 200 lei pe zi, iar cărăuşii la 500 lei. Dacă ar compara alimentaţia din anii de criză economică şi anul 1936 când s'au încheiat contracte avantajoase cu lemnul şi când câştigul a fost atât de frumos, am vedea că ea a rămas nu numai aceiaşi ci tinde către mai rău. Unde sunt diferenţele de bani căci ţăranul n'are depus nici un leu? Răspunsul este citit în al cincilea factor de subminare a sănătăţii, alcoolismul. Acolo se vede cum în anii de criză, consumul de alcool a fost mic şi cum posibilităţile de câştig au crescut şi consumul de alcool a crescut. Pe lângă asta se mai adaugă şi luxul la femei, cari cu toate că poartă

catrinţă şi costum naţional, ele utilizează articole de lux: cosmetice, ciorapi de mătasă, pantofi de lac, etc.

Tentaţia luxului determină pe ţărani a nu se alimenta bine, vânzând toate produsele lui iar cu banii luaţi cumpără alcool şi articole de lux. Aceste două viţii scontează posibilităţi economice mari care nu pot fi achitate decât printr'un efort sau sacrificiu. Efortul este acelaş, depinzând de capacitatea de muncă şi de producţia individuală. Sacrificiul rămâne să niveleze deficitul economic ce ar rezulta din supra cheltuelile făcute cu luxul şi băutura. Acest sacrificiu nu rămâne individual ci se generalizează la întreaga familie. Ş'atunci când alimentaţia de odinioară cuprindea toate elementele unei raţii normale, azi aceasta este schimbată în detrimentul sănătăţii.

Am văzut mai sus că baza alimentaţiei este laptele cu derivatele lui.

Am pomenit că unii din săteni consumă lapte centrifugat tocmai pentru motivele arătate. In circumscripţia Dorna în anul 1931 erau 28 de centrifuge (separatoare) azi sunt la 230. Ţăranii se întrec a centrifuga laptele fiindcă untul ales după acest procedeu este dulce şi căutat mai mult. Cum pofta de câştig este atât de mare, ţăranii vând tot untul şi laptele integral, rămânând să consume laptele centrifugat, zerul, care este sterp şi nu-şi menţine decât culoarea. Procedeul centrifugării laptelui s'a generalizat şi cu el tinde să se generalizeze şi consumul laptelui falş. Nimic de zis. Fiecare trebue să încurajeze industrializarea laptelui, deprinderea ţăranului de a selecţiona produsele lui, demonstrându-i diferenţa între procedeele primitive şi cele moderne, depe urma căruia câştigă tot el.

BCU Iași / Central University Library

TABELA No. 6

de numărul copiilor din şcoli subnutriţi şi bolnavi de t. l. c.

Numărul anilor	N-rul şcolilor din circumscripţie	N-rul elevilor vizitaţi o singură dată la fiecare şcoală	Alimentaţia zilnică s'a făcut		Numărul debililor	Numărul tuberculoşilor constataţi	Numărul separatoarelor pe fiecare an	OBSERVAŢIUNI
			Normal	Cu lapte centrifugat				
1931	9	795	753	42	34	—	28	
1932	10	850	790	60	76	2	65	
1933	14	1100	1015	85	78	1	110	
1934	14	1050	940	110	85	4	149	
1935	14	1150	960	190	130	6	195	
1936	14	1300	1060	240	175	8	230	

Documentarea celor afirmate reiese din cercetările şi examenele făcute la cele 14 şcoli primare unde am găsit icoană reală a sănătăţii ce o determină această alimentaţie.

Am constatat o paralelă între numărul debililor şi urcarea numărului separatoarelor pe fiecare an. Din ancheta sanitară a acestor

elevi rămâne clar că ei se alimentează în mod continuu cu lapte centrifugat, rareori intercalîndu-li-se şi alte alimente. Aceşti copii se disting dela prima ochire. Te isbeşte paliditatea tegumentelor, acestea întinzându-se ca guma. Prezintă nasul ascuţit. Hipotrofia ţesutului celulo adipos. Abdomenul de formă ascitică, nelipsind meteorismul şi turburările digestive. Unii, prezintă un prurit al pielei. Carii dentare. Faciesul trist, o privire somnolentă. Unii din copii prezintă şi modificări psichice, irascibilitate, scăderea memoriei. Dau tabloul alăturat, în care se oglindesc cele afirmate. Toţi copiii găsiţi debili au afirmat că se alimentează cu lapte centrifugat. Intre aceşti copii am găsit şi bolnavi de tuberculoză, încât este lesne de înţeles că această boală se poate uşor dezvolta pe un teren pregătit. Nu pot să precizez situaţia din acest punct de vedere a restului de populaţie care nu poate fi anchetată zilnic şi'n al doilea rând nu declară acest fel de alimentaţie. Pentru combaterea acestor factori s'a lucrat intensiv. Munca a fost zădarnică. Cu toate conferinţele, sfaturile şi demonstrarea răului ce decurge din acestea, populaţia se complace în această situaţie şi nu poate fi vindecată decât foarte greu. Patima alcoolului şi luxului întunecă raţiunea şi voinţa. Nu ştiu şituaţia din celelalte circumscripţii, însă 'mi închipui că este la fel.

. . . . . .

Din relatarea destul de sumară a acestor factori, reiese destul de clar că ei concură la pregătirea terenului human pentru progresul tuberculozei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cifrele sunt edificatoare şi demonstrează creşterea numărului bolnavilor de tuberculoză în rândul populaţiei dela munte şi măsurile cari ar trebui să vină până a nu fi prea târziu, cred că ar aduce stăvilirea răului ce ameninţă sănătatea celora, ce sunt socotiţi ca rezervă de regenerare a naţiei.

BIBLIOGRAFIE

D-r Benetato, Clujul Medical No. 11, 1936.—Clujul Medical No. 12, 1936, *D-r Râmneanţu.*—Tribuna Medicală No. 6, 1936.—România Medicală No. 11, 1935, *D-r Nasta.*—România Medicală No. 1, 1930, *D-r Nasta.*—România Medicală No. 9, 1933, *D-r Nasta.*—România Medicală No. 19, 1934, *Prof. Proca.*—Higiena Socială No. 2, 1937, *D-r G. Banu.*

GH. ALEXANDRESCO: *Quelques dates sur les causes du progrès de la tbc. parmi les habitants de la circ. Dorna.*

Les habitants de la montagne se tuberculisent lentement, conclue l'auteur, en se basant sur les dates qu'il tire des constatations faites entre 1931-36, dans la population de 7000 habitants de Dorna.

Parmi les causes l'auteur cite: le manque d'habitations hygiéniques; — le contact avec les visiteurs malades de t.b.c. — l'incorporation des conscrits dans les garnisons de plaine, qui retournent ensuite au foyer; — le manque de prophylaxie et assistance sanitaire des malades de t.b c., — l'alcoolisme; — l'alimentation insuffisante qualitative, par l'industrialisation du lait.

ROLUL SINURILOR CAROTIDIENE IN MECANISMUL SINCOPEI ADRENALINO-CLOROFORMICE

de

D-r C. V. ANTONESCU
Preparator universitar
Institutul de Farmacologie-Cluj.

Sincopa adrenalino-cloroformică se pare că rezultă dintr'un bruse desechilibru vago-simpatic în favoarea simpaticului. (V. Papilian şi C. Antonescu); ea se produce în momentul când presiunea adrenalinică transmisă şi intracardiac, atinge momentul culminant, moment în care lipseşte bradicardia şi hipotensiunea cari să prevină fibrilaţiunea datorită tachicardiei excesive adrenalinice, inima oprindu-se în diastolă.

Funcţiunea reflexogenă, bradicardisantă şi hipotensivă a sinusurilor carotidiene, din momentul hipertensiunei adrenalinice, devine ineficace, pentru că sensibilitatea vasculară a sinusurilor carotidiene dispare când presiunea endovasculară depăşeşte 200 mm. Hgr.

Numeroasele experienţe făcute de autor împreună cu Prof. V. Papilian, dela 1934, pe 37 câini, conduc la aceste concluziuni.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Din cercetările anatomice ale lui *E. Knoll* (1838), *H. E. Hering* (1923), *De Castro* (1927), apoi *Hovelacqe, I. Maes, L. Binet şi R. Gayot, C. Heymans, J. J. Bouckaert şi P. Regniers, P. Cordier şi I. Coulouma, Wilson, Gerard şi Billingsley*, iar de dată mai recentă ale lui *C. V. Antonescu*, se cunoaşte legătura ce există între *bulbul carotidian* (Gegenbaur, Testut, Gerard, Sobotta) sau *sinul carotidian* (al zoologiştilor), cu sistemul nervos vegetativ. *P. Heger şi C. Delezenne*, au făcut cunoscută sensibilitatea vasculară, iar observaţiile clinice ale lui *Tschermak* (1866—68), *Concato* (1870), *Quinke* (1875), *Recht* (1824), *Wenckebach şi Winterberg* (1927), au condus la ipoteza unei zone vasosensibile la nivelul sinului carotidian. Cercetările experimentale, concomitente şi ulterioare, au venit să confirme ipoteza, şi să recunoască punctul de plecare a unei serii

de reflexe, variate, dela nivelul sinurilor carotidiene: circulatorii şi respiratorii [*Pagano* şi *Siciliano* (1900); *Sollmann* şi *Brown* (1912); *Hering* şi *E. Koch* (1923); *Danielopolu, Aslan, Marcu, Proca* şi *Mănescu* (1927); *Tournade* (1929); *Dautreband* (1930—32); *C. Heymans, JJ. J. Bouckaert* şi *P. Regniers* (1929—33)], reflexe dureroase [*De Castro* (1928), *Danielopolu* (1928), *C. Heymans, Tournade* (1929); *E. Koch* (1931)]; reflexe gastro-intestinale [*Kisch* (1929); *Danielopolu* şi *Radovici* (1927), *Tournade* (1929)]; reflexe oculare şi pupilare [*E. Hering*, E. *Koch* (1931), *Gallwitzer-Meier* şi *Schultze* (1932)]; reflexe termice [*Zbyszevski* (1928), *Tournade, Malmejac* şi *Jourdan* (1929)]; precum şi importanţa în echilibrul funcţional neuro-vegetativ (*E. Hering, C. Heymans, J. J. Bouckaert, Dautreband, E. Koch*).

Din cercetările în contradictoriu a numeroşilor autori, asupra mecanismului sincopei adrenalino-cloroformice, au luat naştere mai multe ipoteze, printre cari cea mai plauzibilă pare a fi acea emisă de *C. Heymans* şi *J. J. Bouckaert*, susţinută şi confirmată de *V. Papilian* şi *C. V. Antonescu*, prin care *sincopa adrenalino-cloroformică ar fi rezultatul unui brusc desechilibru vago-simpatic.*

C. Heymans şi colaboratorii săi, bazându-se pe această ipoteză şi cunoscând marele rol care îl are sinul carotidian în menţinerea echilibrului vago-simpatic, şi-au propus să cerceteze legătura ce ar exista între sincopa adrenalino-cloroformică şi sinusurile carotidiene. — Ei au putut împiedeca producerea sincopei adrenalino-cloroformice la câini bivago-simpaticotomizaţi, pentru a exclude influenţa nervilor depresori, şi cu sinurile carotidiene enervate. Autorii arată rolul pe care îl joacă sinurile carotidiene în mecanismul sincopei adrenalino-cloroformice, admiţând predominenţa simpaticului cardiac şi hipersecreţiunea de adrenalină ce se produce în urma secţiunei acestor nervi, ca factor de împiedecare a sincopei „*B. Douglas* (1924) a demonstrat că o injecţie prealabilă de adrenalină, împiedecă producerea sincopei adrenalino-cloroformice. Predominenţa simpaticului, provocată pe cale nervoasă şi umorală, se opune dilataţiei acute a inimii, în timpul ipertensiunei adrenalinice şi împiedecă, prin urmare, fibrilaţiunea" (*C. Heymans, J. J. Bouckaert*).

In decursul cercetărilor noastre (*V. Papilian* şi *C. V. Antonescu*), începute în 1934, în parte publicate, altele în curs de experimentare, am atins şi chestiunea rolului sinurilor carotidiene, în mecanismul sincopei adrenalino-cloformice. Experienţele au fost făcute pe 37 câini, şi grupate după cum urmează:

GRUPA I.

Sunt animale la cari se extirpă sinurile carotidiene:

1. La un animal s'a produs sincopa adrenalino-cloroformică.

2. La un animal am administrat în prealabil (adrenalinei), o injecţie de Atropină, apoi de Pilocarpină-a făcut sincopa adrenalino-cloroformică.

3. La 4 animale cari au primit în prealabil (adrenalinei) o injecţie de Pilocarpină, sincopa adrenalino-cloroformică a fost împiedecată.

Digitized by Biblioteca Universitatea "Ovidius" Constanta

GRUPA II.

Sunt animale la cari pe lângă extirparea sinurilor carotidiene, se secţionează vago-simpaticul dintr'o parte, iar în partea opusă se secţionează numai vagul (deasupra unirei cu simpaticul) şi se smulge ganglionul simpatic cervical superior.

1. La 5 animale sincopa adrenalino-cloroformică s'a produs.

2. La două animale, cari au primit în prealabil (adrenalinei) o injecţie cu Pilocarpină, sincopa adrenalino-cloroformică a fost împiedecată.

GRUPA III.

Sunt animale la cari extirparea sinurilor carotidiene a fost însoţită de secţiunea nervilor genito-crurali.

1. La 1 animal care are şi vago-simpatic secţionaţi, sincopa adrenalino-cloroformică se produce.

2. La 1 animal, care primeşte în prealabil (adernalinei) o injecţie de Pilocarpină, sincopa adrenalino-cloroformică este împiedecată.

3. La 7 animale, la cari se secţionează şi nervii obturatori şi primesc în prealabil (adrenalinei) o injecţie de Pilocarpină, sincopa adrenalino-cloroformică a fost împiedecată.

4. La 1 animal care are secţionaţi şi nervii obturatori dar primeşte în prealabil (adrenalinei) o injecţie de Atropină, sincopa adrenalino-cloroformică se produce.

5. La 1 animal la care se secţionează nervii vagi, sincopa adrenalino-cloroformică nu se produce.

6. La 2 animale se secţionează diferite porţiuni din simpaticul abdominal, sincopa adrenalino-cloroformică nu se produce.

7. La 1 animal se secţionează plexul lombar şi sacrat, sincopa adrenalino-cloroformică nu se produce.

GRUPA IV.

Sunt animale la cari se extirpă sinurile carotidiene şi capsulele suprarenale.

1. La 1 animal sincopa adrenalino-cloroformică se produce.

2. La 2 animale cari se secţionează nervii genito-crurali şi obturatori, sincopa adrenalino-cloroformică este împiedecată; de notat că unul a primit în prealabil şi o injecţie de Atropină.

3. La 3 animale, sincopa adrenalino-cloroformică este împiedecată *).

Analizând rezultatele obţinute prin experienţele expuse, vom constata următoarele:

a) Animalele la care se extirpă sinurile carotidiene, cu sau fără secţionarea vago-simpaticului, fără excepţie rămân sensibile faţă de sincopa adrenalino-cloroformică.

b) animalele din această categorie, dar cari primesc în prealabil (adrenalinei) o injecţie de Pilocarpină, devin rezistente faţă de sincopa adrenalino-cloroformică; rezistenţă care se pierde în urma unei injecţiuni de Atropină.

c) animale cu sinurile carotidiene extirpate, cu nervii genitocrurali

*) Patru animale făcând parte şi dintr'o grupă de cercetări în curs de experimentare, vor fi încadrate în acea grupă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

şi obturatori secţionaţi şi atropinizaţi, nu sunt rezistente faţă de sincopa adrenalino-cloroformică, dar devin rezistente dacă în prealabil primesc şi o injecţie de Pilocarpină.

d) animale cu sinurile carotidiene extirpate, cu diferite porţiuni din simpaticul abdominal extirpat, sau cu plexul lombar şi sacrat secţionat, sunt rezistente faţă de sincopa adranalino-cloroformică.

e) animale cari au extirpate sinurile carotidiene şi capsulele suprarenale, devin rezistente faţă de sincopa adrenalino-cloroformică, rezistenţă care se măreşte prin asocierea secţiunei nervilor ganito-crurali şi obturatori nici atropinizarea ne mai putând deslânţui o sincopă.

IN CONCLUZIE GENERALĂ:

Extirparea sinurilor carotidiene, cu sau fără secţiunea vago-simpaticilor, favorizează producerea sincopei adrenalino-cloroformice; extirparea simpaticu'ui abdominal, extirparea glandelor suprarenale, pilocarpina, împiedecă sincopa adrenalino-cloroformică; pe când atropinizarea prealabilă, favorizează din nou producerea sincopei adrenalino-cloformice; faptul că vagii şi nervii depresori sunt secţionaţi sau intacţi, pare să nu joace un rol prea hotărâtor; secţionarea nervilor genito-crurali şi obturatori favorizează împiedecarea sincopei adrenalino-cloroformice.

Totuşi am observat 2 cazuri în excepţie:

1. La 1 animal cu capsulele suprarenale extirpate, sincopa adrenalino-cloformică s'a produs; acest fapt îl punem în contul suprarenalelor accesorii, foarte dese la câine.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

2. La 1 animal cu nervii genito-crurali şi vagi secţionaţi, nu putem afirma cu certitudine, care din ei formează excepţia. Mai mult înclinăm a crede că sincopa a fost favorizată la unul dintre ei prin administrarea unei canfităţi mai mari de adrenalină, sau poate o stare patologică a inimei preexistentă, la acela care a făcut sincopa adrenalino-cloroformică.

Toate aceste rezultate, vin să întărească veracitatea unor date stabilite cu ocazia altor experienţe: extirparea simpaticului abdominal, secţiunea nervilor genito-crurali şi obturatori, extirparea capsulelor suprarenale *(V. Papilian, I. G. Russu* şi *C. V. Antonescu)*, provoacă o stare de rezistenţă, care împiedecă producerea sincopei adrenalino-cloroformice; vagotonizarea prin Pilocarpină *(V. Papilian, T. Spătaru* şi *V. Preda)*, vagotonină *(Santenois, Mercklen, Grandpierre* şi *Vidackovits)*, derivaţi ai cholinei — Doryl — *(C. V. Antonescu* şi *I. Vinţi)*, crează aceaşi stare de rezistenţă, care împiedecă producerea sincopei adrenalino-cloroformice; în schimb Atropina *(V. Papilian, I. G. Sussu* şi *C. V. Antonescu)* favorizează producerea sincopei.

Ce rezultă?

Confirmarea ipotezei emise de *V. Papilian* şi *C. V. Antonescu*, care explică sincopa adrenalino-cloformică printr'un desechilibru vago-simpatic în favorul simpaticului; iar împiedecarea sincopei prin vagotonizare sau micşorarea tonusului simpaticului, cea ce permite o predominenţă vagală necesară pentru contrabalansarea tonusului simpatic exagerat prin adrenalină.

Extirparea sinurilor carotidiene, provoacă o ipertensiune cronică (*C. Heymans, J. J. Bouckaert, P. Regniers*), care servește de factor favorizant pentru producerea sincopei.

Prezența sinurilor carotidiene, cu toată funcțiunea reflexă, bradicardisantă și hipotensivă, din momentul hipertensiunei adrenalinice (*J. F. Heymans, C. Heymans*), nu este suficientă pentru împiedecarea sincopei adrenalino-cloroformice, prin faptul că această funcțiune reflexogenă devine ineficace, dispărând sensibilitatea vasculară a sinusurilor carotidiene, la o presiune endovasculară care întrece 200 mm. Hg. (*E. Koch, C. Heymans, J. J. Bouckaert, P. Regniers*).

Dealtfel sincopa adrenalino-cloformică se caracterizează prin faptul că se produce în momentul culminant al presiunei adrenalinice, transmisă și intracardiac. In acel moment lipsind factorii-bradicardie și ipotensiune —, cari să previe fibrilațiunea datorită tachicardiei excesive adrenalinice, sincopa adrenalino-cloformică se produce prin oprirea inimei în diastolă.

BIBLIOGRAFIE

V. Papilian, I. G. Russu, C. V. Antonescu: Noi cercetări asupra mecanismului sincopei adrenalino-cloroformice. (Clujul Medical Nr. 4, 181, 1935. — **V. Papilian, I. G. Russu, C. V. Antonescu:** Le sympathique et la syncope adrènalino-chloroformique. (C. R. Biol. CXVIII, 471, 1935). — **C. Heymans et J. J. Bouckaert:** Syncope adrènalino-cloroformique et sinus carotidiens. (C. R. Biol. CV. 878, 1930). — **Santenois D. Mercklen L., Grandpierre R., et Vidacovits M.:** Vagotonine et syncope adrénalino-cloroformique, (C. R. Biol. CXX, 612, 1934 — **C. V. Antonescu:** Contribuțiuni la studiul sincopei adrenalino-cloroformice. (Teză 1935, Cluj). — **C. V. Antonescu și I. Vinți:** Sincopa adrenalino-cloroformică și vagul. (Clujul Medical, Nr. 8, 515, 1936. **C. Heymans, J. J. Bouckaert, P. Regniers:** Le sinus carotidien et la zone homologue cardio-aortique. (G. Doin, Paris, 1933).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

C. ANTONESCU: *Le rôle des sinus carotidiens dans le mécanisme de la syncope adrénalino-cloroformique.*

La syncope adrénalino-cloroformique paraît résulter d'un brusque déséquilibre vago-sympatique en faveur du sympatique (V Papilian et C. Antonescu);— elle se produit lorsque la pression adrénalinique transmise aussi à l'intérieur du coeur, atteint le maximum, moment dans lequel manquent la bradycardie et l'hypotension qui previennent la fibrilation et la tachycardie excessive adrénalinique, le coeur s'arrêtant en diastole.

La fonction reflexogène, bradycardisante et hypotensive, des sinus carotidiens dans le moment de l'hypertension adrénalinique devient inefficace, parce que la sensibilité vasculaire des sinus disparaît lorsque la pression endovasculaire dépasse 200 mm. Hgr.

Les nombreuses expériences faites par l'auteur avec le Prof. V. Papilian de Cluj depuis 1934, sur 37 chiens, conduisent à ces conclusions.

V. ANTONESCU: *I Seni carotidiani nel mecanismo della sincope adreno-cloroformica.*

La sincope adreno-clorophormica pare che risulti da un brusco squilibrio vago-simpatico in favore del simpatico; questa si produce nel momento quando la pressione adrenalinica trasmessa anche intracardiaca toca il momento culminante, momento in quale manca la bradicardia e l'ipotensione quali potevano pre-

venire la fibrilazione dovuta alla tachicardia eccessiva adrenalinica, il cuore fermandosi in diastole. La funzione reflessogena, bradicardisante ed ipotensiva, dal momento dell'ipertensione adrenalinica, diventa ineficace perché la sensibilità vascolare dei seni carotidiani sparisce quando la pressione endovascolare supera 200 mm. Hg.

I numerosi sperimenti fatti dal'autore inssieme al D-t. Prof. V. Papilian dal 1934 su 39 cani conducono alle conclusioni sopra essposte.

V. ANTONESCU: *Die Rolle der Carotidis-Sinus in dem Mekanismus der Adrenalino-kloroformischen Synkope.*

Die Adrenalino-klorophormische Synkope scheint von einer plötzlichen vagosympatischen Störung des Gleichgewichts zu kommen, zu Gunsten des Sympatikus; sie findet statt als der adrenalinische Druck übertragen und intrakardiatisch, die Hohepunkt erreicht, welchem Moment die Bradykardia und die Hypotension fehlen, welche der durch eine übertriebene adrenalinische Tachycardie verursachte Fibrilation vorbeugen soll, da das Herz in der Diastole stehen bleibt.

Die reflexogenische bradykardisante und hypotensive Funktion des hypertensiven adrenalinischen Augenblicks wird unwirksam, weil die vaskuläre Empfindlichkeit der Karotidis-Sinus im Moment aufhört, wo der endowaskuläre Druck 200 mmg. überschreitet.

Die zahlreiche Forschungen die der Verfasser zusammen mit Prof. V. Papilian seit 1934 bei 37 Hunden machte, führen zu den obigen Schlussfolgerungen.

Terapie ovariană specifică cu

Sistomensine

„Ciba"

Hormon ovarian biologic examinat.

Regulează fenomenele menstruale la dismenorrhee funcţională, la hemorragia pubertaţii şi menopausei, menorragie fără leslune organică.

Flaconul cu 40 tablete, cutia cu 5 şi 20 Amp. à 1,1 ccm.

SOCIÉTÉ POUR L'INDUSTRIE CHIMIQUE à BÂLE (SUISSE)
Rep. pentru România: Nic. Barna, Str. Romană 55, Bucureşti III.

IMPORTANȚA HORMONILOR SEXUALI ÎN TRATAMENTUL SUGARILOR ȘI ROLUL LOR ÎN CREȘTEREA SUGARILOR PREMATURI ȘI HIPOTROFICI

de

D-r B. KALLAI

Medic de copii, București.

Prematurii suportă bine hormonul folicular și acel al lobului anterior al hipofizei; administrarea acestor hormoni prin injecții combate perderea în greutate a prematurilor și întărește rezistența la diferitele boale a sugarilor în general.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Din diferite statistici reiese că 10% din noi-născuții sunt prematuri. Odinioară 85% din acești prematuri sucombau imediat după naștere, azi însă mortalitatea a scăzut aproape la nivelul mortalității noilor născuți normali.

In primul an după naștere, moartea la cei prematuri survine aproape întotdeauna, nu din cauza vreunei turburări a alimentației, ci în bună parte în urma debilităților ereditare sau a traumatismelor ivite în timpul nașterii, sau a constituției inferioare; într'un cuvânt, din cauze endogene.

Diferitele afecțiuni (sifilis, emoragii, axfixie, traumatisme, intoxicațiuni, etc.), cari la un nou născut de greutate corporală normală decurg în mod normal, pot fi fatale prematurilor. Ele se agravează din cauza alimentației și îngrijirei mai dificile a prematurilor.

Pentru a face un bun pronostic al vitalității unui prematur, bine înțeles cu excepția cazurilor menționate mai sus, trebuie să ținem cont de trei factori și anume:

I. Vâsta, greutatea corporală a prematurului, II., gradul maturității lui și III., dacă prematurul este conceput din germeni sănătoși, sau dacă prematurul nu suferă de o debilitate congenitală.

Prematurul de o greutate mai mică a corpului (800—1200 grame) nu poate fi crescut decât foarte greu și chiar dacă aceasta ar reuși, semnele de rachitism și de anemie vor fi totuși vizibile chiar și la o vârstă mai înaintată.

Se cunoaşte hipersensibilitatea prematurilor faţă de oscilaţiunile temperaturei; 90% din prematuri se prăpădesc tocmai din această cauză (mai ales din cauza scăderei brusce a temperaturei).

Din cauza alimentaţiunei insuficiente (debilitate, lipsa reflexului de a suge, etc.), se poate întâmpla ca greutatea corporală a prematurului să scadă considerabil chiar în prima săptămână. Pierderile, chiar mai însemnate, în greutate, nu prezintă o importanţă prea mare la un sugar normal, deoarece această pierdere se datoreşte pierderii apei ce se poate compensa prin administrarea diferitelor băuturi, până la apariţia secreţiei de lapte matern. Din contră, la un prematur, această pierdere de greutate a corpului poate deveni fatală pentru viitorul său.

Atât metabolismul cât şi proporţiile desvoltărei prematurului sunt inferioare celor noi-născuţi normali. Când însă un prematur a reuşit să suporte dificultăţile primelor 2—3 săptămâni, atunci creşterea şi desvoltarea lui devin mult mai intense decât la noi-născuţii normali.

In afară de o desvoltare mai intensă se poate observa şi o înviorare a metabolismului.

Rubner şi Langstein au dovedit că prematurul necesită în afară de alimentele necesare pentru menţinerea vieţii, încă circa 80—90% supraalimente pentru desvoltarea sa, un nou născut normal, nu are nevoie decât de aprox. 50% supra-alimentaţie. Dar şi starea termică e mult mai debilă la un prematur, din cauză că surplusul de alimente nu este întrebuinţat pentru combustie ci pentru creştere, ceeace îl predispune la răcire.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Prematurul reţine aprox. cu 50% mai multe albumine decât noul născut normal, iar rezerva lui de grăsime e de 3—4 ori mai mare decât la noul născut normal.

La prematur grăsimea e reţinută exact ca şi la sugarul atrofic. Deşi creşterea progresează în ritm mai viu la un prematur, resorbţia se face totuşi în mod mai puţin favorabil, deoarece, prematurul întrebuinţează 70% din alimente pentru desvoltarea sa şi pentru acumularea de grăsimi; deci grăsimile vor fi cele ce vor suferi cele mai mari pierderi.

Creşterea greutăţii corporale va fi cu atât mai intensă cu cât aceasta a fost mai mică la naştere. Din această capacitate de creştere intensă se poate constata că prima perioadă de creştere este determinată de anumite legi intrauterine, — cu toate că creşterea începe după naştere, (greutatea corporală de 1400 gr. la prematur va fi în a 6-a lună — de 3—4 ori mai mare decât la naştere). Energia creşterei intensive a tuturor organelor şi mai ales desvoltarea scheletului, este în raport intim cu diferite anomalii cari pot surveni în decursul desvoltării organice a noului născut. (Hemoragii intense, predispoziţie pentru icter, rachitism sau pentru anemie).

Toate acestea sunt caracteristicele unui prematur; ele trebuesc considerate ca datorite unei deficenţe organice pe baza morfologică, şi fiziologică. Somnolenţă, amplitudinea respiratorie diminuată, sunt cauzele sau consecinţele colapsurilor frecvente sau a cianozelor sub

formă de accese cari sunt determinate de o excitaţie uşoară a centrului respirator.

Cauzele deficienţei energiei vitale a sugarilor debili nu sunt încă cunoscute, exceptând bolile înăscute (sifilis, afecţiuni de cord, septicemie intrauterină) cari ar explica starea debilă a fetusului, dar nu explică lipsa de vitalitate a prematurului, de altfel sănătos. La unii prematuri debili trebuie să ne gândim la o intoxicaţie generală; iar la alţii trebuie să presupunem că organismul lor a suferit o întârziere în desvoltarea lui biologică din lipsa materialelor vitale. Astfel se explică şi aspectul bolnăvicios al tegumentelor, caracteristic prematurilor, datorit probabil unei turburări în metabolismul alcalilor.

Lui Zondek îii revine meritul de a fi reuşit să arate prezenţa unei mari cantităţi de hormon folicular în urinile iepelor gravide. Hormonul folicular este prezent şi în urinile femeilor gravide, însă în cantitate mult mai mică. Butenandt a dovedit prin numeroase cercetări că producţia hormonală a iepelor gravide corespunde întocmai cu producţia hormonală a femeilor gravide.

Atât în sângele femeilor gravide cât şi în sângele fetusului, hormonii foliculari se găsesc în mari cantităţi. In urina noului născut hormonul folicular se găseşte într'o cantitate care corespunde aproximativ cu a 1/10 parte din greutatea lui corporală socotită în unităţi şoarece. In sângele unui prematur de 1500 gr. se găseşte deci aproximativ 150 U. S. hormoni foliculari, pe când un nou născut normal de 3000 gr. are 300 U. S. hormoni foliculari (Martin). Experienţele şi, observaţiunile ne arată că 4—5 zile după naştere, hormonii foliculari dispar din urinile noilor născuţi. Cercetările biologice au dovedit că în organismul femeilor gravide, pe lângă hormonii foliculari se găsesc şi hormonii lobului anterior al hipofizei. Prin urmare în corpul unui prematur aceşti hormoni şi mai ales cei hipofizari, (hormoni de maturaţie) trebuie să fie într'o cantitate insuficientă, căci altfel nu s'ar fi oprit desvoltarea fetusului în mitră. Această ipoteză este sprijinită de numeroase cercetări; mai ales de cele făcute asupra şoarecilor albi şi cari au fost însuşi punctul de plecare al cercetărilor lui Aschheim şi Zondek asupra graviditătii. Aceste cercetări au dovedit că desvoltarea rapidă a acestor şoareci se datoreşte unei acţiuni a hormonului lobului anterior al hipofizei. Kestner a reuşit să dovedească că hormonul lobului anterior al hipofizei are o acţiune specifică dinamică asupra metabolismului pe când hormonul folicular favorizează desvoltarea fetusului. Reglementarea presiunii arteriale la femeile gravide stă sub influenţă absolută a hormonilor foliculari (injectând hormoni foliculari în sângele gravidelor vom putea observa o scădere a presiunii arteriale cu 15—20 mg. de Hg. fără ca pulsul să se modifice (Crăiniceanu).

Acţiunea regulatoare a hormonului folicular asupra tensiunei arteriale joacă un rol important şi la noul născut, deoarece instabilităţi şi neregularităţi cardiace şi vegetative observate uneori la noi născuţi, sunt cauzate probabil tocmai de către o insuficienţă a hor-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

monilor foliculari. In ceeace priveşte acţiunea hormonilor foliculari asupra sistemului nervos central, Herren, Jorke, Haterius, au dovedit prin experienţe că reflexul tendonului achilian prezintă în stadiul oestral din când în când modificăir în urma acţiunii hormomonilor ovariali cari excită centrele cerebrale superioare prin căile simpatice. Prin această hipoteză se explică şi origina contracturilor prematurilor (afară de cele provocate de traumatisme sau emoragie).

Hormonul folicular posedă încă o serie de proprietăţi fiziologice, cunoscute sau necunoscute; aşa de pildă, reglementarea metabolismului (Verzar, Arvay, Kunde, D'Amouar, Carlson) şi accelerarea coagulării sângelui (Samson, Himmelstjerna). De aceea se recomandă întrebuinţarea hormonilor foliculari la hemofilici.

Luând în considerare teoriile şi faptele sus menţionate, vedem că desvoltarea fiziologică a unui făt stă sub influenţa a două circumstanţe importante fiziologice. Noul născut normal având greutatea corporală normală posedă o cantitate suficientă de hormoncari îi sunt necesare pentru desvoltare.

Aceşti hormoni sunt hormonul folicular şi hormonul lobului anterior de hipofiză: desvoltarea şi creşterea noului născut vor fi deci asigurate. Dacă noul născut se naşte mai devreme, sau dacă, cu toate că se naşte la termen dar este hipotrofic, greutatea lui corporală corespunzând greutăţii corporale a unui prematur, atunci, în organismul noului născut nu se vor găsi cei doi hormoni în cantităţi suficiente din cauza unei turburări hormonale de care suferă organismul matern.

Cluj / Central University Library Cluj

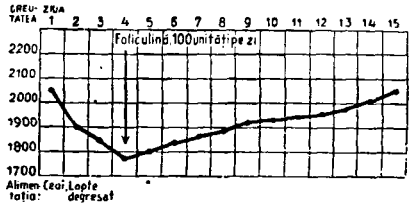
Hormonul folicular are deci, cum am văzut un rol foarte important în desvoltarea impecabilă a noului născut, deoarece funcţiunea fiziologică a organismului este influenţată de aceşti hormoni. (Reglementarea presiunei arteriale, a sistemului nervos şi a metabolismului).

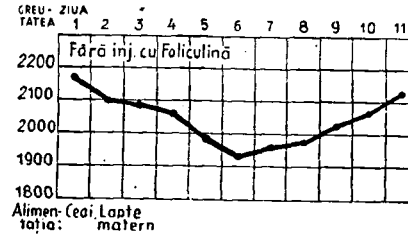
Hormonul lobului anterior de hipofiză acţionează mai ales asupra creşterii şi asupra metabolismului. In distribuţiunea acestor doi hormoni — folicular şi antehipofizar — există, probabil un echilibru care la prematuri a suferit oarecare alteraţiune. La prematuri în cele mai multe cazuri întâlnim o deficienţă a hormonilor foliculari. Prin urmare pentru a ajuta desvoltarea prematurului trebuie să-i substituim hormonii care îi lipsesc. Experienţele făcute până în prezent (Schultz, Reiche, Martin, etc.), sunt foarte favorabile tratamentului hormonal la prematuri. Rezultatele favorabile ale cercetărilor şcoalei germane m'au îndemnat să întrebuinţez şi cu tratamentul hormonal al prematurilor şi al noilor născuţi, cu greutatea corporală scăzută. Neavând la dispoziţia mea nici un fel de material de spital am fost silit să recurg la cazurile din practica mea particulară.

Astfel am experimentat timp de 3 ani de zile tratamentul hormonal la 27 prematuri şi ca rezultat am introdus definitiv acest tratament în practica mea. Deoarece un examen general al metabolismului la sugaci este greu de făcut, m'am servit de curba de greutate corporală a noilor născuţi.

La început am administrat tratamentul hormonal 3—4 zile

după naştere, atunci când hormonii foliculari au dispărut din urinele noilor născuţi. (3—4 cazuri). Cu toate că sugacii au început să se desvolte bine în urma injecţiilor, ei trebuiau să recâştige pier-



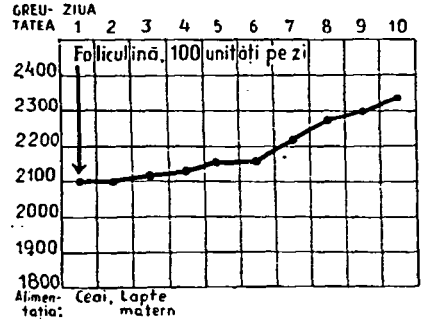


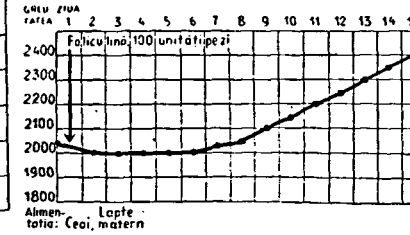
derile suferite în primele 3—4 zile după naştere.

Pentru a evita această pierdere de greutate a primelor 4 zile, perdere ce are o repercursiune asupra viitorului prematurului am aplicat la ceilalţi prematuri atât hormonul folicular cât şi cel al lobului anterior de hipofiză, imediat după naştere.

Curbele din fig. A şi B dovedesc cele descrise mai sus.

Doza necesară de foliculină cu care s'ar putea obţine rezultatul sus arătat ar fi în mod teoretic cantitatea de foliculină cari lipseşte din organismul prematurului. Cum am arătat mai sus cantitatea hormonală la un prematur ar fi 1/10, din greutatea corporală în momentul naşterei (la un prematur de 1800 gr. ar fi 180 U. S.). După Martin prematurii suportă foarte bine injecţiile de hormon folicular chiar şi în doze mari. Am aplicat pe baza observaţiunilor lui Martin şi ale mele hormonul folicular în doze de





100 U. S. iar în cazurile mai grave 150—200 U. S. zilnic.

Doza zilnică de 100 U. S. ar fi aproximativ standardul de bază cu ajutorul căruia prematurii ar putea menţine şi s'ar majora greutatea lor corporală. Acţiunea foliculară este foarte bine demonstrată pe planşele următoare: (fig. C. D.). Este vorba de 2 gemeni, din care numai unuia i s'a administrat foliculina.

Am administrat foliculina aproximativ 14 zile până când greutatea corporală a noilor născuţi s'a majorat cu 1/8—1/10 din greutatea corporală din momentul naşterii. Noi născuţii au su-

portat bine soluţiile uleioase de foliculină afară de vreo 2 cazuri sensibile faţă de ulei şi cari au reacţionat în mod transitoriu. In astfel de cazuri am administrat soluţia pe cale intra-muşculară graţie căreia n'am observat nici o reacţie ulterioară.

Până în prezent am întrebuinţat foliculina la 27 de prematuri.

După greutatea corporală de naştere cazurile au fost repartizate după cum urmează:

3 noi născuţi sub 1800 grame.

16 noi născuţi între 1800—2000 grame.

8 noi născuţi între 2000—2250 grame.

Toţi din aceşti noi născuţi au rămas în vieaţă şi sunt şi astăzi în plină desvoltare. Trei dintre noi-născuţii au arătat semne de rachitism dar graţie unui tratament potrivit au scăpat de această boală.

Rezultatul favorabil de 100% pe care l'am obţinut a fost în bună parte ajutat şi de faptul că toţi din aceşti 27 prematuri s'au născut o parte în Sanatoriu de altă parte în casele particulare ce corespondau tuturor cerinţelor higienice, şi unde li s'au dat noiilor născuţi îngrijirea necesară.

Cercetările mele cu hormonul lobului ant. de hipofiză au dat şi ele rezultate frumoase. Am întrebuinţat acest hormon mai ales la noi născuţi, cari prezentau debilitate corporală foarte pronunţată (debilităţi, dispoziţie la asfixie şi la eclampsie). Hormonul l'am întrebuinţat de 2—3 ori pe cale intra-muşculară în intervale de 5 zile şi în doză zilnică de30—50 U. S. Chiar după prima injecţie aspectul noului născut a devenit mult mai îmbucurător; fenomenele de iritaţie ale sistemului nervos central au dispărut. După Schuze hormonul lobului ant. de hipofiză ar mări rezistenţa organică a prematurului faţă de infecţiuni.

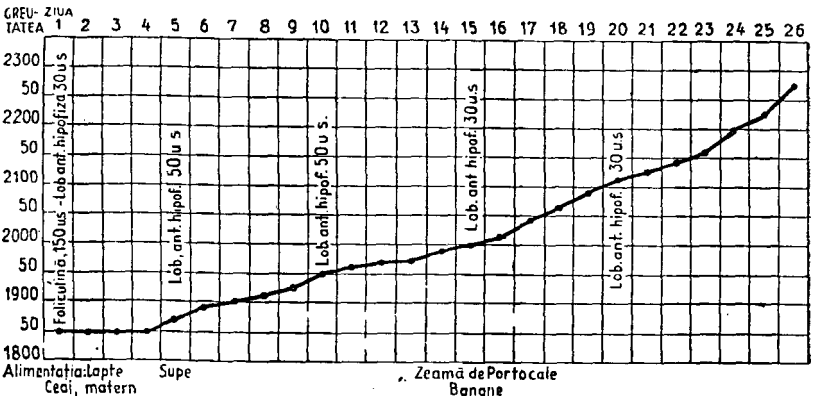
Din 27 cazuri am întrebuinţat hormonul lob. ant. de hipofiză la 9 noi născuţi, cari prezentau o debilitate corporală foarte pronunţată.

Luând în considerare teoria care afirmă că între hormonul folicular şi hormonul lob. ant. de hipofiză există o corelaţie intimă, am întrebuinţat concomitent aceşti 2 hormoni la prematurii mai debili şi anume în modul următor: foliculina în doză zilnică de 100—200 U. S., 14 zile, dearândul, hormonul lob. ant. de hipofiză 30—50 U. S. pe săptămână în total 3—4 săptămâni. Rezultatul obţinut prin această metodă a fost excelent la noi născuţi debili.

Cazul următor demonstrează bine efectul acestor doi hormoni.

Asfixie, cianoză, eclampsie, lipsa de reflex de a suge, debilitatea pronunţată, dispoziţia la scădere de temperatură corporală (temperatura rectală 35—35). După procedurile de reinviere ceai, peste 12 ore lapte matern, cu pipeta, termofoare, am administrat imediat după naştere 150 U. S. de foliculină şi 30 hormon hipofizar; s'a observat că starea generală a prematurului s'a înviorat, crampele eclamptiforme au dispărut.

A patra zi noul născut începe să sugă spontan iar după un



scurt timp desvoltarea corporală îşi reia mersul normal. Noul născut n'a suferit nici o scădere a greutăţii corporale (greutatea corporală este în primele 3 zile staţionară, după 25 zile ea creşte cu 400 gr. starea generală este excelentă, sistemul osos bun, nici o alteraţie din partea organelor genitale.

Rezumând cele sus arătate am ajuns la următoarele fapte:

1. Pierderea în greutate corporală a prematurilor după naştere se poate evita, în cele mai multe cazuri, prin administrarea hormonilor foliculari.

2. Influenţa favorabilă a hormonului folicular asupra desvoltării ulterioare a prematurului şi mai ales întărirea resistenţei organice a noilor născuţi faţă de diferitele boli intercurente au fost în cazurile mele întotdeauna vizibile.

SC Colin / Central University Library Cluj

3. Prematurii foarte debili reacţionează în mod satisfăcător la injecţiile de hormoni ai lob. ant. de hipofiză. Starea lor generală se ameliorează iar crampele dispar.

4. Prematurii suportă foarte bine atât hormonul folicular cât şi hormonul lob. ant. al hipofizei. N'am observat în nici un caz vreun accident neplăcut.

B. KALLAI: *L'importance des hormones sexuelles dans les cas de prématuré et nouveau nè débiles.*

La perte de poids des prématurés après la naissance peut être évitée dans la plupart des cas, en administrant d'hormone folliculaire.

L'influence favorable de l'hormone folliculaire sur le développement ultérieur du prématuré et surtout l'augmentation de la résistance des prématurés vis-à-vis des maladies intercurrentes on été toujours nettement visibles dans nos cas

Les prématurés très débilités réagissent d'une façon très satisfaisante aux injections d'hormone antihypophysaire. Leur état de débilité s'ameliore et les crampes disparaissent.

Les prématurés supportent bien les injections d'hormone folliculaire et l'hormone antihypophysaire. Dans aucun des cas nous n'avons observé des troubles.

B. KALLAI: *L'importanza degli ormoni sessuali nel tratamento dei lattanti e la loro importanza nella crescita dei lattanti prematuri ed ipotrofeci.*

1) La perdita del peso corporale dei prematuri si può evitare, nella maggioranza dei casi, somministrando ormoni follicolari.

2) L'influenza favorevole dell'ormone follicolare sullo sviluppo ulteriore del prematuro e specialmente il rinforzo della resistenza organica verso le diverse malattie intercorrenti è stato sempre manifesta nei miei casi.

3) I prematuri molto deboli reazionano in modo soddisfacente sulle iniezioni degli armoni del lobo anteriore dell'ipofisi Lo stato generale debole si migliora e gli spasmi scompaiono.

4) I prematuri sopportano molto bene l'ormone follicolare come anche l'ormone del lobo anteriore dell'ipofisi.

Non ho osservato in nessun caso un accidente spiacevole.

B KALLAI: *Die Bedeutung der Sexualhormone bei der Aufzucht der Frühgeborenen und hypotrophischen Säuglingen.*

Der Gewichtsverlust der Frühgeborenen nach der Geburt kann in der Mehrzahl der Fälle durch Follikelhormonverabreichung, verhindert werden.

Der günstige Einfluss des Follikelhormons auf die weitere Entwicklung des Frühgeborenen, sowie die Resistenzerhöhung der Frühgeborenen gegenüber verschiedener Infektionserkrankungen war in meinen Fällen immer bemerkbar.

Sehr abgeschwächte Frühgeborene reagieren günstig auf Hypophysenvorderlapperhormon-Injektionen. Der allgemeine Zustand bessert sich, die Krämpfe verschwinden.

Die Frühgeborenen vertragen sowohl das Follikelhormon, wie auch das Hypophysenvorderlappenhormon sehr gut. In keinem der Fälle habe ich irgendeine unangenehme Nebenwirkung beobachtet.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ELIXIR GRANULE

HISTOGENOL

NALINE

Benzosulfon Paraamino Phenylarsinat de Na.
Dioxiphenil Arsinat de Na.
Arhenal.
Nucleophosphat de Na.
Glicerophosphat de Ca.

ADULȚI: 2 linguri de supă pe zi, înaintea meselor principale.
COPII: 2 linguriţe pe zi.

ANEMIE
NEURASTHENIE
TUBERCULOZĂ
PALUDISM
DIABET

REPR. GENERALĂ
BUCUREŞTI

S. A. R.

14, STR. ARCULUI
TELEFON: 2.81 81

Spitalul de stat Lugoj. Serviciul psihiatric.

MANIFESTATIUNI OFTALMOSCOPICE IN BOALELE MINTALE

de

D-r VALER I. MUNTEANU

Este cunoscută, importanţa ce o prezintă examenul fundului de ochiu în stabilirea diagnosticului, a o mulţime de boale din domeniul patologiei nervoase. Având în vedere strânsa legătură ce există între neurologie şi psihiatrie şi, plecând dela faptul că, în boalele mintale există importante leziuni anatomo-patologice, dela iperemie şi tumefacţie cerebrală, până la leziuni macroscopice pronunţate la nivelul creerului, cari ar putea modifica şi starea fundului de ochiu, d. doctor Lichter, medicul primar al serviciului de psihiatrie dela spitalul din Lugoj, mi-a dat ideea examinării tutulor bolnavilor mintali aflaţi în serviciul d-sale precum şi a acelora cari vor intra într'un anumit interval de timp şi a consemna datele astfel obţinute.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Făcând acest lucru, în cele ce urmează dau rezultatul examinărilor făcute.

S'au descris numeroase leziuni de fund de ochi la bolnavi mintali, examinaţi cu un scop bine precizat. Leziunile găsite cu aceste ocaziuni sunt clasice, mai mult chiar, au devenit simptome fundamentale pentru anumite boale ca, atrofia optică pentru tabes, staza papilară pentru tumorile cerebrale, atrofia optică temporală pentru scleroza în plăci etc.

Necunoscând însă, în literatura medicală românească, nici în cea străină un studiu mai amănunţit şi statistic privind manifestaţiunile de fund de ochiu la bolnavi mintali luaţi în bloc, voiu trece peste consideraţiunile bibliografice direct la expunerea rezultatului examinărilor ce am făcut.

Am examinat în total 188 bolnavi pe cari pentru uşurinţa studiului i-am grupat după boale conform unei clasificaţii de circumstanţă.

GRUPA I-a: *psihoze prin desintegrare intelectuală,* din care fac parte: a) schizofrenia cu diferitele ei forme;

b) paranoia;
c) stările paranoide.

Din această grupă am examinat 78 bolnavi; 70 schizofrenici; 5 paranoici și 3 cu stări paranoide. Modificări de fund de ochi am găsit în 12 cazuri și anume: papilite 5 cazuri; depozite pigmentare peripapilare 1 caz; aspect atrofic al nervului optic 1 caz; edem al jumătății nasale a nervului optic 3 cazuri și nevrită optică 1 caz. Intr'un caz cristalinul prezenta tulburări cari nu permiteau examinarea fundului de ochiu.

Deci modificări în aspectul oftalmoscopic am găsit într'o proporție de 15%. Aceste modificări le-am întâlnit mai ales în formele cu agitații frecvente (trei cazuri), sau combinate cu intoxicațiuni ori infecțiuni generale: sifilis și tuberculoză (câte un caz). O altă remarcă pe care țin să o fac e că, o mare majoritate a bolnavilor examinați au fost bolnavi vechi, a căror timp de internare varia între 1 și 19 ani. Din totalul bolnavilor doar zece erau sub un an, dintre cari trei intrați recent. Rezultatul obținut trebuie apreciat deci, în lumina acestui fapt.

GRUPA II-a: *psihoze afective,* în care intră;
a) maniaco depresivi: 1) mania; 2) melancolia.
b) confuzia mintală;
c) delirul acut.

Numărul cazurilor examinate aparținând acestei grupe este de 25 împărțit după cum urmează: manie 15 bolnavi; melancolie 6; confuzie mintală 3 și delir acut 1.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Desigur, această împărțire a cauzelor este forțată, întrucât majoritatea bolnavilor prezentau forme mixte. Repartiția am făcut-o după cum predominau periodele maniacale sau cele depresive. Modificări oftalmoscopice am găsit în cinci cazuri de psihoze, făcând parte din grupa celor maniacale și constând în o congestie papilară cu ștergerea conturului ei și în singurul caz de delir acut, unde exista o nevrită optică. Acesta și unul din cele cu congestie papilară au sucombat curând după examenul oftalmoscopic.

Procentul alterațiunilor oftalmoscopice în această grupă este de 24%.

GRUPA III-a: *psihozele toxice* și *infecțioase,* cu următoarele subdiviziuni: 1) *toxice* a) alcoolism;
b) morfinism etc.,
c) endocrine;
2. *toxi-infecțioase:* a) maladii infecto-contagioase;
b) de graviditate;
c) psihoze de lactație;
d) psihoze puerperale;
3). *psihoze infecțioase:* a) paralizia generală progresivă;
b) tabo-paralizia;
c) sifilisul cerebral;
4) *psihoze prin carență vitaminică:* pelagra.

Din această grupă, nu toate subdiviziunile sunt reprezentate, în studiul statistic prezent. In total am examinat 52 bolnavi, dintre cari cei mai numeroşi sunt; paraliticii generali 32, urmează apoi sifilisul cerebral şi alcoolismul cronic cu câte 7, tabo-paralizia cu 4 şi morfinomania cu 2 bolnavi.

Ca manifestaţiuni oftalmoscopice, această grupă prezintă diferenţe mari după etiologia psihozelor. Absolut inexistente în cele două cazuri de morfinomanie, puţine, într'un singur caz, din cele 7 de alcoolism cronic, prezentând depozite pigmentare peripapilare şi o uşoară atrofie temporală şi foarte numeroase în cazurile a căror etiologie e infecţiunea sifilitică.

Din 32 cazuri de paralizie generală progresivă, 3 bolnavi prezentau tulburări vasculare pronunţate; 2 papilite, 2 edem-papilar, 4 un aspect atrofic al papilelor (după nevrită optică), 1 atrofie optică, totală la un ochiu şi incipientă la celălalt. In afara acestora un bolnav prezenta sinechii iriene posterioare cu tulburarea cristalinului şi doi bolnavi tulburări în vitros cari împiedecau examenul fundului de ochiu.

Bolnavii cu sifilis cerebral, în afara unuia singur al cărui fund de ochiu avea aspect normal, toţi prezentau simptome oftalmoscopice: 2 bolnavi nevrită optică, 1 atrofie optică monoculară, 1 aspect antrofic şi 2 aveau papilită. Doi bolnavi, unul cu paralizie generală progresivă şi celălalt cu sifilis cerebral, prezentau o pulsaţie spontană a arterei centrale a retinei.

Cele patru cazuri de tabo-paralizie prezentau manifestaţiuni oftalmoscopice evidente. Trei bolnavi aveau atrofie optică în stadii avansate, iar unul o nevrită optică monooculară.

Din punct de vedere statistic pe grupă 48% a cazurilor prezentau manifestaţiuni oftalmoscopice. Pe boale, din grupă cel mai bogat reprezentat era tabo-paralizia cu 100%, urmată în ordine de sifilisul cerebral cu 85%, paralizia generală progresivă cu 43%, alcoolismul cu 14% şi morfinomania cu 0%.

Aceeaşi remarcă ce am făcut la discuţia grupului unu, e valabilă şi aici. La judecarea rezultatului obţinut trebuie a se avea în vedere faptul că serviciul nostru adăposteşte în largă măsură bolnavi cronici, cari stau la noi cu anii. Din această cauză cifrele ar putea fi diferite la o statistică făcută într'un serviciu de psihiatrie pentru bolnavi acuţi de unde bolnavii cronici sunt evacuaţi în azile pentru alienaţi.

GRUPA IV-a: *psihoze de involuţie* din care fac parte:

psihozele: a) de climacteriu;
b) senile;
c) arterio-sclerotice.

Din această grupă am examinat doar un număr de 4 bolnavi cu demenţă senilă. Dintre aceştia 2 aveau cataractă senilă în stadiu înaintat, iar 2 aveau aspectul fundului de ochiu normal. Din această grupă manifestaţiunile oftalmoscopice sunt de 0%.

GRUPA V-a: *psihoze organice*, cărora aparţin:

a) epilepsia,
b) parkinsonism,
c) psihoze encefalice organice: 1. scleroza în plăci; 2. coreea.

Manifestaţiuni oftalmoscopice n'am găsit decât în două cazuri de epilepsie, unul cu depozite pigmentare în jurul papilelor ale căror margini erau mai şterse şi o bolnavă care, examinată imediat după un acces epileptic, prezenta o papilită bilaterală. Intr'unul din cazurile de scleroză în plăci, s'a putut pune în evidenţă o atrofie optică bitemporală destul de pronunţată. Procentual manifestaţiuni oftalmoscopice ar prezenta 15% a cazurilor.

GRUPA VI-a: *psihoze degenerative* în cari întâlnim:
a) oligofreniile sub toate formele:
1. idioţia
2. imbecilitatea
3. debilitatea mintală
b) cretinismul
c) degeneraţii:
1. originalii
2. escrocii
3. mitomanii
4. isterici etc.

Din această grupă se află, sau au trecut prin serviciul nostru, în ultimul timp, un număr relativ mic de cazuri. In total au fost examinaţi 9 bolnavi şi într'un singur caz am găsit o tulburare în vitros care împiedeca examenul oftalmoscopic. In toate celelalte cazuri fundul ochilor avea un aspect normal. Deci manifestaţiuni oftalmoscopice, în această grupă, inexistente.

* * *

Privind în ansamblu toţi bolnavii examinaţi, fără consideraţiune de grupele de psihoze cărora aparţin, avem 49 manifestaţiuni oftalmoscopice diverse la 188 bolnavi mintali examinaţi, deci un procent de 26%.

In acest loc ţinem să amintim că, examinările au fost făcute cu ajutorul oftalmoscopului electric „Simon" fără o prealabilă examinare a refracţiei oculare şi fără a confrunta rezultatul obiectiv cu starea funcţională a ochilor, ceea ce, având în vedere starea mintală a bolnavilor, nici n'ar putea da garanţia unei situaţii indiscutabile. Din această cauză admitem că, prin o examinare în condiţii ştiinţifice mai riguroase s'ar putea retuşa întrucâtva cifrele obţinute, în special la cazurile unde modificările oftalmoscopice arătau o alteraţiune mai puţin marcată dela limita stării normale. Semnalând această posibilitate, reamintind remarcele făcute la grupurile de psihoze no. 1 şi 3 în privinţa vechimii boalelor examinate şi observând că numărul nu prea mare al bolnavilor cuprinşi în această lucrare nu ne permite să tragem concluziuni definitive, nu putem să nu constatăm că, ceea ce rămâne neînduios este disproporţia ce

există, în ce privește manifestațiunile oftalmoscopice, la diferitele grupe de psihoze.

Procentul mare de modificări oftalmoscopice la tabo-paraliză, sifilis cerebral și paralizie generală progresivă, relativ urcat la psihozele maniacale, moderat la schizofrenie și aproape inexistent la celelalte psihoze, este evident.

O întrebare se desprinde însă, în mod logic, la sfârșitul acestei lucrări. Care este valoarea unui eventual examen oftalmoscopic în cazurile de psihoze? Această întrebare se poate privi din două puncte de vedere: practic și teoretic.

Din punct de vedere practic desigur că, examenul oftalmoscopic nu este indispensabil, în toate cazurile de psihoză diagnosticul putându-se pune și fără ajutorul lui. Totuși există cazuri, cum a fost și în serviciul nostru unul, unde examenul oftalmoscopic ar putea servi ca un prețios adjuvant la punerea unui diagnostic mai sigur și în timp mai scurt. Este vorba de cazurile de schizofrenie cu turburări de vorbire cari imită perfect vorbirea dizartrică întâlnită în paralizia generală progresivă și unde o eventuală reacție Wassermann pozitivă, asociată cu o identitate a simptomelor clinice face să întârzie diagnosticul sigur un timp destul de îndelungat, până la desvoltarea și precizarea tabloului clinic. In asemenea cazuri, prezența unor alterațiuni oftalmoscopice la nivelul fundului de ochiu, ar putea să ne îndrepte spre diagnosticul de paralizie generală progresivă, iar absența lor în direcția unei schizofrenii.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

O altă indicație, de o valoare practică destul de însemnată, este în ce privește prognosticul. Prezența unor manifestațiuni oftalmoscopice mai importante, la nivelul fundului de ochiu, pledând pentru un prognostic mai grav, cu un sfârșit letal, sau o tendință la cronicizare.

Din punct de vedere al utilității științifice a examenului oftalmoscopic, constatarea că, în psihozele maniacale și schizofrenii cu agitații, unde sunt constante halucinațiunile, — între cari și cele vizuale, — și falșele recunoașteri, examenul oftalmoscopic arată deasemenea modificări patologice la nivelul fundului de ochi, dă de bănuit, că acest examen ar putea contribui la explicarea modului de producere al acestor simptome psichice.

Pentru a afirma acest lucru, — ceea ce nu are pretenția această lucrare — trebuie un studiu mai amănunțit și examene oftalmoscopice repetate, dictate de evoluția boalei și de schimbarea tabloului clinic, dela caz la caz.

VALER MUNTEANU: *Manifestations ophtalmoscopiques dans le maladies mentales.*

Sur 183 malades avec troubles mentaux l'auteur a trouvé des modifications ophtalmoscopiques dans 49 cas (soit 26%). Les modifications sont constantes chez les tabo-paralitiques (100%); dans la syphilis cérébrale 85%; dans la paralisie générale progressive 43%. Les psychoses affectives présentent de même un pourcentage elevé, soit 24%. L'importance de l'examen ophtalmoscopique est connu du point de vue diagnostique, mais aussi le prognostique pourra tirer son benefice.

Dott. VALERIO MUNTEANU: *Manifestazioni ophtalmoscopiche nelle malattie mentali.*

Sul numero di 188 casi di malati con perturbamenti mentali, l'autore á trovato modificazioni ophtalmoscopiche in 49 casi (26%).

Le modificazioni sono constante nei tabo-paralitici (100%); nella lue cerebrale 85%. nella paralisi g-rale progressiva 43%. Le psicosi affettive presentano la stessa percentuale elevata, cioe 24%. L'Importanza del'esame ophtalmoscopico é conoscinta dal punto di vista diagnostico ma anche la prognosi stessa puó tirarne il suo beneficio.

VALER MUNTEANU: *Ophtalmoscopische Erscheinungen bei Geisteskranken.*

Verfasser hat bei 188 Kranken mit verschiedenen Geistesstörungen die ophtalmoskopische Erscheinungen beschrieben und prozentuell dargestellt. Bei Tabo-Paralitiker sind die Befunde ständig 100%), bei Lues cerebri waren Störungen in 85%, bei Dementia paralitica in 43% der Fälle. Wichtig erscheint der hohe Prozent (24½) der Befunde bei manisch-depressive und andere affektive Störungen. Für die Diagnostik sind regelmässige opht. Unters. vorzunehmen. Für die Prognose sind diese Untersuchungen auch sehr wichtig.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

UROFORMINE GOBEY
COMPRIMÉS 0f50
AMPOULES 2cc & 5cc
ANTISEPSIE GÉNÉRALE
VOIES URINAIRES
VOIES BILIAIRES
MALADIES INFECTIEUSES
GRIPPES ETC...
Agence en Roumanie: Laboratorul farmaceutic „Lutetia" S. A. R.
103, Str. Toamnei — Bucarest III

Spitalul Central Soroca: Medic Primar D-r V. Ursu.

MAGNI-TROHANTERITELE OSTEOMIELITICE
Studiu clinic şi radiologic

de

D-r E. ROITMAN

Magni-trohanterita (Ollier) osteomielitică sau ostemielita marelui trohanter este o afecţiune relativ rară, cu mult mai rară decât magni-trohanterita tuberculoasă, care şi ea apare una la alte 800 localizări bacilare (Sorrel).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Această raritate se explică prin următoarele 2 cauze: 1) extremitatea superioară a femurului nu este epifiza cea mai fertilă şi, prin urmare, circulaţia sanguină-factor principal pentru localizarea microbiană — este mai puţin intensă, 2) marele trohanter, fiind format din ţesut spongios, va fi un mediu mai prielnic pentru dezvoltarea bacilului Koch.

Ea nu apare decât începând cu vârsta de 7—8 ani, căci punctul de osificare a marelui trohanter apare la vârstă de 5 ani. E mai frecventă la tineri, dar o putem găsi la toate vârstele (M. Mathieu).

Agentul patogen poate fi stafilococul auriu, stafilococul alb, streptococul, pneumococul sau bacilul Eberth. Punctul de plecare al oricărei colonii microbiene este un focar infecţios cât de neînsemnat din organism: carie dentară, ulceraţie bucală, furuncul, panariţiu, impetigo, etc. După o fază de septicemie, microbii sunt aduşi de către torentul circulator şi localizaţi la nivelul marelui trohanter, unde se va da lupta între agentul patogen şi terenul. Dacă microbii sunt puţin virulenţi şi evoluiază pe un teren rezistent însămânţează numai pătura subperiostică şi leziunea e un simplu abces subperiostic. Dacă — din contra — infecţiunea a fost mai virulentă, ea determină şi un proces de osteită rarefiantă, urmată de un abces central osos. In acest caz, cele două focare de infecţie, subperiostic şi osos, comunică mai mult sau mai puţin între ele. In forme mai grave va atinge şi cartilagiul de conjugaţie, care se osifică la vârsta de 16—18 ani. Cartilagiul de conjugaţie fiind distrus, ma-

rele trohanter nu va mai creşte şi extremitatea superioară a femurului îşi va schimba complect forma (Ollier).

Alteori procesul infecţios nu se dezvoltă în epifiză, adică în partea proeminentă a marelui trohanter, ci dedesubtul cartilagiului de conjugaţie, în porţiunea spongioasă a diafizei. In acest caz, la operaţie trebuie să evităm distrugerea substanţei compacte, care dublează stratul periosto-aponevrotic şi asigură soliditatea osului (Ollier).

Simptomatologia. Inceputul afecţiunii poate fi brusc sau insidios. In urma unui traumatism, căderi, răceli sau a unei băi apar fenomenele generale: frisson, temperatură, turburări digestive uneori. Acestea sunt cu atât mai intense, cu cât infecţiunea este mai masivă. In curând apare şi simptomul local: durerea la nivelul marelui trohanter, exagerată prin presiune şi schimbarea poziţiei bolnavului. Durerea, la început intermitentă cu exacerbări nocturne, devine repede continuă. Alteori bolnavii acuză durere în regiunea aductorilor şi în apropiere de genunchiu. Niciodată însă nu vom găsi durere la nivelul capului femural, fie înainte fie îndărătul trohanterului.

Odată cu durerea apare şi tumefacţia regiunii trohanteriene. La început dură, devine peste câteva zile elastică şi renitentă şi mai târziu, odată cu dispariţia fenomenelor generale, apare fluctuaţia. Palparea comparativă cu partea sănătoasă arată o mărire de volum a marelui trohanter, datorită reacţiunii osoase. In general mişcările articulaţiei coxo-femurale sunt păstrate. Poate să existe totuşi, din cauza *contracturii periarticulare*, o greutate în mişcare de extensie şi tendinţa membrului la uşoară flexiune şi abducţie; în fine o atitudine obişnuită a gambei în rotaţie externă. Niciodată însă-leziunea poate fi cât de veche — nu vom observa atitudinea vicioasă din coxo-tuberculoasă: abducţie, flexiunea coapsei pe basin, lordoză lombară, şi nici scurtarea membrului. In osteomielitele cronice a marelui trohanter se poate găsi o atrofie muşculară, dar nu aşa de pronunţată ca în coxo-t. b. c.

In perioada de pre-abces putem găsi o uşoară circulaţie colaterală la nivelul regiunii trohanteriene. Nu există adenopatie inguinală, spre deosebire de trohanterită tuberculoasă. In sângele bolnavilor cu osteomielită trohanteriană se găseşte o leucocitoză cu polinucleoză.

Examenul radiografic ne va da un ajutor preţios. Semnele radiologice apar aici mai precoce decât în celelalte localizări ale osteomielitei acute.

Radiografia va fi făcută, membrul balnav fiind aşezat sau în rectitudine, degetul cel mare al piciorului privind în sus, sau în poziţie de rotaţie externă a piciorului. Se va evita poziţia de rotaţie internă a acestuia, căci atunci marele trohanter ne apare „scurtat" (această din urmă poziţie se întrebuinţează în radiografia colului şi capului femural şi a articulaţiei coxo-femurale). Raza normală trebuie să treacă la nivelul porţiunii externe a gâtului femural.

După varietatea formei anatomo-patologice a magni-trohanteritei osteomielitice vor varia şi semnele radiografice: apoziţie pe-

riostală în caz de abces subperiostic; rarefacţie osoasă, fără de sechestre, în caz de osteită. Ambele leziuni se pot întâlni pe acelaş caz în trohanterite mai grave. Iar trohanterul mare, în comparaţie cu partea sănătoasă, ne apare mult lărgit.

Când infecţiunea se localizează în regiunea subtrohanteriană, rarefacţia şi distrucţia osoasă încep de acolo. Pentru controlul leziunilor, radiografia din faţă va fi complectată cu una din profil sau 3/4. In caz de fistulă, examenul cu lipiodol ne va exclude o falşă trohanterită-colecţiuni tuberculoase, rezultate dintr'un morb al lui Pott lombar, lombo-sacrat sau sacrat sau dintr'o osteită juxta-articulară a şoldului (pubis, tuberozitatea ischiatică), cari fuzează la nivelul regiunii trohanteriene, fără a avea un raport oarecare cu marele trohanter.

Complicaţiile unei magni-trohanterite osteomielitice pot fi: articulare-artrită supurată osteomielitică — şi abces cu fistulizare. Fistulele se vor deschide în jurul trohanterului sau, când punctul bolnav se găseşte îndărăt în spaţiul intertrohanterian, fistulele se vor deschide în partea internă şi posterioară.

Aceste fistule pot dura ani de zile: 18 ani în cazul lui Mathieu, a copsei.

Diagnosticul diferenţial se face cu magni-trohanterită tuberculoasă. Această are un început lent şi simptomul durere este mai puţin pronunţat decât în trohanterită osteomilitică. Regiunea inguinală prezintă o adenopatie, iar în sânge nu vom găsi nici o modificare a formulei sanguine. Radiografia arată o rarefacţie osoasă mai pronunţată decât în trohanterită acută şi un aspect flou al osului. Această e prima fază a evoluţiei radiografice a trohanteritei t. b. c., acea a „spinei". A doua fază se caracterizează prin apariţia unei caverne cu sau fără sechestru. Cartilagiul de conjugaţie prezintă o activitate compensatorie atât de avansată, încât trohanterul se sudează la os mai repede decât în partea sănătoasă. In caz de trohanterită t. b. c., e bine să luăm şi o radiografie a articulaţiei coxo-femurale, pentru a exclude o trohanterită secundară unei coxo-tuberculoze.

Diagnosticul diferenţial îl vom mai face cu pseudo-coxalgii sau periartrită coxo-femurală, care se caracterizează printr'o inflamaţie a burselor seroase a marelui fesier sau a regiunii trohanteriene. Intre pielea şi marele trohanter există mai multe burse seroase, unele subcutanate altele subaponevrotice. La nivelul inserţiunilor trohanteriene a tendoanelor muşchilor pelvi-trohanterieni există alte burse seroase. Aceste diferite burse se pot infecta sub influenţa traumatismelor, reumatismului sau altor maladii infecţioase (tuberculoză, sifilis, infecţie puerperală, etc.). Infecţia lor se traduce anatomo-patologic printr'un exudat seros, hemoragic sau purulent. După Ollier, un abces al bursei seroase, care acoperă trohanterul, este simptomatic unei leziuni osoase preexistente. Radiografia simplă sau cu lipiodol ne va lămuri. Tot cu ajutorul radiografiei vom exclude o falşă trohanterită, descrisă mai sus.

Hematomul traumatic al bursei seroase trohanteriene este uşor

de recunoscut. Alfred Sax a descris în Wiener Klinische Wochenschrift un caz de rachitism tardiv al marelui trohanter, care se caracteriza clinic prin oboseală rapidă în mers şi durere la presiunea marelui trohanter. Radiografia a arătat o lărgire şi o neregularitate a cartilagiului dia-epifizar a marelui trohanter şi o transparenţă a osului în vecinătatea sa. Cu un repaos relativ şi tratamentul medical şi fizioterapic al rachitismului osul s'a recalcificat.

Tratamentul magni-trohanteritelor osteomielitice este cel chirurgical. Incizia părţilor moi se va face în sens longitudinal pentru a nu distruge continuitatea ţesutului fibros sau aponevrotic, care acoperă sau ia inserţie pe marele trohanter. Iar tuberozitatea trohanteriană va fi trepanată şi evidată, ridicându-se focarul de fongozităţi şi distrucţii osoase. Acelaş tratament se face şi în caz de trohanterită tuberculoasă.

In Spitalul Central din Soroca am avut ocazia să urmăresc în ultimii doi ani 3 cazuri de trohanterită acută, a căror observaţii, însoţite de clişee radiografice, le redăm mai jos:

OBSERV. I. — A. P. din judeţul Soroca, în vârstă de 25 de ani, este trimis la secţia chirurgicală a Spitalului în ziua de 22. 6. 1936, cu diagnosticul de coxo-t.b.c. dreaptă.

In antecedente nimic important.

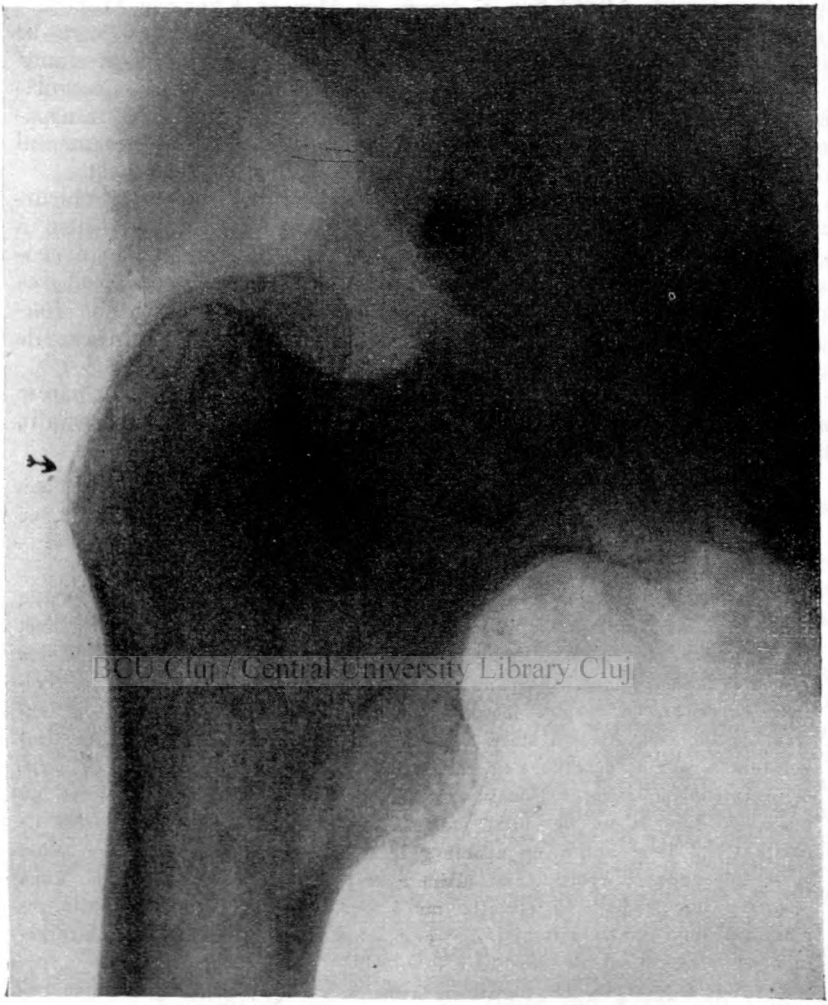
Istoricul maladiei. Acum un an a simţit dureri uşoare în articulaţia coxo-femurală dreaptă. S'a internat într'un spital din judeţ, unde a fost tratat pentru reumatism. Fiindu-i mai uşor s'a dus acasă. A doua zi starea generală i se agravează, capătă frisoane, febră, inapetenţă şi cefalee. Treimea superioară a coapsei începe să se tumefieze, iar durerile devin extrem de violente. Această stare a persistat timp de 3 săptămâni. Apoi temperatura a scăzut, durerile s'au mai liniştit, aşa că putea să umble cu cârje, orice sprijin pe piciorul bolnav provocându-i dureri. Văzând că durerea nu scade, se duce la un al spital judeţean unde, punându-i-se diagnosticul de coxită t.b.c., îi se aplică un aparat ghipsat. Peste 3 luni aparatul se scoate şi se înlocueşte cu altul. Acest ultim aparat îl mai poartă 3 luni şi, după scoaterea lui, văzând că situaţia nu i s'a ameliorat câtuşi de puţin, se adresează unui medic internist din oraş, care îl trimite la secţia chirurgicală cu diagnosticul de coxo-t.b.c.

Starea prezentă. De constituţie astenică, cu faciesul şi tegumentele palide, ţesutul celulo-adipos redus. Pupilele reacţionează la lumină şi acomodează la distanţă; reflexele osteo-tendinoase normale.

Examenul general nu arată nimic anormal din partea celorlalte organe. Temperatura 37,8; pulsul 108 pe minut. B. W. în sânge negativ. Hemocultura idem.

Examenul local. Membrul inferior drept se află în atitudine de flexiune uşoară, abducţie şi rotaţie externă. Treimea superioară a coapsei uniform tumefiată, contrastând cu atrofia celorlalte $^2/_3$. Tegumentele la nivelul tumefacţiei sunt distinse şi lucioase, prezentând şi o uşoară circulaţie colaterală. Toată regiunea tumefiată şi partea internă a treimii inferioare a coapsei dureroase la presiune. Tumefacţia este fluctuentă şi prin punctie se scoate un puroiu verde, gros, bine legat.

Examenul bacteriologic — prezenţa stafilococului. Mişcările articulaţiei coxo-femurale, active şi pasive posibile, afară de extensie complectă.



BCU Cluj / Central University Library Cluj

Radio 1

Radiografia (radio I) arată o decalcificare a marelui trohanter cu apoziţie periostală în treimea lui inferioară. Articulaţia coxo-femurală liberă.

Intervenţia (D-r V. Ursu) pe ziua de 23 Iulie. Incizie longitudinală a părţilor moi. Din regiunea trohanteriană şi peritrohanteriană se scurge o cantitate imensă de puroi. Se trepanează marele trohanter şi se lasă un dren în plagă. Temperatura scade a doua zi. De la 2 August din nou oscilaţii termice. Se începe un tratament cu vaccin Delbet. Temperatura se urcă la 39^0.

Controlul plăgii în ziua de 12 August: se constată o colecţie retrohanteriană. O nouă incizie cu drenajul plăgii. Acum temperatura scade

definitiv, secreţia purulentă diminuiază, durerea dispare, iar mişcările active le îndeplineşte fără nici o jenă. La 5 Septembrie pansament uscat fără drenaj, iar pe ziua de 15 pleacă acasă complect vindecat.

OBSERV. II. — L. G. din oraşul Soroca, în vârstă de 18 ani, se internează pe ziua de 28 August 1936 în secţia chirurgicală a Spitalului pentru dureri violente în şoldul stâng, temperatură şi impotenţă funcţională a membrului inferior de aceiaşi parte.

In antecedente nu prezintă nimic important.

Istoricul maladiei. Făcând baie în Nistru, a simţit brusc durere în şoldul stâng. Durerea nu era mare, aşa că bolnavul nu i-a dat nici o importanţă. Noaptea, însă, ea s'a accentuat, mişcările devenind imposibile, iar termometrul a arătat 38^0,2. Fiind chemat un medic din oraş, acesta îi face o injecţie cu pantopon şi îi prescrie prafuri cu salicilat. Durerea şi temperatura crescând, bolnavul se internează în secţia medicală a spitalului, unde îi se administrează o serie de vaccin antigonococic, dar fără nici un rezultat. Examenul radiografic, executat în ziua de 27 August, clarifică diagnosticul şi bolnavul e mutat la secţia chirurgicală.

Starea prezentă. De constituţie mediocră, mult slăbit, faciesul şi tegumentele palide, se plânge de dureri mari în articulaţia coxo-femurală stângă. Temperatura oscilează în jurul lui 39^0, iar pulsul 110 pe minut. Examenul celorlalte aparate nu relevă nimic anormal. B. W. în sânge negativ; în urină urme de albumină.

Examenul local: membrul inferior stâng se află în abducţie şi rotaţie externă; muşchii coapsei atrofiaţi, în special aductorii; regiunea marelui trohanter tumefiată şi extrem de dureroasă, articulaţia coxo-femurală nu e dureroasă nici anterior şi nici posterior. Mişcările articulaţiei reduse şi însoţite de dureri în reg. trohanteriană. Ganglionii inguinali nu sunt măriţi de volum.

Radiografia (radio 2) arată o decalcificare pronunţată a marelui trohanter cu lărgirea lui: zone mici de necroză subperiostică în partea inferioară şi o apoziţie periostală.

Intervenţia în ziua de 29 August: incizie, trepanare şi drenarea regiunii trohanteriene. Examenul bacteriologic al puroiului: prezenţa stafilococului şi a streptococului. Temperatura scade a doua zi după operaţie, iar plaga evoluiază în mod normal. Pleacă acasă în ziua de 15 Septembrie, urmând ca celelalte pansamente să i se facă ambulatoriu.

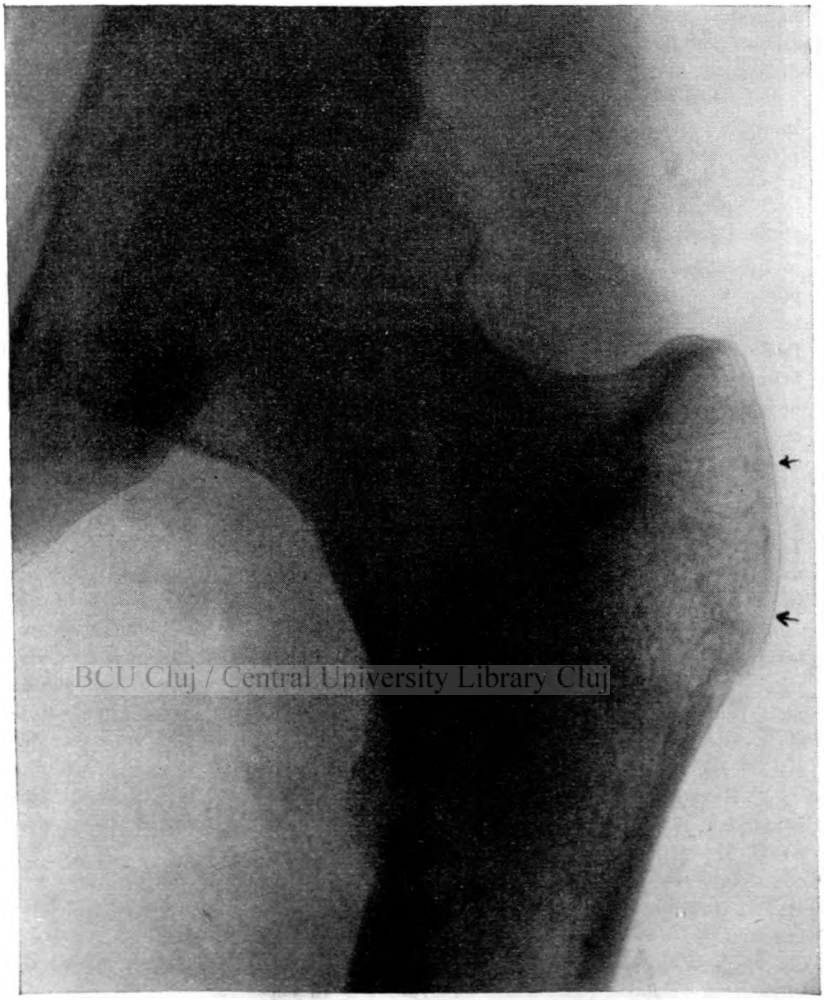
OBSERV. III. — T. M. din judeţul Soroca, în vârstă de 19 ani, se internează în secţia chirurgicală a Spitalului în ziua de 19 August 1936 pentru dureri şi impotenţă funcţională a membrului inferior drept.

In antecedente personale: rugeolă, scarlatină şi malarie.

Boala lui apare cu o săptămână înainte de internare, manifestându-se prin dureri vagi în tot membrul inferior drept, dureri cari s'au accentuat treptat şi l-au obligat să stea în pat. Concomitent îi s'a agravat şi starea generală, a căpătat febră, inapetenţă, cefalee şi slăbia din zi în zi.

Examen general: De constituţie astenică, cu faciesul suferind, tegumentele palide, ţesutul celulo-adipos redus. Temperatura 37^0,7, pulsul 98 pe minut.

La **examenul local** se constată mişcările articulaţiei coxo-femurale reduse. Nici o atrofie sau vreo deformaţie a membrului. Căutând sensibili-



BCU Cluj / Central University Library Cluj

Radio 2

tatea profundă, deşteptăm o durere mai pronunţată dedesubtul regiunii trohanteriene. Ganglionii inguinali nu sunt măriţi de volum. Examenul celorlalte aparate nu relevă nimic deosebit, afară de o mărire şi uşoară sensibilitate a splinei. Malarie absent, examenul repetat de 2 ori. Hemocultura sterilă după 24 de ore. Examenul urinei — nimic deosebit.

Radiografia (radio 3) executată în ziua de 21—8, arată o decalcificare a regiunii subtrohanteriene fără reacţie periostală.

In ziua de 22 se începe un tratament cu vaccin Delbet. La examenul clinic, făcut în ziua de 1 Septembrie, se constată o tumefacţie a regiunii trohanteriene şi subtrohanteriene, tegumentele roşii, foarte du-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Radio 3

reroase. Uşoară circulaţie colaterală peritrohanteriană. La palpare se percepe fluctuaţie. Se incizează şi se găseşte puroiu în cantitate mare; se trepanează regiunea subtrohanteriană şi se lasă un dren în plagă. Se continuă pansamentele şi tratamentul cu vaccin. Temperatura oscilează câteva zile în jurul lui 38, pe urmă scade la normal. Examenul bacteriologic: floră asociată. Bolnavul pleacă acasă vindecat în ziua de 23 Septembrie.

Din descrierea celro de mai sus rezultă, că în toate afecţiunile acute, subacute sau cronice ale regiunii şoldului ne vom gândi şi la posibilitatea unei magni-trohanterite osteomielitice, a cărei diagnostic se va pune în urma unui examen clinic minuţios, acesta fiind însoţit neapărat şi de examenul radiografic.

BIBLIOGRAFIE

Alfred Sax: Wiener Klinische Wochenscrift, Noembrie 1921. — *Chaumet G.:* Traité de Radiodiagnostic, vol. I —*Le Dentu* et *Pierre Delbet:* Traite de Chirurgie.—*M. Mathieu:* Presse Medicale Iunie 1923.—*Ollier:* Traité de Resections.—*Ombredanne L.:* Précis clinique et opératoire de chirurgie infantile. — *Simon Rostin:* Diagnostic d'origine des fistules et abcès tuberculeux de la region trochanterienne. Teză Paris 1931 — *Sorrel* et *Delahay:* Revue d'Ortopedie, Martie 1926. — *Testut-Iacob:* Traité d'anatomie topographique.

E ROITMAN: *Étude clinique et radiologique des magni-trochan térites ostéomyelitiques.*

L'auteur expose la seméiologie clinique et radiologique des magni-trochanterites ostéomyelitiques, une affection rencontrée assez rarement. Il insiste sur le diagnostic différentiel avec les autres affections trochanteriennes et peritrochanteriennes, le diagnostic définitif étant établi seulement à la suite d'un examen radiologique.

Il apporte ensuite les observations de 3 malades, qui présentaient de différentes localisations de l'infection ostéomyelitique du grand trochanter. Comme conclusion, l'auteur montre l'interêt de cette affection qui peut fausser souvent notre diagnostic.

E. ROITMAN: *Le magni-trocanteriti. Studio clinico e radiologico.*

L'autore espone la semeiotica clinica e radiologica delle magni-trocanteriti osteomielitice, affezzioni raramente riscontrate. Insista sovra il diagnostico differenziale con le altre affezioni trocanteriene e peritrocanteriene, la diagnosi definitiva essendo stabilita soltanto in seguito al esame radiologico. Porta le osservazioni di 3 malatti che presentano diverse localisazioni della infezzione osteo-mielitica del gran trocantere.

Concusione: L'autore insegna l'interese di questa affezione che spesso puo falsificare la nostra diagnosi.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

E. ROITMAN: *Klinisches und rötgenologisches Studium der osteomyelitischen Magni Trochanteritis.*

Der Verfasser legt die klinischen und röntgenologischen Anzeichen der osteomyelitischen Magni-Trochanteritis dar, einer ziemlich seltenen Krankheitsform. Er weisst mit Nachdruck auf die Unterschiede in der Diagnostik hin, die zwischen dieser und den anderen trochanterischen und peritrochanterischen Affectionen bestehen, wobei die endgültige Krankeitsbestimmung sich nur auf Grundlage einer röntgenologischen Prüfung unzweideutig ergibt. Er bringt schliesslich Beobachtungen an 3 Kranken vor, die osteomyelitische Infection des grossen Trochanters an verschiedenen Stellen aufweisen. In der Schlussfolgerung lenkt der Verfasser die Aufmerksamkeit an dieser Affection, die so oft sich unserer richtigen Diagnostik entzieht.

Institutul de Radiologie din Cluj
Director: Prof. D-r D. Negru

REZULTATELE RÖNTGENTERAPIEI IN RINOSCLEROM

de
D-r V. RUSU

Radioterapia constitue procedeul cel mai eficace de tratament al rinoscleromului.

Incercarea de a trata scleromul căilor respiratorii superioare prin raze Röntgen şi Radium se pare că datează din anul 1902. In acest an, Rödiger încearcă să influenţeze în bine prognosticul întunecat al acestei afecţiuni prin aplicarea röntgenterapiei.

Introducerea în terapie a acestui nou procedeu este acceptată imediat şi după rezultatele bune obţinute de Rödiger, röntgenterapia începe să fie considerată ca o metodă valoroasă de tratament în lupta contra rinoscleromului, astfel că în acelaş an, Gottstein publică un caz de rinosclerom tratat cu succes prin röntgenterapie.

In anii următori Fittig (1903), Ranzi (1904) şi Freund (1905) publică câte-un caz de sclerom, care după röntgenterapie mai intensă se ameliorează progresiv până la vindecare. Nodulii scleromatoşi în cazul lui Ranzi erau operaţi de mai multe ori pentru recidive, iar aproximativ după 5 luni dela tratament, pacientul, un bărbat în vârstă de 26 ani, era vindecat.

Valoarea razelor Röntgen în tratamentul acestei boale creşte în mod progresiv, mai ales dacă se compară rezultatele din ce în ce mai favorabile cu rezultatele slabe obţinute prin alte mijloace de tratament.

Meyer comunică în 1906 un caz de rinosclerom foarte voluminos ce regresează total după radioterapie şi într'un timp destul de rapid, astfel că bolnavul poate să se alimenteze şi să respire în mod normal.

In 1909, Rödiger v. Rydygier publică 14 cazuri de sclerom tratate prin radioterapie cu rezultat bun, leziunile fiind bine influenţate, ţesutul granular a regresat în toate cazurile, însă nu totdeauna a obţinut vindecarea totală.

Observaţiunile acestea, publicaţiile lui Drasdowicz, Schröttor, Borak, Pick, Nemenoff, Panoff şi alte numeroase comunicări, tind să documenteze că radioterapia este procedeul terapeutic de elecţie în sclerom, deşi Streit şi alţii ajung la concluzia că recidivele sunt destul de frecvente după radioterapie şi că până în prezent nu există un tratament antiscleromatos care să vindece fără recidive.

Publicaţiile ultimilor ani — Albanus, Amersbach, Belot, Goerke, Mc Kee, Kraus şi Streit, ş. a. — apreciază favorabil rezultatele obţinute prin radio-terapie.

Dela cunoaşterea mai precisă a rinoscleromului, adică dela publicaţiile lui Hebra, până în timpul din urmă, mijloacele de tratament s'au înmulţit considerabil, ceiace do edeşte lipsa de eficacitate. Meţianu-Tempea împart terapeutica scleromului în defensivă şi ofensivă. Mijloacele terapeutice servesc o acţiune simptomatică redând funcţiunile normale-respiratorii etc., prin distrugerea tumoretelor scleromatoase, prin dilataţii sau tracheotomie etc., şi o acţiune etiologică prin distrugerea celulelor patologice şi a bacilului Frisch. Ofensiva aceasta a întrebuinţat un arsenal terapeutic foarte variat şi foarte vast, dând rezultate tot atât de variate, în general însă puţin mulţumitoare.

S'au încercat cauterizări cu ac. lactic, ac. carbonic, clorura de zinc, nitrat de argint; antiseptice locale ca iodura de potasiu, sublimatul, ac. fenic, ac. salicilic sau antiseptice generale ca neosalvarsanul, trepolul, bismut coloidal, tartru stibiat ş. a., apoi vaccinoterapia cu autovaccin preparat din bacilul Frisch. Toate acestea au produs rezultate cari au mulţumit pe iniţiatorii lor, publicându-se ameliorări şi chiar vindecări durabile, totuş necesitatea a determinat încercarea altor procedee.

Acelaş efect îl produce galvanocauterizarea, actinoterapia, etc., unii obţinând vindecări în timp ce alţii nu pot constata decât o ameliorare trecătoare şi ne'nsemnată.

Inspiraţia de a combina procedeele ce se par mai potrivite a fost un pas favorabil în tratamentul scleromului. In alegerea şi combinarea tratamentului trebue să ne conducem după forma anatomopatologică a scleromului.

Din acest punct de vedere rinoscleromul se poate împărţi în trei forme: tumorală, infiltrativă difuză sau plană şi retractil-cicatricială. Tratamentul mai este în funcţiune şi de întinderea şi vechimea leziunilor scleromatoase.

Ţinând seamă de toţi aceşti factori şi de experienţa antecesorilor, tratamentul scleromului se impune dela sine. Combinarea metodelor se poate face cu uşurinţă, iar rezultatele vor fi mai satisfăcătoare.

Tratamentul operator este indicat în formele tumorale voluminoase şi mai puţin extinse, căci infiltraţiunile submucoase şi laringotracheale nu se pot opera. Cicatricile retractile, stenozante apar mai frecvent după operaţie.

Marschik, Krampitz, etc., nu văd o regresine totală a ţesutului bolnav după radioterapie, de aceia recomandă extirparea chirurgi-

cală, iar pentru a evita cicatricile postoperatoare şi recidivele, se face iradierea cu raze X, obţinând prin aceasta rezultate mult mai bune.

Dilatările se impun în formele retractile cu cicatrici şi cu tendinţă la stenozare.

Aplicaţiunea diatermiei şi a diatermocoagulării a contribuit mult la realizarea unor ameliorări sau vindecări. Infiltraţiunile tumorale sunt uşor distruse pe această cale, cicatricile, bridele sunt favorabil influenţate prin diatermie, iar căldura ridicată este resorbtivă şi bactericidă într'o oarecare măsură.

Radioterapia se recomandă în toate cazurile, căci influenţează atât ţesuturile dela suprafaţă cât şi cele profunde indiferent de vechimea procesului patologic. Ea se impune în formele extinse şi mai ales inferioare, laringotracheale.

Radiumterapia este recomandată de Wetterer în scleromul mucoaselor, însă asociat cu röntgenterapia şi la sfârşitul unei serii de röntgenterapie, nu mai târziu.

Radiosenzibilitatea scleromului este în funcţiune şi de structura microscopică a ţesutului scleromatos. Infiltraţiile sau granulaţiile sunt formate din celulele lui Mikulicz ce conţin bacili Frisch. Marschalko crede că aceste celule sunt forme degenerate de celule conj. alături de cari se văd numeroşi corpusculi ialini ca o expresiune a degenărării celulelor conj. rotunde, cari nu conţin bacili Frisch. Alături de aceste celule se vede şi o desvoltare a ţesutului conjunctiv fibros.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In general ţesutul scleromatos nu este prea radiosenzibil, ceiace recunoaşte Wetterer, Borak, Amersbach, etc., formele infiltrative sunt mai senzibile decât cele scleroase, atrofice.

Acţiunea razelor Röntgen asupra scleromului nu este încă lămurită. V. Schroter crede că razele au acţiune bactericidă lucrând direct asupra agenţilor cauzali.

Lenk este de părerea că procesul de vindecare se bazează pe distrucţia ţesutului patologic. Din cercetările lui Nemenow reese, că razele Röntgen accelerează vacuolizarea celulelor conjunctive bolnave cât şi degenerarea ialină, unde bacilii sunt nimiciţi în mod progresiv şi lent. Ar fi o acţiune asemănătoare cu acţiunea asupra ţesuturilor tuberculoase sau granulative infecţioase, unde celulele sunt distruse direct de razele terapeutice şi apoi înlocuite prin fibre conjunctive.

In modul acesta bacilii mor secundar prin acţiunea indirectă. Celulele Mikulicz sunt înlocuite cu celulele tinere limfoide, epiteliode şi fuziforme, iar în jur începe o proliferare a ţesutului conj. ceiace Puschin şi Kordatova arată pe secţiuni microfotografice luate prin excizie înainte şi după iradiere.

Beck şi Rapp cred că razele acţionează în alt mod, ce se poate bine aplica în afecţiunile tuberculoase. In ambele cazuri ar fi vorba de acţiune indirectă, deci nu asupra agentului patogen ci asupra celulelor care prin distrucţie dau produse ce stimulează organismul.

Acţiunea asupra ţesutului patologic se manifestă clinic prin regresiunea infiltratelor şi imoierea nodulilor apoi dispariţia lor

lentă astfel că tratamentul prelungit este absolut indicat. Este nevoe de iradierea simultană a ganglionilor ce adesea sunt măriţi acompaniind rinoscleromul.

Technica radiologică nu are importanţă prea mare, căci se pare că rezultatele obţinute nu sunt în funcţie de technică. O singură condiţie se cere pentru a obţine un rezultat bun: tratamentul să fie prelungit. Nu se poate compara technica întrebuinţată în 1902—1910 cu aceia din zilele noastre, cu toate că rezultatele sunt aproape identice.

Dealtfel în trecut ca şi azi, s'au aplicat doze variate de raze şi de calitate variată. In general tendinţa e să se administreze 50—60% în profunzime într'o serie, fracţionând doza în mai multe şedinţe şi pe mai multe câmpuri pentru a se evita fenomenele reacţionale din partea laringelui şi urmările unor retracţiuni cicatriciale tardive.

Rezistenţa scleromului a determinat dela început combinarea tratamentului radiologic cu radium mai ales după extirparea formaţiunilor tumorale. Până în ultimul timp nasofaringele era un loc potrivit pentru radium, dar azi când aparatele moderne permit o selecţie a razelor dure, combinarea se face din alte motive.

Beck şi Rapp iradiază nasul, faringele şi laringele prin câte două porţi laterale, întrebuinţând raze dure filtrate printr'un filtru de 0,5 Cu sau Zn şi administrând 30% DE pe fiecare câmp de iradiere, de 3—4 ori la intervale de câte 4 săptămâni. Pentru laringe întrebuinţează doze mai mari, câte 50—70% DE de 3—5 ori la 5 săpt. pe câte 2 câmpuri laterale.

Doza de radiu ce o aplică într'o serie este de 50% DE pentru căile superioare şi de 70% pentru laringe, aplicat la nevoie intratracheal prin tracheotomie.

Wetterer iradiază nasul, faringele şi laringele prin câte 3 porţi (ant. şi laterale), întrebuinţând raze mai dure filtrate prin 0,5 Zn sau 1 mm Cu, iar pentru nodulii intracutani 1—2 mm. Al. Doza ce o dă este de 10 H pe un câmp când se iradiază mucoasele şi 12—15 H pe câmp când se iradiază pielea. El repetă la 3—4 săpt. până la rezultat. Pentru cavităţile nasale, faringe şi laringe recomandă de preferinţă radiumterapia.

Lenk dă următoarea technică: 2 câmpuri la 23—25 cm. dist. F—P, 150 kv, filtru 3—4 mm Al, câte o şedinţă tot a doua zi, în total 8 H (60% DE), la intervale de 6 săpt. repetă seria de 3—5 ori. Doza de focar este ½ DE. Tratamentul durează 4—6 luni.

Martensein şi Jung descriu în cazurile publicate de ei diferite technici ce au variat în cursul timpului în raport cu perfecţionarea aparatelor radiologice şi cu observaţiunile clinice. Au întrebuinţat astfel razele cele mai moi, abea filtrate (1—2 mm Al), dar şi razele dure filtrate prin filtre grele de Cupru sau Zinc. HWS a variat în cazurile lor între 2 mm Al şi 0,9 mm Cu. Pe un câmp au dat de 2 ori 30% din doza eritem combinat cu radiu.

Puschin la început da ⅓—½ DE pe un câmp nasal şi două

laringeene cu 120 kv. filtru de 3 mm Al, dar pe urmă îşi schimbă technica întrebuinţând raze dure cu 180 kv, ½ Cu + 1 Al dând pe 4—5 câmpuri câte-o doză eritem.

Iradierile fără filtru (Rödiger, Mc Kee, etc.) azi nu se mai practică. Autorii moderni administrează în general o doză de 60% DE pe un câmp folosind 2—3 câmpuri şi întrebuinţând raze dure sau semidure.

Analizând cazurile publicate de diferiţi autori cari descriu mai amănunţit technica tratamentului, vedem că technica, doza imediată, calitatea razelor etc., nu a influenţat prea mult rezultatele. Se poate deduce însă că tratamentul trebue să fie continuat mult timp şi că pentru infiltratele recente sunt suficiente doze mai mici, iar pentru formele mai vechi, scleroase, e nevoe de doze mai mari.

Rezultatele obţinute prin radioterapie au fost cât se poate de încurajatoare la început şi se credea că este unicul tratament eficace. Numeroasele eşecuri şi recidivele aproape constante după un timp mai îndelungat au micşorat speranţele depuse şi au redus din valoarea ce i se atribuia. Cu toate acestea nu se poate concepe un tratament de rinosclerom care să nu cuprindă şi radio sau radiumterapia, pentrucă toţi cari au publicat astfel de rezultate, recunosc că se produce o ameliorare prin regresiunea lentă a infiltratelor mucoasei bolnave.

Markovits afirmă că procesele scleromatoase recente se topesc progresiv şi regresează până la vindecare, iar cele cronice sunt oprite în evoluţie, pe urmă se produce o ameliorare dar mult mai lentă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Lenk, printr'un tratament prelungit timp de 6 luni, administrând tot la 6 săpt. câte-o serie de radioterapie, obţine o resorbţie lentă a infiltratelor până la o ameliorare evidentă şi chiar vindecare.

Puschin din 47 de cazuri tratate prin radioterapie are 43 ameliorări evidente în care starea subiectivă devine satisfăcătoare, dispneea dispare, respiraţia nasală se face bine în timp ce infiltratele arătau o tendinţă spre regresiune. In 4 cazuri nu a putut constata nici o ameliorare, dar în aceste cazuri era vorba de forme scleroase cu ţesut fibros şi mucoasa cicatricială. In 18 cazuri constată o vindecare clinică timp de 2—3 ani. Restul de 25 cazuri au fost bine influenţate, s'au ameliorat foarte mult şi continuă încă tratamentul.

Iată dar că radioterapia a dat rezultate destul de satisfăcătoare, mai ales dacă ţinem seamă de concepţia ce domneşte în acest domeniu după care scleromul nu şi-a găsit încă tratamentul.

Vindecarea în rinosclerom este dealtfel o noţiune foarte laxă, pentrucă recidivele apar după ani de zile. Cazuri vindecate şi fără nici un semn de recidivă timp de 1—3 ani sunt destul de frecvente. Puschin şi Kordatova în 17 cazuri vindecate nu observă recidive timp de 2—3 ani. Rödiger are cazuri vindecate după 5 ani. Hinsberg comunică un caz vindecat de 10 ani. Cazul se pare a fi

acelaş pe care l-a tratat Fittig în 1902 şi pe care îl găsim în statistica lui Martensein din 1929 ca vindecat, deci supravieţuind după 26 ani.

Vindecări şi mai ales ameliorări observă după radioterapie Lanenberg, Ninger, asociind radioterapia cu vaccinoterapia, Predescu-Rion şi Meţianu-Tempea după radium. Lacasagna încercând diferite tratamente ajunge la concluzia că radio- şi radiumterapia sunt suveranele tratamentului.

Vindecarea şi ameliorarea trebue interpretată şi în legătură cu evoluţia naturală a scleromului, ştiut fiind că această evoluţie este uneori foarte lungă. Se observă bolnavi cu vechime ce variază între 3—10 ani şi chiar 20—25 ani.

Este greu să atribuim oprirea în evoluţia boalei unui tratament dacă şi în mod spontan scleromul permite supravieţuirii cu o durată a boalei de 20—25 ani.

Totuş o regresiune a infiltratelor ce se observă după radioterapie nu poate fi pusă în socoteala întâmplării şi dacă o nouă recidivă nu apare după un interval oarecare este un semn bun pentru tratament.

Evident că nici radioterapia nu este tratamentul ideal, dar în situaţia actuală nu i se poate discuta valoarea şi încercarea în combinaţie cu un alt procedeu este obligatorie.

In toate cazurile bolnavii cu sclerom trebue ţinuţi sub un control medical permanent, iar tratamentul prelungit chiar dacă nu sunt semne de recidivă. Inconvenientele tratamentului prelungit sunt minime faţă de gravitatea recidivelor.

Martensein constată că şi recidivele se influenţează bine prin radioterapie, iar dozele aplicate chiar în cantitate mare nu au produs leziuni tardive nici asupra laringelui.

Ameliorarea începe cel mai de vreme la 2 săpt. după radioterapie, în general regresiunea se manifestă la 1—2 luni după tratament. Progresiv infiltratele diminuă în volum în timp ce căile repiratorii devin permeabile.

Complicaţiille imediate şi inconvenientele respiratorii post-radioterapice sunt excepţionale dacă tratamentul e supravegheat şi dozarea fracţionată. Răul de raze, greaţa, durerile de cap, dispneea, etc., apar foarte rar. Iperemia şi turgescenţa mucoasei sau tumefacţia infiltratelor subglotice sunt rarităţi şi rareori e nevoe de tracheotomie.

Complicaţii tardive, cutanate sau mucoase, sunt inexistente pentru unii (Puschin) deşi alţii au avut ocazia să observe uneori.

In Institutul de Radiologie din Cluj, în decurs de 12 ani (1923—1934) au fost tratate 24 cazuri de rinosclerom cu diferite localizări, cele mai multe fiind forme extinse cu localizări laringeene. Diagnosticul a fost confirmat prin examen istologic, bacteriologic sau serologic, numai în 2 cazuri a fost numai clinic. Dăm mai jos observaţiile rezumative ale cazurilor tratate de noi.

1). C. I., plugar, 15 ani, jud. Cluj. De 6—7 luni are dureri de cap, greutate la respiraţie, etc. Fosele nasale prezintă pe pereţii lor mu guri cărnoşi, duri, cari împiedecă respiraţia. Vălul palatin este îndurat,

sclerozat. Sub corzile vocale se vede o infiltraţie a mucoasei pe care se inseră o excrescenţă tumorală. Dg. clinic se confirmă la microscop. In 1923 face două serii de radioterapie administrându-se pe fiecare câmp câte 80% DE într'o serie, după care infiltraţiile dispar şi sunt înlocuite cu ţesut cicatricial. Se fac dilataţii. Bolnavul se simte bine până în 1927 când simptomele clinice reapar şi infiltraţiile cresc din nou. Mai face câte o serie de radioterapie în trei ani consecutivi, dar nu se obţin decât ameliorări trecătoare şi în 1935 sucombă.

2). B. P., 22 ani, plugar. De câteva luni are respiraţia nasală îngreunată. Cavitatea nasală dreaptă este umplută cu o tumoră ce se întinde spre faringe. Ea este dură şi obstruiază complet parcursul cavităţii fucât bolnavul nu poate respira. Dg. e clinic. In 1923 se iradiază nasul din trei părţi primind pe ficcare câmp câte-o doză eritem, după care se ameliorează. Control tardiv nu avem. La ancheta din 1936 nu-l găsim.

3). P. G., plugar, 27 ani, jud. Cluj. De 14 ani respiră greu pe nas. De 4 ani are dureri în cavităţile nasale şi auzul complet dispărut. Mucoasa narinelor prezintă infiltraţiuni dure, deasemenea regiunea subglotică şi faringele. Face o serie de radioterapie în 1923 primind pe 2 porţi nasale şi 2 laringeene câte-o doză eritem în mai multe şedinţe, însă fără rezultat. In 1924 mai face o serie de tratam. însă boala progresează şi pacientul sucombă nu mult după aceasta.

4). I. M., plugar, 15 ani. De un an observă că i se înfundă narina dreaptă şi respiraţia devine tot mai anevoioasă. Ambele fose nasale sunt pline cu o masă de ţesut proliferativ. Face o serie de radioterapie în 1924 după care se ameliorează puţin. Control tardiv nu avem.

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

5). K. M., 25 ani, plugar, jud. Târnava Mică. De un an are dureri în laringe şi respiraţie grea. I se constată infiltraţia rinofaringelui, laringelui şi a bronşiilor. In 1925 face 2 serii de radioterapie după care fenomenele respiratorii se accentuiază încât e nevoe de tracheotomie. Timp de trei ani nu se observă nici o ameliorare, după aceasta mai face o serie de radioterapie pe laringe şi trachee primind de fiecare serie câte-o doză eritem pe două porţi tracheale şi câte 60% pe 2 porţi laringeene. Bolnavul se simte tot mai rău şi nu peste mult timp sucombă.

6). H. V., 25 ani, plugar, jud. Năsăud. De un an este răguşit şi tot cam de atunci respiră greu pe nas. Fosele nasale sunt pline cu cruste, pereţii prezintă infiltraţii şi tumorete dure. Vălul palatin este retractat. Sub corzile vocale se vede o infiltraţie a mucoasei acoperită cu cruste. Biopsia pozitivă. In 1925 face o serie de radioterapie primind pe toate câmpurile de iradiere câte 80% DE, după care se simte bine infiltraţiile încep să regreseze până la dispariţie. După 11 ani se simte complet sănătos, fără alt tratament.

7). CH. A., 26 ani, soldat, Cluj. De vreo 4 ani scurgere fetidă din nas şi respiraţie grea, etc. La examenul clinic se constată o rinită atrofică dreaptă iar în fo nasală stângă o masă infiltrativă scleroasă. Ipofaringele, glota, corzile vocale sunt puternic infiltrate. Pe preparate se găsesc numeroşi b. Frisch. I se face un tratament radiologic care constă din trei serii (în anul 1926) la interval de două luni. Se administrează 50—60% pe fiecare poartă de iradiere, după care se ameliorează. La controlul tardiv nu-l găsim.

8). P. G., 22 ani, plugar, jud. Sibiu. De 8 luni este răguşit, are jenă la respiraţie. Nasul, faringele, laringele şi tracheea prezintă infiltraţii caracteristice rinoscleromului, ceia ce se confirmă şi prin biopsie. Starea bolnavului e gravă. Face în 1926 două serii de radioterapie, câte 50—80% DE pe un câmp de iradiere, după care se simte mai bine încât îşi poate vedea de ocupaţie timp de ani de zile. După 8 ani este nevoit să se opereze pentru polipi (?) nasali, la controlul nostru nu s'a prezentat.

9). V. M., 42 ani, casnică, jud. Sibiu. De 4 ani este răguşită şi respiră cu greu. Laringele şi tracheea sunt infiltrate cu ţesut tipic, căile respiratorii sunt strâmtate. In 1926 face o serie de radioterapie primind pe 2 câmpuri laterale câte 50% DE după care se ameliorează progresiv până la vindecare. După 10 ani se simte foarte bine, vindecată, fără să mai facă alt tratament.

10). M. G., 34 ani, muncitor, jud. Someş. De 15 ani respiră greu mai ales pe nas, unde vedem o serie de muguri duri ce infiltrează mucoasa şi obstruiază în parte lumenul foselor nasale. Mucoasa este în parte ulcerată. Laringele are mucoasa infiltrată difuz. Biopsia este caracteristică, în secreţie se găsesc mulţi b. Frisch. După trei serii de tratament făcute la intervale mari în 1926—27 se produce o ameliorare evidentă cu regresiunea lentă a infiltratelor. Control tardiv nu am putut face. După 10 ani bolnavul trăeşte şi lucrează în diferite regiuni ale ţării, dar nu putem găsi care e starea actuală a leziunilor sale.

11). P. M., 38 ani, casnică, jud. Someş. De 5 ani respiră greu pe nas, care e diformat din cauza unor infiltraţii dure ce strâmtează canalul foselor nasale. Biopsia confirmă dg. clinic. In anul 1927 se iradiază nasul prin 2 porţi primind de fiecare parte 60% DE, după care se ameliorează progresiv, infiltratele nasale dispar complet. Bolnava se simte bine, sănătoasă până în 1932 când face tbc. pulmonară şi sucombă în anul următor.

12). H. D. 40 ani, plugar, jud. Mureş. De trei ani prezintă tumefacţia narinelor, de un an este răguşit. In cavităţile nasale se văd mici tumorete de ţesut moale friabil ce stenozează lumenul nasal; vălul palatin este retractat. Mucoasa faringelui şi a laringelui este acoperită cu cruste uscate.

Face o serie de radioterapie (în 1927) primind pe 4 câmpuri câte 80% DE, în mai multe fracţiuni, după care se ameliorează mult. In 1935 mai face o serie radium, după care se vindecă.

13). P. A., 18 ani, plugar, jud. Someş. Este bolnav de 3 ani. Prezintă mici tumorete nazale şi ulceraţii ale faringelui şi laringelui. Face trei serii de raze asupra regiunilor bolnave, administrându-se pe un câmp 60—80% DE de fiecare serie, în fracţiuni multiple (anul 1927). Bolnavul se ameliorează mult, leziunile infiltrative regresează. După 8 ani se simte bine, complet sănătos.

14). S. G., 23 ani, plugar, jud. Someş. De un an şi jum. este răguşit, tuşeşte, respiră greu pe nas. Mucoasa căilor resp. sup. prezintă leziuni tipice scleromului cu structură istologică şi inoculări caracteristice. Face trei serii de radioterapie în 1926 la intervale de câte 2 luni primind pe mai multe câmpuri câte 50—70% DE după care se ameliorează f. mult. După 2 ani rezultatul bun se menţine, nu este însă vindecat. Mai face încă 2 serii simţindu-se bine mult timp. La control după 10 ani ni se răspunde că e plecat prin ţară la lucru.

Biblioteca Universitară "Iaşi" (c) BCU IASI / Digitized by Google

15). S. V., 26 ani, plugar, jud. Someş. Bolnav de 5 ani, de când e răguşit şi respiră greu. Faringele şi laringele prezintă infiltraţiuni tipice scleromatoase. I se administrează (în 1928) pe 2 câmpuri laterale, iradiindu-se reg. submaxilare şi laringele, câte o doză eritem pe fiecare câmp, în mai multe fracţiuni. Nu se observă nici o ameliorare. Sucombă în 1932.

16). S. N., 18 ani, ţărancă, Maramureş. De 8 luni are dureri în nas şi senzaţie de sufocaţie. De 3 luni nu mai poate respira pe nas din cauza unor muguri cărnoşi ce-i obstruiază fosele nazale. Biopsia arată ţesutul caracteristic rinoscleromului. După 2 serii de radioterapie (în 1928) neoformaţiile nazale dispar, bolnava se simte bine, însă după 8 luni recidivează apărând pe mucoasa nasului infiltraţiile caracteristice. Se face o nouă serie pe raze iradiindu-se regiunile bolnave cu 80% DE. După 10 ani bolnava se simte bine, se declară sănătoasă.

17). S. N., 24 ani, plugar, Târnava Mare. Este bolnav de doi ani, de când e răguşit şi nu poate respira din cauza unor obstacole în laringe. Laringele este infiltrat în regiunea subglotică. Face o serie de radioterapie asupra laringelui în 1929 primind pe 2 porţi 80% DE fracţionată. Ameliorarea este trecătoare. In 1932 sucombă.

18). T. G., 22 ani, casnică, jud. Satu-Mare. De 9 luni are dureri în nas şi gât. Pe mucoasa nasală, a valului palatin, cât şi pe mucoasa faringelui şi în reg. subglotică se constată infiltraţii reduse şi mici noduli dispersaţi. In 1926 face 4 serii de radioterapie după care se ameliorează. In 1929 mai face o serie asupra nasului şi laringelui. Plecând fără adresă nu i se poate face control tardiv.

19). P. O., 21 ani, plugar, jud. Târnava-Mică. De 6 luni are jenă în respiraţie şi vorbire. Mucoasa nasală şi a laringelui este infiltrată cu aspect caracteristic. Dg. se confirmă la microsocop. Face o serie de radioterapie asupra nasului şi laringelui după care se ameliorează foarte mult încât la 3 săpt. încep să-i dispară toate simptomele, iar după 6 săpt. se considera complet vindecat. Infiltraţiile mucoasei au regresat. Mai face o serie de radioterapie. După 6 ani dela ultima serie este complet vindecat, simţindu-se bine.

20). C. I., 28 ani, muncitor, Maramureş. De 3 ani are turburări în respiraţie. Septul nasal, cornetele, epiglota, reg. subglotică şi tracheea prezintă leziuni nodulare ale mucoasei. I se iradiază toate aceste regiuni, în 1932, administrându-se pe fiecare poartă câte 50% DE. După acest tratament se ameliorează, face însă mai târziu pneumonie şi sucombă.

21). M. A., 34 ani, plugar, jud. Hunedoara. De aprox. 10 ani are turburări de respiraţie şi fonaţie. Prezintă o strâmtoare subglotică ce se crede că e de natură scleromatoasă. Biopsia şi reacţia serologică nu sunt caracteristice. După o serie de radioterapie aplicată pe ambele reg. cervicale nu observă nici o ameliorare şi nici o modificare obiectivă imediată.

22). B. A., 23 ani, ţărancă, jud. Cluj. De 18 luni are greutate în respiraţie, dispnee, etc. Laringele şi tracheea sunt infiltrate cu ţesut scleromatos. Primeşte pe 2 câmpuri latero-cervicale (în 1934) câte 80% DE. Se observă o ameliorare după tratament, care se continua încă.

23). F. E., 35 ani, ţărancă, Sălaj. De 2 ani prezintă obstrucţia foselor nazale printr'un ţesut tumoral cu aspect muguriform. O parte a acestui ţesut este ixtirpată pe cale operatorie. Face o serie de tratament (în

BCU Cluj / Central University Library Cluj

1935) iradiidun-se reg. nazală prin trei porţi (2 laterale şi una occipitală). Se produce o ameliorare, tratamentul se continuă.

24). L. M., 19 ani, ţărancă, jud. Cluj. De doi ani are turburări de respiraţie, narina stângă fiindu-i complet obstruată de o masă neoplazică dură. Laringele prezintă infiltraţii mai reduse. In 1929 face 3 serii de radioterapie la interval de 2 luni după care se ameliorează foarte mult, respiraţia se face acum cu uşurinţă. La fiecare serie a primit câte o doză eritem pe 2 câmpuri şi 50% DE pe câte 2 câmpuri cervicale. Control tardiv nu am putut face.

Technica adoptată de noi în röntgenterapia scleromului a fost inspirată după înfăţişarea clinică a cazului. In general am administrat raze dure, filtrate prin 1/2 Cu + 4 Al, la o tensiune de 160—180 kv şi câte 50%—80% DE pe un câmp. Dozele au fost fracţionate pe mai multe şedinţe întrebuinţând 2 sau la nevoe 3 porţi. Am iradiat astfel nasul, faringele, laringele şi tracheea. Doza aceasta a fost suficientă pentru a distruge ţesutul neoplastic fără să producă leziuni imediate sau tardive.

Un fapt demn de remarcat, care a contribuit la diminuarea valorii rezultatelor obţinute de noi, este că cei mai mulţi bolnavi nu au continuat tratamentul timp mai îndelungat, ci s'au mulţumit cu rezultatul primei sau primelor serii, bun sau rău cum a fost. O condiţiune esenţială pentru reuşita unui tratament este prelungirea iradierii chiar şi după regresiunea infiltratelor.

Vechimea leziunilor scleromului a fost în cazurile noastre variabilă, în general însă destul de accentuată. Cele mai puţine dintre cazurile noastre sunt cele recente. Sub un an avem 9 cazuri, între 1—3 ani avem 7 cazuri, între 3—5 ani 4 cazuri, între 5—10 ani 2 cazuri şi peste 10 ani 2 cazuri.

Tratamentul se pare că a influenţat mai bine cazurile recente, sub un an. Cazurile învechite au reacţionat mai încet, mai ales când gradul vechimei ajungea la 12—14 ani, deşi am constatat ameliorări şi în cazurile acestea. Cazurile vindecate de noi prin radioterapie erau de o vechime ce varia între 3 luni şi 5 ani.

Forma anatomică deasemenea a influenţat efectul radioterapiei. Regresiunea este mai evidentă, deci şi ameliorarea imediată, în formele tumorale, dar am văzut ameliorări importante şi în infiltraţiile difuze. Scleromul laringo-tracheal a fost forma cea mai refractară. Chiar atunci când leziunile nasale au regresat foarte mult, leziunile laringelui şi mai ales ale tracheei au rămas mai puţin influenţate.

Vârsta bolnavilor nu a constituit o condiţiune pentru eficacitatea tratamentului.

Asocierea scleromului cu alte afecţiuni este uneori un semn rău, mai ales dacă e vorba de tbc. pulmonară. Intr'un caz coasocierea scleromului cu un sifilis latent nu a oprit regresiunea infiltratelor scleromatoase şi efectul bun al radioterapiei.

Inceputul ameliorării se vede la 3—4 săpt. după seria de raze şi progresează sub influenţa seriilor următoare. Recidivele apar după un timp variabil dela câteva luni la câţiva ani.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Rezultatele obţinute de noi prin radioterapie sunt satisfăcătoare mai ales dacă ţinem seama de condiţiile în care trebue să se facă acest tratament.

Din 24 cazuri iradiate obţinem ameliorări evidente în 20 cazuri şi numai în 4 cazuri radioterapia nu a dat rezultat favorabil. Dar şi în cazurile din urmă se văd ameliorări imediate, subiective, trecătoare.

In 6 cazuri ameliorarea a progresat până la vindecarea complectă, controlată după 8—10 ani. In 14 cazuri leziunile au regresat mult sau chiar total. Unii din aceştia nu au mai făcut tratament mai departe, alţii (4 cazuri) ne-au scăpat controlului şi o parte sunt încă în tratament.

In rezumat avem: 24 cazuri tratate cu 6 vindecări (25%), 14 ameliorări (58%) şi 4 insuccese (16,6%). In cazurile ameliorate se pot prevedea alte insuccese dar şi vindecări.

In această privinţă mai trebue să ţinem seamă şi de evoluţia spontană a scleromului, care poate ajunge 12—15 ani şi chiar mai mult.

Inconveniente şi complicaţii nu am observat în cursul tratamentului, nici chiar în cazurile de infiltrate pronunţate ale laringelui. Accentuarea uşoară a dispneei după primele şedinţe aplicate pe laringe nu poate fi considerată ca un inconvenient serios.

Indicaţiile radioterapiei în rinosclerom nu au nici un obstacol, chiar atunci când efectul slab este întrevăzut, deoarece o îmbunătăţire subiectivă poate fi considerată ca indicaţie. O menţiune specială merită cazurile cu disfonie accentuată şi cu infiltrate laringo-tracheale întinse, când tratamentul se va face cu prudenţă sau mai preferabil după tracheotomie.

In concluzie, radioterapia scleromului este procedeul cel mai eficace de tratament. In combinaţie cu alte tratamente dă rezultatele cele mai sigure. Röntgen- şi Radiumterapia combinate cu operaţia şi diatermo-coagularea sunt azi suveranele acestui tratament.

Tratamentul trebue să fie continuat mult timp, ani de zile, iar bolnavul să fie supraveghiat şi controlat în permanenţă. Scleromul trebue surprins într'o fază cât mai incipientă, ca tratamentul să fie precoce.

BIBLIOGRAFIE

Amersbach: Röntgenterapie d. Nasen u. s. w. im Handbuch d. Röntg. strahlen. Krause 1925.—*Albanus:* Strahlenterapie d. oberen Luftwege.... Handb. d. spez. Chir. des Ohres 1927.—*Bechini:* Su due casi di rinoscleroma radium-tratati. Rad med. 1931. Ref. Amer J. Rad. 1932.—*Berberich:* Ein Fall von Rhinosklerom durch Röntgenstrahlen geheilt. M. f Ohr. u. L. Rhinologie, 1933. H. 4.— *Bernard:* Du rhinosclerome. Teză Paris 1927.—*Berreaud:* Consideration sur le rhinosclerome. Congr. Soc. Fr. d'oto-laryng. 1923. — *Belinoff:* II. Congr intern. d'oto-laryngologie.—*Borak:* Zur Röntgenterapie des Skleroms. Munch. med Woch. 1910.—*Behm* Uber Frühdiagnose und Röntgenbestrahlung des Rhinoskleroms. Z. f. Hals-Nasen-u. Ohrhk 1924. — *Beck-Rapp:* Lehrbuch de Strahlenterapie 1925 S. 570 u s. w. — *Belot:* Die Röntgen-und Radiumbehandlung der Hautkrank. 1928 — *Eisner-Hindenburg-Katschmann-Hindenburg:* Uber einen seltenen Fall von Sklerom und seine Heilung durch Röntgenstrahlen. Fol. Oto-laryngologica 1924. Ref. Strahlen. terapie 1925.—*Fittig:* Uber einen mit Röntgenstrahlen behandelten Fall von Rhinosklerom. Beitr. kl. Chir. 1903. — *Freund:* Zur Radioterapie des Rhinoskleroms-

K k. wis. d. Arzte w v. 1925.—*Goerke:* Obere Luftwege u. Ohr. in Heimanus.—1928—*Kruglikova:* Westnik. rontgen. i radiol. 1926 Ref. Die Behandlung des Skleroms mit Röntgenstrahlen. Fortschr. d. Rgstr. Bd 36.—*Mc. Kee:* Amer Journ. of Roentgen. 1917.—*Kofler:* Erfahungen mit Radiumbehandlung usw. Monatschr. f. Ohrenheilk Bd. 47. S. 244 — *Krampitz:* Die Indikationen fur Mesothoriumanwendung. Verein d. Laryng. 1914. — *Kraus:* Uber Rhinosklerom in Iadassohn Handb. d. Haut-und Geschkr. 1929. Berlin. — *Lanenberg:* Zur Röntgenterapie des Skleroms. Vestn. Rontgenol. 1929. Ref Fortschr. 1930. — *Lenk:* Röntgentherapeutisches Hilfsbuch. 1929. — *Martensein-Jung:* Zur Strahlenlerapie des Skleroms. Strahlenth. Bd. 33. 1929. — *Marschik:* Erfahrungen mit Radiumbehandlung usw. Verein deutscher Laryngologen. 1914 307.—*Meţianu-Tempea:* Scleromul in România. Bul. Soc. rom. de otorino-laringologie 1929—*Markovitz:* Rontgentherapie in Tabellenform. 1936—*Minkovsky:* Zur Frage des Skleroms. Russk Laring. 1924 ref. — *Meyer:* Volumineux rhinosclerome traitè avec succes par la radiotérapie. Pr. med. 1908.—*Nemenoff:* Zur Behandlung des Rhinoskleroms mit Röntgenstrahlen. Arch. kl. Chir. 98—2. — *Mazzoni:* La curazioffi di raggi x e col radium del rinolaringoscleroma. Rev. med. X. nr. 2. — *Puschin-Kordatova:* Die Röntgenbehandlung des Skleroms der oberen Luftwege Fortschr. der. Rontg. str. 1929. Bd. 39.—*Panoff, Pitenco* citaţi de Puschin.—*Rety:* Das Radium in der Laryngo-Rynologie Strahlenterapie Bd. 4. — *Ranzi:* Heilung des Rhinoskleroms mit Ron tgen strahlen. K. k. Wiss. Ges. de Arzte Wien 1904.—*v Rödiger:* Weiter. Erfahrungen über die Behandlung des Rhinoskleroms mit Röntgenstrahlen. Berl. kl. W. 1904.—*Robinson:* J of. Amer. Ass. 1927. Ref Fortschr. d. Rg. strahlen 1927. — *Streite* Uber Sklerom in Jadassohn. Handb. d. Hautkr 1929.—*Schrotter:* Zur Prophilaxie und Therapie des Skleroms W. med. W. 1909. — *Schneider, Skryt* citaţi din Pia schin.—*Tanturii:* Contr. a la Radiumtherapie du rhinosclerome. Actinoterapu. 1921. Ref. The Amer. Journ, of roentgen. 1923. — *Weterer:* Handb. d. Rontgen-n. 1928—*Zwilinger:* Beitrag zur Rönt. therapie und Klinic des Skleroms. Z. f. Ohrenheilk. Bd. 61.—*Zaleski:* Radioterapie du sclerome. Journ. belge de Radiol. 1931.—*Zuberdier:* Röntgenterapie du Sclerome. Les Annal. d'oto-laryngologie 1932.

V. RUSU: *Les resultats de la röntgenthérapie dans le rinosclérome.*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La radiothérapie du rino sclérome constitue le plus efficace procédé de traitement: en combinaison avec d'autres traitements donne les résultats les plus sûrs. Röntgen, Radiumthérapie avec l'opération et la diatermo-coagulation sont aujourd'hui les souverains des traitements de cette maladie.

Le traitement doit être prolongé longtemps, des années, et le malade surveillé en permanence; il doit être précoce, dans la phase incipiente de la maladie.

A l'auteur il a donné dans 24 cas traités: 6 guérisons (25%), 14 ameliorations (58%), et 4 insuccès (16,6%).

V RUSSU: *I risultati röntgenterapici nei rinoscleromi.*

La radioterapia del scleroma costituisce il piu eficace procedimento di trattamento associata agli altri trattamenti da i piu siccuri risultati. Röntgen e radiumterapia con l'operazione e diatermo-coagulazione sono oggi i trattamenti sovrani di queste malattia.

Il trattamento dev'essere prolungato, asservatto per anni; dev'essere precoce, aplicato nella fasi incipiente della mallatia. L'autore a dato nei casi trattati: 6 guarigioni (25%), 14 miglioramenti (58%) e 4 insuccessi (16.6%).

V. RUSU: *Die Ergebnisse der Roentgentherapie im Rhinosklerom.*

Die Radiotherapie der Skleroms bildet das wirksammste Behandlungsmittel und in Zusammenhang mit anderen Behandlungen gibt sie die sichersten Erfolge.

Roentgen und die Radiumtherapie mit Operation und die Diathermie — Koagulation stehen heute am erster Reihe der Behandlungsmittel dieser Krankheit. — Die Behandlung muss verlängert und jahre lang forgesetzt und die Kranke fortwährend beaufsichtigt werden, auch soll es frühzeit sein in der ersten Phasis der Krankheit behandelt.

Der Verfasser hatte nach dieser Behandlung in 24 Fällen: 6 Heilungen (25%) 14 Verbesserungen (58%), und 4 Erfolgunslose Fälle (16.16%).

TRATAMENTUL PLAGILOR INFECTATE, CU LUMINA TOTALA

de

D-r A STERE — Bazargic

Lumina albă, totală, constitue un tratament extrem de util al plăgilor infectate.

Autorul a experimentat acest nou tratament dela 1908, tratând în răstimp de 18 ani, 127 cazuri, din cari numai 11 nu au reacţionat favorabil.

Nu toate plăgile inflamate profită deci de pe urma acestui tratament; unele chiar se resimt în mod defavorabil.

Când 2 până la 4 şedinţe fototerapice nu aduc nicio ameliorare locală sau generală, şi din contră se constată o înrăutăţire a fenomenelor inflamatoriii, trebue a renunţa la aplicarea tratamentului prin lumină.

Autorul s-a servit de un reflector cu arc de cărbune, construit pentru curent continuu, funcţionând la 70 volţi şi 3,5 amperi.

Lumina exercită o acţiune directă asupra microbului şi toxinelor sale, şi indirectă asupra stării generale a organismului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dacă din punct de vedere teoretic, proprietatea antinflamatorie, a luminei nu este un fapt tocmai atât de necunoscut, în schimb, din punct de vedere practic, în ce priveşte împrejurările de care ne ocupăm aci, această atât de preţioasă însuşire a agentului fizic amintit este ca şi inexistentă.

S'a utilizat şi se utilizează în plăgile infectate, oricare din mijloacele pe cari ni le pune la dispoziţie, în această ocaziune arsenalul atât de vast al therapeuticei actuale. Antisepticele, prişniţele, serurile, vaccinurile, intervenţiile chirurgiei conservatoare, sunt încercate rând pe rând, pentru a fi părăsite de asemeni, pe măsură ce fiecare din acestea a dovedit o dezolantă ineficacitate. Când mijloacele enumărate — utile fără îndoială în multe alte cazuri — nu reuşesc, ne vedem nevoiţi să recurgem, în ultimă instanţă, pentru

a se salva aceace se mai poate salva, la chirurgia neconservatoare.

S'a recurs deci la orice în asemenea ocaziuni şi numai la acţiunea terapeutică a luminei, despre care ne vom ocupa, aci, nu s'a recurs încă niciodată.

Afirmând acestea, nu ne gândim la întrebuinţarea ce se dă în therapeutică, luminei solare. Nu ne gândim, căci rolul acestui agent natural, este cantonat definitiv, este ca să zicem aşa specializat, numai pentru leziunile provocate şi întreţinute de bacilul Koch.

Ori această categorie de plăgi şi această categorie de infecţiuni, nu intru în cadrul subiectului de astăzi.

Noi ne ocupăm aci în deosebi de plăgile accidentale sau operate ce sunt infectate în special de streptococi, ori de stafilococi. In aceste cazuri, este, cum am arătat deja, fapt indiscutabil, că nu s'a utilizat în practica curentă, proprietatea antiinflamatorie a luminei albe, fie ca naturală ori artificială.

Noi singuri, datorită unei întâmplări, pe care nu vom întârzia a o relata, am făcut excepţie de la regula generală, dând preferinţă în leziunile de care ne ocupăm, tratamentului cu lumina albă, adică luminei ce rezultă din suprapunerea radiaţiilor chimice, calorifice şi luminoase.

Noi de altfel am fost dintre cei întâi, care şi în alte imprejurări, am solicitat în mod cât se poate de stăruitor, atenţia lumei medicale, asupra calităţei antiinflamatorii a acestei lumini. Incă din 1911 am publicat tratamentul erizipelului, cu ajutorul aceluiaşi mijloc fizic. In 1912, am relatat admirabilele rezultate, date de lumina totală, în afecţiunile inflamatorii ale uterului şi ale anexelor acestui organ. In 1924 am publicat rezultate surprinzătoare, obţinute graţie luminei totale, în pustula malignă. De atunci şi până în prezent, am revenit la scurte intervale şi în mai multe rânduri, cu noi cazuri, asupra fiecăreia din lucrările arătate. Rezultatul final, al acestor destul de grele străduinţi, nu a fost pentru noi, câtuşi de puţin îmbucurătoare.

Nu numai că aceste tratamente n'au pătruns în practica curentă, dar nu avem nici o cunoştinţă ca ele să fi fost încercate, măcar o singură dată, cu titlul de experimentare excepţională.

Această complectă impasivitate, a făcut ca însuşirile luminei, atât de preţioase, în toate imprejurările arătate, să rămână nefolosite încă şi astăzi.

Numai acel care a avut ocaziunea de-a urmări în deaproape, efectul luminei, în afecţiunile descrise, numai acela va înţelege, perderea ce s'a adus terapeuticei, de neincrederea cu care au fost întâmpinate întotdeauna, relatările făcute de noi, în această materie.

* * *

Plăgile infectate, formează un domeniu nou, în care lumina, poate găsi, o largă şi extrem de utilă întrebuinţare.

Noi cunoaştem eficacitatea luminei în această direcţiune, încă din 1908. Incă de atunci folosim lumina în mod curent, oride câte ori a fost vorba de plăgi grav infectate.

Nu am dat însă la iveală până astăzi rezultatele obţinute în aceste cazuri, deoarece am aşteptat continuu, timpuri mai prielnice, timpuri, care să ne ofere posibilitatea de a întovărăşi experimentările clinice, de anumite experimentări de laborator, cari aci, mai mult de cât în orice altă ocazie, ar fi fost, deosebit de utile şi de interesante.

Astăzi, perzând definitiv o asemenea nădejde, ne-am decis să expunem numai ceace am constatat prin încercările clinice întreprinse, în decurs de 18 ani, lăsând altora sarcina dacă desigur această nouă întrebuinţare a luminei nu va avea o soartă indentică cu a celorlalte întrebuinţări ce am dat acestui agent fizic de-a perfecta aceste încurajatoare încercări, cu experienţele necesare de laborator.

Am experimentat acest tratament între anii 1908 şi 1912 şi apoi între anii 1923 şi 1937, în total deci un timp de 18 ani.

Concluzia definitivă la care am ajuns, după această verificare amănunţită şi continuă, făcută nu numai într'un atât de lung răstimp, dar şi pe cazuri ce exclud cu desăvârşire elementul incertitudinei, este că, eficacitatea acestui agent fizic, aplicat asupra rănilor infectate, în general, este promptă, este indiscutabil, superioară, tuturor celorlalte tratamente, pe cari therapeutica ultimelor decenii, le recomandă, în asemenea ocazii.

Iată cazul care ne-a dezvăluit acum 27 ani, pentru întâia oară, proprietatea antiflogistică a luminei totale.

In 1908, s'a internat, în spitalul Cantacuzino Paşcanu, unde eram intern şi unde înfiinţasem o secţie de phisiotherapie generală — prima şi singura, în acea vreme la Iaşi — un bolnav, care suferea de o plagă penetrantă a articulaţiei pumnului, provocată prin împungere, de cornul unei vite. Infecţia progresa necontenit, antebraţul, braţul până la mijloc, tumefiate intens. Din plaga accidentală şi din acele operate, se scurge puroi, în destul de mare cantitate. Temperatura foarte ridicată, mai ales în timpul serei. Bolnavul este profund emaciat. Atunci când s'a perdut orice speranţă de a se salva mâna pacientului, deoarece se întrebuinţase fără de nici un folos toate tratamentele din acea vreme, am primit ordin, să prepar pentru a 2-a zi, cele necesare pentru amputarea braţului.

Am cerut şefului serviciului, să-mi dea permisiunea să încerc mai întâi tratamentul cu lumina produsă de reflectorul cu arc de cărbune, ce-l întrebuinţam în ginecologie, ceace mi s'a admis.

Am făcut o singură baie de lumină în ajunul zilei, pentru care era decisă operaţia.

Nu-mi pot aduce aminte cu amănunţime de toate modificările survenite. Ţin minte însă un singur lucru. Mâna bolnavului, până a 2-a zi şi-a schimbat aspectul cu totul. Nu mai era acea turgescenţă, acea congestie lividă şi acea durere chinuitoare, ca înainte de tratamentul cu lumină. Temperatura s'a mai apropiat de normal şi starea generală a devenit cât se poate de mulţumitoare.

Desigur n'a mai putut fi vorba de operaţie. Acest simplu mijloc therapeutic a salvat mâna şi viaţa pacientului şi a salvat în acelaş timp societatea, de un invalid permanent, de un invalid incapabil de a-şi câştiga existenţa lui şi a altora.

CC-BY Colegiul Medicilor din Iași. Biblioteca digitală

Tratamentul s'a continuat încă aproape 2 săptămâni. Bolnavul a rămas cu o uşoară anchiloză a pumnului.

Nu vom expune toate cazurile clinice şi care formează ca să zic aşa, pedestalul încrederei ce avem în acest tratament. Aceste cazuri, în număr de 127, rezum experimentările făcute de n i, în aproape douăzeci de ani. Descrierea lor, ar trece cu prea mult peste spaţiul ce-mi este încuviinţat şi ar perde, inutil, prea mult din timpul cititorilor.

Nu vom expune de aceea, decât acele cazuri concludente, concrete, indiscutabiile, în care succesul desăvârşit şi am putea spune, uneori cu adevărat miraculos, a fost constatat, când de unul, când de altul din confraţii de aci. Adică pentru a edifica, pentru a convinge pe cititori, nu mă voi servi decât de cazurile pentru care dispun de mărturia a unuia sau a mai multor medici. Adevărul arătărilor mele nu va putea fi astfel pus la îndoeală, nici de acei de aci, nici de acei de aiurea, cum lesne ar putea fi cazul, când faptele ce le expunem, ar fi apreciate, în prima şi în ultima instanţă, numai de noi.

Sunt încredinţat că ori cât de mare ar fi severitatea cu care se va scruta de colegii respectivi, cazurile ce le vom descrie mai jos, nu se va putea constata, nici cea mai slabă urmă de denaturare sau de retuşare a realităţei.

* * *

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Începem cu cazul cel mai vechiu, cu acel recomandat nouă de D-rul Salby şi apoi în ordine cronologică, vom descrie unul câte unul şi celelalte cazuri cunoscute, cum am spus deja, de unul sau de mai mulţi din confraţi.

Flegmon deschis în regiunea scapulului drept, cu plastron erizipelatos al părţei superioare şi dorsale a toracelui. Caz trimis de D-r Salby din Bazargic, în 1930 luna Martie.

Este un bătrân, de 56—60 ani. Cea ce se observă în primul rând, este starea de complectă sleire a forţelor organice. Abia se mişcă. Temperatura oscilează, între 38—39^0, puls frecvent cu dese întreruperi. Semiconştient în cea mai mare parte din timp.

Din plagă se scurge puroi în abundenţă.

Este tabloul bolnavului minat de o gravă infecţiune. Albumină aproximativ $1/2$ gram. Glicoză absentă.

Cu prea puţine speranţe se supune bolnavul tratamentului nostru, timp de 35 minute. A 2-a zi, adică după o singură aplicare, se constată o schimbare fundamentală. Regiunea îndurată este mai palidă, rozată şi pe alocuri, pielea încreţită, semnul cel mai sigur de retrocedare a inflamaţiei. Puroiul este încă în mare cantitate. Este o colecţie în partea inferioară a scapulului, pe care o deschid. Temperatura scăzută la 38^0 şi ceva. Bolnavul lucid, înviorat.

Se continuă tratamentul, încă 5 zile. Schimbarea este atât de însemnată, în cât, după 6 zile se încetează tratamentul cu lumină.

Din plaga infectată, care învenina organismul până aproape de a-l

răpune, n'a rămas decât o plagă curată, din care suintează un lichid seropurulent. Plaga înviorată, nu mai are nevoie decât de pansamente obişnuite, indiferent cu ce medicamente.

Femeia A. M. de origină tureă, din satul Nastradin jud. Caliacra. Mastită acută, deschisă chirurgical. Caz trimis de D-rul I. Ciamurlischi din Bazargic, în 1932 luna August.

Bolnava în vârstă de 24 ani, deşi nu are decât una din mamele invadată, de aproape 3 săptămâni este însă într'o stare lamentabilă. Starea generală arată o infecţie gravă. Temperatura 39⁰.5.

Din mamela la care s'a făcut incizia de către colegul care mi-a trimis pacienta, se scurge un puroi neobişnuit de gros, un puroi care, aproape, îşi păstrează forma, când este stors din plagă.

Nu este decât o pure groasă şi nu un corp fluent, ca de obiceiu. Mamela şi umărul respectiv, sunt sediul unei intense congestii livide.

Găsind că plaga nu este suficient drenată, prin deschiderea ce-i se făcuse, de colegul arătat, fac încă 2 incizii. Drenez prin 2 tuburi groase de cauciuc.

Temperatura se menţine tot urcată după a 3-a zi. Puroi gros, izvorăşte din ce în ce în mai mare cantitate. Starea tinerei paciente, ia aspectul întâlnit la acel ce se apropie de fatalul desnodământ. Fac o nouă incizie. Nici o schimbare.

Este a 12 zi. Cu tot tratamentul local, cu toate injecţiile de omnadin, Delbet, septicemină, cu toate antisepticele, starea pacientei este din ce în ce, mai covârşită de infecţie. Tabloul clinic, se completează, este întunecat, de o diaree intensă, care rămâne neinfluenţată de medicamente şi de o temperatură ce depăşeşte aproape continuu, 40 grade.

Este clasicul tablou, al septicemiei ce a ajuns în apogeul evoluţiei.

Plaga supurează abundent. Mamela are o congestie asemănătoare unei lividităţi de cadavru.

In această stare disperată, expun pe pacientă luminei totale, timp de 20 minute. Starea bolnavei era atât de grea, că atunci când am început tratamentul nu credeam că este cu putinţă a mai obţine vre'un rezultat pozitiv.

Totuşi, ca prin minune, dela prima aplicare, infecţia a fost în parte învinsă. Culoarea sânului, toracelui, a membrului superior respectiv, a devenit rozată, sânul muiat, mult mai puţin dureros şi cantitatea de puroi a scăzut simţitor. Temperatura abia 38 grade.

Cu alte 6 şedinţe de lumină, mamela şi-a luat volumul normal, puroiul a scăzut până aproape de dispariţie.

Incă după a 3-a şedinţă nici temperatură, nici diaree, nici acea stare de prostraţie ce se întâlneşte în marile infecţiuni.

Se scot drenurile după încă 4 zile, şi se înlocuesc cu meşe.

Femeia se hrăneşte bine, vine la tratament numai pe jos, iar plaga mamelei, rămâne o plagă simplă, roşie, nedureroasă, care se tratează prin mijloacele curente.

Pacientul M., 12 ani, din com. Şabla, vine în Decemvrie 18/1936. Are a se arăta pentru o luxaţie dublă a genunchiului şi a articulaţiei tibio-tarsiană. Plaga infectată în partea mijlocie a gambei.

Un caz, după cum se vede mai mult decât ingrat, pentru un medic. Şi cu atât mai ingrat cu cât el vine în tratament, după 50 zile de la ziua accidentului, care i-a cauzat aceste leziuni multiple şi grave.

In starea în care se găsea acest bolnav, desigur că condiţia primă pentru vindecare, ar fi fost să i se amputeze coapsa din terţul mijlociu sau superior, Articulaţia genunchiului fiind infectată, nu se putea face dezarticulaţia genunchiului şi nici amputaţia coapsei în apropiere de această articulaţie. Totuşi sub cloroform reduc ambele luxaţii. Luxaţia genunchiului care făcuse aderenţi, nu se poate reduce decât parţial, iar acea tibio-tarsiană, se reduce complet.

Timp de aproape o săptămână, din plagă izvorăşte puroi, în foarte mare cantitate. Prin sondaj se constată că tibia este în mare parte necrozată. Se adoarme bolnavul din nou. Se scoate din tibia, o porţiune necrozată, de cel puţin 2 treimi din grosimea şi lungimea acestui os.

După 4 zile o puternică inflamaţie a genunchiului, a coapsei, a ganglionilor inghinali şi iliaci stângi. Temperatura care la început era de 38—39^{0}.5 se ridică la 40^{0} şi chiar 41^{0}. Vărsături continui, inapetenţă, diaree. In această stare, bolnavul este tratat medicamentos şi cu omnadin, Delbet, etc., fără absolut nici o influenţă. Din potrivă infecţia ajunge la punctul culminant ceace ne face a socoti nu cu puţine remuşcări de conştiinţă că, pacientul nefiind operat la timp este definitiv perdut.

Deşi fără speranţă, totuşi încerc tratamentul nostru. Se aplică lumina timp de 40 minute peste plaga gambei, pe genunchi şi pe coapsă.

A 2-a zi starea bolnavului este cu totul alta. Vărsăturile au încetat.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Temperatura scăzută la 38^{0}. Pacientul cere mâncare. Local, ganglionii limfatici ce bombau în coapsă şi în regiunea iliacă stângă şi însuşi plaga gambei, şi-au schimbat complect aspectul. După încă patru şedinţe de peste 60 minute fiecare, se constată că plaga este înviorată. Placardele difteroide sunt mai puţin întinse. Pielea încreţită, a luat o nuanţă roz palidă. Temperatura 38^{0} maximum. N'a mai vărsat. Scaunele rari, normale. Facies admirabil, Turgescenţa ganglionilor, a coapsei, foarte mult scăzută. O culcare rozată, alt semn premenitor al victoriei asupra infecţiei, în locul culoarei livide de până atunci. Cantitatea de puroi mai scăzută, buzele plăgei roşii şi sângerânde. Se fac încă 5 şedinţe. Infecţiunea gravă, sigur mortală dacă n'am fi recurs la acest tratament, este învinsă. Bolnavul este tratat de atunci în mod obişnuit, deoarece nu rămăsese decât o simplă plagă chirurgicală. Cazul a fost văzut adeseori şi de D-rul Mexis care ne-a şi ajutat la cloroformizare şi la intervenţiile ce am făcut acestui pacient.

T. V. din com. Şabla jud. Caliacra. Mastită operată.

Este operată de aproape 2 luni şi reţinută în acest interval, în spitalul din Bazargic. Pentru a se canaliza puroiul, i s'au pus în spital 2 drenuri şi meşe din care un dren pătrunde în profunzime, din o parte în alta a mamelei. Peptul dureros şi temperatura 38^{0} şi ceva.

Se supune tratamentului. Temperatura scade brusc. Mamela devine aproape nedureroasă. Turgenscenţa dispare cu totul. După a 3-a zi se scot drenurile şi se lasă o singură meşă.

In zece zile bolnava se eliberează vindecată, numai cu o plagă neînsemnată ce suintează ușor, care plagă, după foarte scurt timp, s'a vindecat complect.

De acest rezultat are cunoștință și D-l D-r Rosetti, Medic primar al Spitalului Bazargic.

Femeia Gh. A. din Balagea jud. Caliacra.

Cu aproximativ 25 zile înainte de a-mi fi recomandată de colegul D-r Semof, se împunge în partea dorsală a piciorului drept, cu vârful unei seceri.

Inflamația labei piciorului, s'a ivit la câteva zile. Durerea și celelalte fenomene inflamatorii, accentuându-se pe fiece zi, tot mai mult, bolnava se prezintă D-rului Semof, cari cu incizii, septicemin și prișnițe, etc., o tratează timp de aproximativ 10 zile. D-rul Semof văzând că infecția a alterat și starea generală a bolnavei și că fenomenele locale iau un caracter din ce în ce mai grav, recomandă acestei bolnave tratamentul cu lumină albă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fig. 1.— Gh. A., din Balagea, jud. Caliacra, înainte de tratament.

Transportul bolnavei a fost foarte anevoios, din cauza durerilor cumplite de care suferea, dureri ce nu puteau fi calmate cu nimic.

La prezentare, piciorul bolnavei se găsea în următoarea stare:

Laba piciorului, inflamată monstruos, culoarea lividă. Trei plăgi operate și drenate, din care se scurge puroi, în foarte mare cantitate. Gamba inflamată până aproape de genunchiu; orice mișcare activă sau pasivă exclusă, din cauza durerilor și inflamației articulațiilor.

Temperatura înainte de tratament între 38^0 dimineața și 39^0 seara. Insomnie, inapetență.

Se face o aplicare de 30 minute. Bolnava doarme toată noaptea foarte liniștită. „Mi s'a părut" spunea ea „că n'am mai avut piciorul bolnav.

Abia după trei zile, când inflamația a retrocedat foarte mult, pun

să i se fotografieze piciorul. Se fac în total 13 ședințe. Fenomenele inflamatorii, au scăzut treptat, astfel că după ultima ședință, bolnava poate ridica piciorul, îl poate mișca din articulația tibiotarsiană. Plăgile încă supurează.

Dela această dată se tratează cu pansamente obișnuite. Două din plăgi, s'au închis după ce s'a eliminat 3 fragmente osoase, din capătul anterior al celui de al 2-lea metatarsian, adică acela care fusese atins de vârful secerei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fig. 2. — Gh. A. din Balagea jud. Caliacra. — După 3 zile de tratament.

Fotografiile alăturate, arăt piciorul, după ce inflamația, a retrocedat cu foarte mult, și nu starea în care se prezentase pacienta la prima aplicare.

J. V.-Casim, jud. Caliacra, în etate de 67 ani.

Acest bolnav, prezentat societății de medici și naturaliști din Bazargic, intră în tratamentul nostru la 18 Martie 1937, pentru un flegmon al parotidei drepte. S'a îmbolnăvit cu 18 zile înainte de pneumonie dreaptă.

După 6 zile de'a terminarea pneumoniei apar fenomene de inflamație, la parotida dreaptă, fenomene cari se manifestă local prin dureri mari, tumefacție masivă a întregului obraz drept, a urechei drepte și a părței superioare a gâtului, iar general prin o temperatură ce oscilează între $38^0.5$ și $39^0.5$, agitație, inapetență, insomnie și un puls rapid, care din când în când este aritmic.

A 5-a zi de la apariția flegmonului fac o incizie în unghiul maxilarului inferior respectiv, care lasă să se scurgă prea puțin puroi.

Fac alte 2 incizii, care de asemenea nu permit decât o drenare insuficientă a puroiului. Se constată că este o infiltrație în masă a parotidei și a tuturor țesuturilor noi din regiunea arătată.

Starea fiind foarte gravă și fenomenele inflamatorii locale, accentuându-se din ce în ce mai mult, de comun acord cu D-nii D-r Ciamurlisky și D-r Semof, medicii curanți, s'a recomandat bolnavului să urmeze tratamentul cu lumină totală.

Prima aplicare a fost urmată de o destul de evidentă ameliorare. Temperatura a scăzut simţitor la 38⁰ şi 6. Starea generală mai bună. Local inflamaţia este scăzută mult.

Alte 7 şedinţe au făcut ca obrazul umflat monstruos, să se dezinflameze. Starea generală s'a schimbat în acest interval, radical. In loc de fenomenele grave de până atunci, s'a instalat o stare normală, sub toate raporturile. A 8-a zi când turgescenţa locală a retrocedat enorm, când supuraţia a scăzut simţitor, când temperatura s'a scoborît la normal, încetez phototherapia şi continui cu pansamente simple. De la acea vreme bolnavul dispus, cu normală apetenţă, cu somn suficient, este considerat vindecat deşi se află încă sub tratament pentru o singură plagă ce i-a mai rămas.

* * *

Cele 127 cazuri ce nu le descrim în amănunt şi cari rămân astfel anonime, sunt plăgi accidentale de tot felul sau proces inflamatorii spontane.

Majoritatea acestora sunt inflamaţiuni extrem de grave şi care n'au cedat la alte tratamente 38 de cazuri din aceste, sunt infecţiuni localizate în deverse regiuni ale trunchiului, iar restul la membre.

Starea generală a fost, aproape în totalitatea cazurilor, afectată de starea locală.

Din 127 cazuri tratate, 11 cazuri au răspuns la tratamentul nostru negativ.

Nu ne-am putut da seama dacă rezultatul negativ, a fost cauzat de natura agentului patogen respectiv, sau de o comportare excepţională a ţesuturilor, faţă de agentul fizic aplicat asupra lor.

Fără îndoială că, un studiu amănunţit al fiecărui caz, în ceeace priveşte flora microbiană şi mediul organic în care aceştia s'au dezvoltat, ne va explica cauza insuccesele şi în acelaş timp ne va furniza preţioase precizări, pentru triarea cazurilor, ce sunt şi acele ce nu sunt, de apanajul phototherapiei.

Dar noi, cu proprii mijloace şi în situaţia puţin prielnică în care ne aflăm, nu vom izbuti niciodată a face acest studiu.

Aceste sunt cazurile ce am tratat, într'un trecut, care ajunge până la o epocă îndepărtată.

* * *

Experimentările clinice în plăgile infectate de care ne ocupăm în acest articol şi de infecţiunile despre care am amintit în treacăt, mai sus, întreprinse pe un număr de cazuri mai mult de cât suficient, converg toate, după cum constatăm, spre o singură concluzie. Lumina totală posedă neîndoelnic, proprietatea de-a cantona, de-a combate, de-a stinge, anumite infecţiuni locale. Mai mult decât atât. In ori care din aceste infecţiuni, fie că este vorba de erizipel, de pustulă malignă, de inflamaţii ginecologice, fie în fine că este vorba de plăgi infectate, lumină totală s'a relevat a fi un mijloc antiflogistic, mult mai prompt ca toate celelalte mijloace cunoscute şi utilizate curent, în aceste afecţiuni.

Eficacitatea luminei totale, constatată la tratamentul plăgilor infectate, ne face să recomandăm tuturor spitalelor ca şi tuturor aşezămintelor medicale unde se îngrijesc astfel de leziuni să aibă la dispoziţie, cel puţin unul sau două aparate de felul celui descris de noi, pentru a se trata, dacă nu toate plăgile infectate, ce se prezint — deşi aceasta ar fi logic şi ideal — dar cel puţin acele cazuri disperate, care se arată rebele faţă de tratamntele uzuale.

Dar noi suntem deplin încredinţaţi că, atunci când lumina îi va fi arătat suficient, puternica ei acţiune therapeutică, în cazurile grave, în acele mari infecţiuni, în care nu putem face altceva, decât să încrucişăm neputincioşi braţele, acest tratament, îşi va face forţat un loc încă mai larg, în therapeutică, şi va deveni astfel o monedă curentă, nu numai în cazurile grave, pentru care îl proconizăm astăzi, ci fără deosebire, pentru orice plagă, încă dela primele simptome de infecţiune.

Şi desigur că, atunci când aplicarea acestui mijloc, nu se va face atât de tardiv, adică numai atunci când starea generală este profund afectată, beneficiile vor fi cu mult mai mari, deoarece se va evita în acest mod, o consumare zadarnică de timp, de cheltueli, de suferinţe şi în fine, de eventuale leziuni permanente iremediabile.

INDICAŢIILE TRATAMENTULUI.

Nu toate supuraţiile, nu toate plăgile inflamate, sunt menite să profite după urma acestui tratament. Sunt plăgi cu infecţiuni profunde, foarte grave, în care lumina totală oferă încă dela prima aplicare, rezultate uimitoare. Dar sunt şi cazuri, cu mult prea rare, în comparaţie cu frecvenţa primelor, în care lumina, refuză categoric orice eficacitate.

Un exemplu din această categorie restrânsă, este şi următorul.

M. A., din Cavarna. In 1930 vine la noi cu amputaţia accidentală, de o maşină de tăiat lemne, a extremităţei anterioare a metatarsianilor piciorului stâng. Temperatura 38° la prezentare. Starea generală inalterată, deşi plaga este infectată.

Facem un Lisfrank. Urmările operaţiei sunt cât se poate de rele. Temperatura se ridică treptat până la 39° şi 39°.5. Bontul se tumefiază. Din plagă se scurge un puroi gros şi în mare abundenţă.

In ziua de 4 Octombrie, tumefacţia ajunge până la partea inferioară a coapsei. De la această dată la câteva zile interval apar abcese care incizate las să se scurgă un puroi subţire şi abundent. Aceste abcese apar la scurte intervale, la coapsă şi la gamba respectivă. Am încercat, în acest caz, la 12 zile după apariţia infecţiei, tratamentul nostru, însă nici o ameliorare, nici o schimbare în starea pacientului.

După patru aplicări dovedite inutile, am sistat tratamentul nostru continuând cu cele obişnuite.

După 25 zile dela încetarea tratamentului nostru infecţia, neexplicabil, ia un mers mulţumitor, abcese noi nu se mai formează şi bolnavul rămâne final cu o plagă operatorie curată, redusă la lungimea de trei centimetri şi cu o perfectă stare generală.

Sunt în fine încă mai rari cazuri de inflamaţie în care lumina nu numai că nu vine în ajutor, într'u nimic afecţiunei, dar din potrivă, exercită asupra procesului inflamator o acţiune defavorabilă. In aceste cazuri excepţionale, lumina ar da naştere în ţesuturi, la o reacţie analoagă acelui fenomen ce se cunoaşte sub numele de intoleranţă, fenomen care se observă la întrebuinţarea unor medicamente, unor alimente, a curentului electric etc.

In aceste împrejurări se constată că ţesuturile suferă mai mult, că ele nu accept cu nici un chip, un astfel de tratament. Rolul nostru prim este, de aceia, de a selecţiona de la început, cazurile ce ni se oferă, pentru a nu supune tratamentului arătat, de cât pe acele ce vor putea profita în adevăr, după urma luminei. Afară de rari cazuri, excepţionale, se poate şti de mai înainte acele ce convin phototherapiei şi acele în care rolul luminei, este cu desăvârşire şters şi nesigur.

Când două până la patru şedinţe phototherapice, nu aduc nici o ameliorare locală sau generală, sau când dinpotrivă, în acelaş interval, se constată, o accentuare a fenomenelor inflamatorii, vom renunţa fără ezitare la aplicarea luminei, căci ori cât de mult vom mai inzista, nu vom putea obţine în asemenea cazuri, nici un profit după urma acestui tratament.

Când însă lumina, va îndrepta spre bine după prima sau primele aplicări, evoluţia unei plăgi infectate, vom urma tratamentul cu deplină încredere, căci în acest caz, efectul salutar aşteptat, nu poate nici să întârzie, nici să lipsească.

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

O drenare insuficientă a puroiului, micşorează şi ea capacitatea de vindecare a acestui tratament. In această împrejurare ne îngrijim în primul rând de evacuarea puroiului şi de asigurarea scurgerei acestuia şi numai în urmă de aplicarea tratamentului de care ne ocupăm.

Phototherapia, este deci un preţios adjuvant al chirurgiei, în combaterea directă a germenului infecţios şi în stimularea procesului de reparare a ţesuturilor lezate.

Ne vom abţine de-a trata prin acest agent fizic, plăgile de origină tuberculoasă, leziunile strumoase, furonculoza închisă, antraxul, în care lumina ni s'a arătat nu numai absolut incapabilă de-a aduce ameliorarea sau vindecarea leziunilor, dar de cele mai multe ori, nu face altceva, decât să accentueze, în mod vizibil, fenomenele inflamatorii locale.

APARATUL — FELUL RADIAŢIILOR.

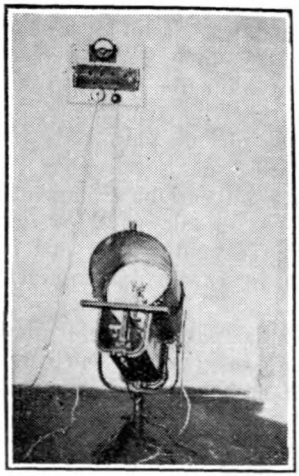
Aparatul întrebuinţat de noi, în cazurile arătate se numeşte reflector cu arc de cărbune. Nu vom insista nici asupra descrierei amănunţite a pieselor ce-l compun şi nici asupra modului de funcţionare al acestuia. Fotografia alăturată şi însăşi denumirea aparatului, sunt în această privinţă, suficiente.

Reflectorul de care ne servim este construit pentru curentul continuu. In regim normal, funcţionează cu 70 volţi şi 3.5 amperi.

Deşi reflectoarele construite pe curent alternativ, funcţionează mai puţin regulat şi dau ca atari o lumină cu intensitate neuni

formă, totuşi din punct de vedere clinic şi mai ales în scopul aci urmărit, acest fapt nu prezintă nici o însemnătate.

Lumina acestui reflector este cea mai apropiată prin calitatea



şi proporţia radiaţiilor emanate, de lumină solară. Spectrul ce ne furnizează conţine 92% radiaţii calorifice 3.5% radiaţii actinice şi 4.5% radiaţii luminoase.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Încercările ce am făcut, pentru a, mări rendamentul în raze chimice prin întrebuinţare de electrozi în care era încorporată pulbere de fer, cari ştim că măreşte cantitatea radiaţiilor chimice, nu mi-a dat rezultate superioare acelor ce-am obţinut cu electrozi formaţi numai din cărbune. Din această cauză, am şi renunţat, la aceste expermentări.

MODUL DE APLICARE.

Aparatul se aşează în faţa bolnavului, la o distanţă de 80 c. până la 1 metru. Gradul de concentrare al luminei se potriveşte cu ajutorul oglinzei reflectoare. Intensitatea iradierei, trebuie potrivită nu după distanţa dintre aparat şi bolnav şi nici după strălucirea luminei la locul de aplicare, ci mai mult, după senzibilitatea bolnavului.

La prima şi a 2-a şedinţă, trebue să ţinem neapărat cont de senzaţia subiectivă a pacientului.

Cerem acest lucru, căci o intensitate exagerată, poate aduce în prima şi a 2-a şedinţă arsuri, flictene sau vezicule, pe pelea din jurul plăgei. De la a 3-a şedinţă această precauţie este de prisos-intru'cât obişnuinţa ţesuturilor este obţinută şi ca atare posibilitatea de arsuri, mai mult sau mai puţin serioase, este ca atare exclusă.

Este de amintit că numai în erizipel şi în pustulă maligna, dozele cele mai intense de lumină, sunt perfect tolerate de ţesuturi, de la prima şedinţă, ceace a făcut să nu avem la aceste afecţiuni până în prezent niciodată, chiar nici cea mai neînsemnată arsură, oricât de intensă şi ori cât de îndelungată ar fi fost iradiaţia.

După 15—30 minute de iradiere, plaga se pansează aseptic sau cu tinctură de iod.

In cazuri grave se pot face și câte 2 ședințe pe zi. Numărul de ședințe necesare, pentru vindecarea unei plăgi, este între 5—16 ședințe.

Totuși numărul acestora, nu se poate întotdeauna spune a priori, ci ni se arată de însuși evoluția plăgei. In genere spațiul dintre 5—15 ședințe, reprezintă pragurile minim și maxim ale acestui tratament.

Importanța radiațiilor din punct de vedere therapeutic și modul lor de acțiune.

Acum când am evidențiat proprietatea anti-inflamatorie a luminei totale, prin câteva cazuri, a căror valoare documentativă nu se poate pune în discuție, găsim că este necesar să se știe în primul rând, dacă eficacitatea acestui agent fizic, se datorește tuturor radiațiilor spectrului sau numai unora din ele și apoi să cunoaștem cât de sumar cu putință, fenomenele ce au loc în intimitatea țesuturilor inflamate, când sunt puse sub influența acestor radiații.

Am arătat ori de câte ori am avut ocaziunea să vorbim de acțiunea therapeutică ce lumina albă artificială are asupra țesuturilor inflamate, din cauza unor sau altor specii de bacteri, că toate radiațiile, iau parte activă pe de aparte, la lupta ce se desfășoară în contra agenților patogeni, iar pe de altă parte la acțiunea de apărare și reparare a țesuturilor lezate de către aceștia.

Prin acest mod de-a vedea, ne deosebim fundamental, de mulți phototherapi cari pentru unele din afecțiile la cari noi am utilizat lumina totală, preconizează, fie numai radiațiile actinice, fie numai pe acele infraroșii.

Biblioteca Universitatii Regelui Ferdinand I. din Cluj ROMANIA

Cel puțin în ceace privește afecțiile de care ne-am ocupat, suntem de părere că numai o greșită aplicare a luminei albe și o greșită înțelegere a rolului biologic al acelor trei specii de radiații, poate duce la astfel de concluzii și la o practică mai mult decât absurdă, care nu în slabă măsură, micșorează rendamentul phototherapiei și totodată, nu în mică măsură, o compromite în ochii publicului medical.

La rătăcirea phototherapiei pe acest făgaș nefiresc, au contribuit fără îndoială, unii din acei cari au voit cu orice preț, să dea la iveală o metodă, căreia să i se spună originală, indiferent dacă această metodă originală, complică intempestiv practica și indiferent dacă ea, a dovedit sau nu, din punct de vedere therapeutic, o reală superioritate, asupra celor existente.

Evident însă că, nu toate radiațiile ce compun spectrul luminei utilizate, contribuiesc cu o egală putere, la efectul salutar obținut în asemenea împrejurări. Din potrivă această putere variază — și încă în mod destul de simțitor, — pentru fiecare din aceste trei categorii de radiații.

Astfel din cercetările întreprinse până astăzi de diverși autori și din faptele constatate de noi, în experimentări proprii, putem creea cu probabilitatea de-a fi cea mai aproape de realitate, următoarea scară de gradație descendentă, a eficacității radiațiilor.

Radiaţiile cele mai utile, cele mai active, din punct de vedere terapeutic, aproape în unanimitatea cazurilor de infecţiuni locale, sunt acele ce au cea mai mare lungime de undă, adică, acele care formează spectrul infraroş.

Mai puţin active ca acestea sau chiar inactive cu totul, în unele cazuri, sunt radiaţiile cari au cea mai mică lungime de undă, adică radiaţiile care constituesc spectrul chimic.

In fine, mai puţin active ca ambele, sunt radiaţiile cu o lungime de undă medie, cari intru în compunerea spectrului vizibil.

Fără îndoială că această împărţire a radiaţiilor, din punct de vedere a capacităţei lor therapeutice, este ceva arbitrar, ceva cu totul generic.

De fapt, gradul eficacităţei radiaţiilor, variază până la oare care limită şi în lăuntrul fiecărei din aceste trei regiuni. Se ştie spre exemplu că, radiaţiile chimice, sunt radiaţii dotate cu cea mai mare acţiune microbicidă. Totuşi din spectrul chimic, cele mai active, din punct de vedere microbicid, sunt numai acele ce au o lungime de undă, cuprinsă între 1144—3000 A. Chiar în intervalul acestor 2 limite extreme, puterea abiotică variază foarte mult. Astfel radiaţiile de 1144 A., ating pragul abiotic maxim. De la această lungime de undă în sus, puterea abiotică a radiaţiilor scade treptat, până în apropierea radiaţiilor cari au o lungime de undă de 3.000 A. La acest nivel, se produce brusc o creştere a proprietăţei bactericide, în care loc ating pragul maxim. Desigur că şi în celelalte categorii de radiaţii infraroşi şi luminoase, se găsesc variaţii de intensitate, în ce priveşte efectul therapeutic. Dar dacă o subtilizare mai mare a acestei chestiuni ar interesa din punct de vedere pur theoretic, din punct de vedere clinic, faptul nu are absolut nici o importanţă.

Lumina prin colaborarea intimă a tuturor radiaţiilor, exerciţă o acţiune directă, asupra focarului patalogic şi ulterior o acţiune indirectă asupra restului organizmului.

Acţiunea directă. In sfera focarului patologic, lumina totală determină o serie de modificări biologice, care final se resfrâng fie asupra stărei ţesuturilor afectate, fie asupra condiţiilor de existenţă, a microorganismelor cuprinse în aceste ţesuturi.

Astfel de modificări, au loc, nu numai în straturile epidermului şi ale dermului, dar chiar şi în ţesuturile subjacente acestora.

Câteva minute după începerea iradierei, zona tratată se încălzeşte intens, plaga şi pelea din jurul acesteia devine rozată şi turgescentă.

Guillaume după îndelungate studii angio-microscopice, constată că fascicolul de lumină produce la nivelul plexului venos şi arterial subpapilar, o mărire a calibrului vaselor şi consecutiv, o activare a circulaţiei sanghine. Pe măsură ce durata şi intensitatea iradiaţiei, cresc, vaso-dilataţia devine şi ea din ce în ce mai puternică şi se extrinde treptat, atât în suprafaţă cât şi în profunditate.

Concomitent cu această vazodilataţie, provocată de iradiaţie, în regiunea respectivă, are loc o stimulare energică a fenomenelor

de osmoză, o îmbibi ie pronunțată a țesuturilor și în fine, o accelerare a acelor schimburi ce se petrec normal, între celule.

Toate aceste reacții vasculare și celulare, care de fapt nu sunt decât funcțiuni biologice normale, dar care se exagerează temporar, sunt provocate exclusiv, de radiațiile infraroșii și de radiațiile luminoase propriu zise.

Radiațiațiile actinice, fiind absorbite aproape în totalitatea lor de țesuturile superficiale ale epidermului, nu li se poate atribui un rol direct, în efectele constatate în țesuturile profunde, ca în derm, în țesutul celular sub cutanat și în straturile subjacente acestuia.

Radiațiile actinice, după Songehare și alți autori, determină în păturele superficiale ale epidermului diverse reacții fotochimice. Astfel în aceste împrejurări iau naștere vitamina și melanina. In acelaș timp sporește oxydaza și diminuează lipaza și amylaza.

Unele din radiațiile infraroșii și luminoase ce au o lungime de undă mai mică, se transformă în păturile superficiale ale epidermului, în energie calorifică, care stimulează procesele de fermentație, ce normal, au loc în stratul cornos și care favorizează prin aceasta, acțiunea fotochimică a radiațiilor actinice.

Tot radiațiile infraroșii și vizibile, prin activarea circulației, ușurează transportul în sânge, a produselor elaborate de celule, produse a căror cantitate, este sporită cu mult, datorită triplei acțiuni, ce exercită asupra țesuturilor, radiațiile actinice, infraroșii și vizibile.

Acțiunea directă asupra microbului și asupra toxinelor.

O acțiune microbicidă directă, a luminei, cu care se tratează o plagă infectată, este un fapt inconstant, un fapt cu desăvârșire excepțional.

Lumina nu poate da acest efect decât atunci când ea acționează în condițiuni determinate, condițiuni, ce sunt în genere, foarte anevoios de realizat în practică.

In primul rând, germenul patogen, trebuie să fie senzibil la acțiunea tutulor radiațiilor sau cel puțin, a unora din acestea.

O altă condiție esențială, care garantează eficacitatea luminei, din acest punct de vedere, este că între acest patogn și punctul de incidență a luminei, pe suprafața de aplicare, să fie o pătură de țesut cât mai subțire și cât mai ușor de străbătut de radiații.

Cele ce se cunosc despre gradul de penetrabilitate al radiațiilor și despre puterea de absorbție a țesuturilor, ar îngădui să presupunem că lumina, poate acționa direct, asupra unui microorganizm oarecare, numai atunci când acesta se găsește în epiderm și cel mult în derm. Dincolo de acest din urmă strat,, efecte abiotice, este greu de conceput, le socotim inadmisibile. Dar însuși la acest nivel relativ foarte puțin profund, pentru a obține un rezultat pozitiv, este nevoie, ca intensitatea radiațiilor să fie maximă și ca durata aplicărei, să se facă într'un anumit spațiu de timp.

In cazul unei plăgi infectate, în care agentul infecțios, este răspândit, până în țesuturile cele mai profunde, efectul microbicid direct, se poate obține numai în păturile cele mai superficiale ale plăgei și în dermul și epidermul ce înconjură regiunea vulnerată.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Microbul aflat în restul ţesuturilor, ce sunt situate mai profund de derm scapă acţiunei microbicide directe a radiaţiilor.

Prin urmare, această proprietate a luminei este un factor incidental şi ca atare, ca valoare practică, este de o foarte minimă importanţă.

In schimb distrugerea microorganizmelor situate în orice parte a ţesuturilor se face de regulă, în mod indirect „vis-a tergo" prin ridicarea rezistenţei ţesuturilor şi prin schimbarea mediului humoral, care devine astfel neprielnic pentru dezvoltarea şi condiţiile de viaţă, a microorganizmelor.

In cazurile, de altfel destul de rare la număr, în care se izbuteşte a se obţine de la lumină o acţiune microbicidă directă, acest efect salutar trebuie atribuit, pentru păturile superficiale ale epidermului, în cea mai mare parte, radiaţiilor chimice şi în aceeaşi măsură radiaţiilor infraroşii şi luminoase, iar pentru păturile inferioare ale epidermului şi dermului, în totalitatea cazurilor numai acestor două din urmă feluri de radiaţii.

Presupunem în schimb că lumina dezvăluie o acţiune directă mai accentuată asupra toxinelor produse de agenţii infecţioşi aflaţi în interiorul ţesuturilor în care se află plaga.

Aceste toxine, când desigur se găsesc în ţesuturi ce nu sunt prea profunde şi când mai ales fac parte din toxinele puţin stabile, vor fi distruse sau cel puţin atenuate, cu mult mai uşor de cât s'ar putea distruge sau atenua, agenţii patogeni respectivi.

Experienţele lui C. Sonne, făcute pe cobai, arată că acest animal fiind iradiat, suportă mult mai bine toxina difterică, ca atunci când animalul rămâne neiradiat după inoculare.

C. Sonne atribuie acest efect, numai radiaţiilor infraroşii şi celor vizibile. W. Muller Kirschmann, Haeberlein O. Kestner, par a ajunge tot la concluzia că aceste radiaţii ale luminei au o influenţă indiscutabilă asupra anticorpilor tuberculoşi.

Faptul că ameliorarea infecţiunei, apare în cazurile de care ne ocupăm azi, după un foarte scurt timp de la aplicarea luminei, este pentru noi, o dovadă că acest agent fizic, are un efect direct asupra toxinei sau asupra toxinelor conţinute în ţesuturile infectate.

Fenomene generale. Fenomenele ce am descris că iau naştere la locul tratat, se resfrâng ulterior, în mod firesc, asupra stărei generale a organizmului. Aceasta nu este decât acţiunea menţionată mai sus, sub denumirea de acţiune generală indirectă.

In tratamentul unei plăgi infectate, nu se poate vorbi de o acţiune generală directă. Suprafaţa asupra căreia se intervine în aceste cazuri, este prea neînsemnată, pentru a presupune că lumina, ar influenţa de la început, asupra stărei generale. La un astfel de rezultat, ne-am putea aştepta numai atunci când lumina s'ar revărsa asupra întregului organizm sau cel puţin asupra celei mai mari părţi din el — ceace desigur nu este cazul, la tratarea plăgilor în modul descris aci.

A. STERE: *Le traitement des plaies infectées par la lumière totale.*

© Academia Română / Centrul de Studii Transdisciplinare Cultural-Umaniste Digitale

A. STERE: *Il tratamento delle piaghe infètte colla luce totale.*

La luce totale, bianca, costituisce il trattamento estremamente utile delle piaghe infètte. L'autore ha sperimentato questo nuovo trattamento dal 1908, trattando nel decorso di 18 anni 27 casi dai quali soltanto 11 non hanno reagito favorevole. Non tutte le piaghe infiamate tirano dei benefici in seguito a questo trattamento; ci sono di quelli che si risentono svatorevole, Quando 2-4 sedute phototerapiche n'apportano alcun miglioramento locale o g-rale e per contro si constata un agravamento dei fenomeni locali bisogna rinunciare al'applicazione del trattamento colla luce.

L'autore ha adoperato un riflettore ad arco di carbone, costruito per la corente continua, funzionando a 70 volts e a 3,5 amp.

La luce esercita un'azione diretta sul microbo e sui tessuti e indirette sullo stato g-rale del'organismo.

A. STERE: *Die Behandlung der infizierten Wunden mit totalem Licht.*

Das totale weisse Licht bildet eine höhst nützliche Behandlung der infizierten Wunden. Der Verfasser hat diese neue Behandlung seit 1908 experimentiert indem er in 18 Iahren 127 Fälle behandelte, wovon 11 Fälle nicht günstig reaktioniert haben

Also nicht alle infizierte Wunden werden dadurch mit Erfolg behandelt, einige bringen ein ungünstiges Resultat hervor. Wenn 2—4 Phototherapische-Sitzungen keine lokale oder allgemeine Verbesserungen bringen und man im Gegenteil eine Velschlimmerung der lokalen Phönomene bemerkt, muss man aut die Lichtbehandlung verzichten.

Der Verfasser bedient sich eines Reflektors mit Kohlenbogen, für Gleichstrom gebaut, der mit 70 Volt und 35 Ampères fonktionniert.

Das Licht hat eine direkte Wirkung auf den Mikrob und seine Gifte und eine indirekte auf das allgemeine Befinden des Organismus.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pyridium
Chlorhidrat de fenilazo-diamino-piridină

Intrebuintati
Antisepticul urinar
calmant
Comprimate cu 0,1 gr.
in ambalaje de 12,25 şi
100 bucăţi
Fiole de 0,01 g
Cutii cu 5 şi 10 bucăţi

De 3 ori pe zi 1—2 comprimate
sau 1—2 ori pe zi 1—2 ampule

C.F. Boehringer & Soehne G.m.b.H. Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România: RUDOLF FOREK, Bucureşti III Str. General Eremia Grigorescu 9

II.

Cazuri clinice.

CONSIDERAŢIUNI EPIDEMIOLOGICE ŞI CLINICE ASUPRA PAROTIDITEI EPIDEMICE

de

D-r I. ANDERMAN

Medic al Circ. Gura Putilei (Rădăuţi).

Studiul fenomenelor în aparenţă uniforme ale oreillonului, arată că acestea pot îmbrăca diferite aspecte interesante. Din punct de vedere epidemiologic, se remarcă în primul rând, contagiozitatea extremă a maladiei, caracterizată printr'un indice de contagiozitate ridicat, variind între 70—75%, întrecând astfel pe cel al scarlatinei de 35% (Gottstein) şi clasându-se imediat după rugeola şi variola. Contactul interuman pare a fi unicul mecanism de contagiune. Din 72 cazuri etiologic clarificate, contagiunea indirectă era exclusă. Receptivitatea cea mai mare, oscilează între 7—15 ani. Cel mai tânăr caz observat era de 4 ani, iar cel mai în vârstă 45 ani. Ambele sexuri sunt deopotrivă receptive.

CLINICĂ. — Debutul este variabil. In majoritatea cazurilor, primele simptome morbide sunt necaracteristice, uşoară ridicare de temperatură, otalgie, cefalee, adinamie. Otalgia premonitorie caracterizează în deosebi îmbolnăvirile adulţilor, la cari persistă până în convalescenţă. Fenomene meningo-encefalitice, premergătoare simptomelor parotidiene, ca cele descrise de Jasinski, n'am putut observa. Simptomul patognomonic este edemul parotidian, care în $^3/_4$ a cazurilor este bilateral. In 75% procesul se localizează simultan şi pe glandele submaxilare. Un caz din observaţia mea, nediagnosticabil decât în mediu epidemic, prezenta localizarea izolată pe glandele submaxilare, urmată de orhită. Odată cu apariţia edemului parotidian, temperatura se ridică uşor la copii şi brusc la adulţi, menţindu-se în platou. Remisiuni se observă odată cu edematizarea celeilalte parotide. De remarcat este, că la copii mai mici, decursul boalei este aproape regulat afebril. Cavitatea bucală era la toate cazurile observate intactă, anginele şi faringitele descrise nu erau de observat. La organele interne, splenomegalia se găseşte constant, la aparatul circulator — tachicardie variind cu temperatura.

BCU Iaşi / Central University Library Iaşi

COMPLICAŢIUNI. Ele sunt adevărate focare metastatice. Din toate complicaţiunile descrise în literatură: orhită, ovarită, pancreatită, meningoencefalită, inflamaţiile interstiţiale ale tiroidei, timusului, prostatei, glandelor lacrimale, oftalmie (Mikulowski), singură orhita are o importantă clinică, frecvenţa ei la adulţi, atingând un procent de 50%. Frecvenţa orhitei la adulţi, pare a se datori sguduirilor vehemente în timpul maladiei, ca marşuri, călărie, etc. Dovadă: din materialul meu nici un caz de complicaţie între copiii ţinuţi în pat resp. la domiciliu, în schimb orhita e la lucrători de pădure (drumul enorm pe jos sau călare până în pădure). La fel şi diferenţa semnificativă între frecvenţa orhitei în mediu civil 1/10 şi 6/10 în mediu militar (Courmont).

PROFILAXIE. Profilaxie colectivă prin izolarea bolnavilor. Profilaxie individuală prin gargarisme cu desifectante slabe, în general nesigură. Seroprofilaxia este utilă în şcoli şi în familii periclitate. De condamnat sunt toate măsurile eroice ca gargarisme şi instilaţiuni exagerate, seroprofilaxie în masă, cari la indivizi vegetativ sensibili, ar putea provoca un desechilibru biologic, favorizând astfel infecţia.

TRATAMENT. In primul rând simptomatic, în deosebi flogistic privind organele edematoase. Am încercat tratamentul specific cu sânge total de convalescenţi, recoltat în a 3-a resp. a 4-a săptămână după vindecarea clinică şi injectat intramuscular în cantitate de 10—20 ccm. Cazurile alese pentru acest tratament, se distingeau prin hipertemia lor. Rezultatele erau următoarele: efect clar şi rapid asupra febrei, demonstrat prin căderea critică a temperaturei, localizarea procesului (nici o complicaţie) şi subiectiv prin diminuarea tensiunei ţesutului morbid. De remarcat este superioritatea acestei metode faţă de tratamentul medicamentos nespecific, cu Omnadin sau Yatren-Casein, ineficace la infecţia urliană.

D-r I. ANDERMAN: *Considérations épidémiologiques et cliniques sur la parotidite épidémique.*

L'auteur resume ses observations epidémiologiques et cliniques de cette maladie. Il insiste sur la contagion directe comme unique mécanisme de la transmission De ses complications, l'orchite s'instale declanché par des ébranlements pendant la maladie (marches, etc) Emploi d'une méthode thérapeutique nouvelle: injection de sang total des convalescents. Appliquée aux cas hyperthermiques, crise rapide et aucune complication.

D-r I. ANDERMAN: *Zur Epidemiologie und Klinik der Parotitis epidemica.*

An Hand eines grösseren Materials, werden die epidemiologischen und klinischen Besonderheiten der Parotitis epid. besprochen. Es wird auf den hohen Kontagiositätsindex der Erkrankung hingewiesen. Von den Komplicationen die Verfasser als metastatische Herde auffasst, wird genauer auf die Orchitis eingegangen, die auf Erschütterungen während der Krankheit, wie marschieren und reiten zurückgeführt wird. Bei hochfieberhaften Fällen hat Verfasser eine eigene Behandlungsmethode angewendet: Injektion von Rekonvaleszentenvollblut mit durchwegs kritischer Entfieberung und komplikationslosem Verlauf.

I. MASTOIDITA PRIMITIVA

de

D-r I. GHEORGHE

II. FURUNCUL AL NASULUI ŞI TROMBO FLEBITA SINUSULUI CAVERNOS

de

D-r I. GHEORGHE şi **D-r LUCIAN DEMETRESCU**

Cazul ce urmează este interesant, pentrucă odată mai mult evidenţiază primitivitatea unei mastoidite acute.

E vorba de săteanul Ilie Columneanu din com. Pleşoiul Dolj care, în ziua de 8. III. vine la cabinetul subsemnatului plângându-se de dureri retroauriculare de partea dreaptă şi stare subfebrilă ce durează de 7—8 zile, Ca antecedente heredo-colaterale, nimic deosebit. Neagă specificitatea. Nimic pulmonar. Nu suferise nici odată de urechi. Declară că cu 3 săptămâni înainte a fost uşor răcit.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Boala actuală a început cu o uşoară greutate în hemicraniul respectiv care, după 2 zile s'a transformat în dureri în regiunea cefei şi mai ales a mastoidei drepte, dureri suportabile şi care se accentuau la apăsare pe mastoidă. Avea puţină febră mai ales seara şi nelinişte. Faptul că cu un an înainte o soră a lui, după spusele lui, moare în spitalul Filantropia de mastoidită şi pentrucă în mastoidită începe să aibă junghiuri mari şi durerile să se accentueze la presiune pe ea, îl alarmează şi îl determină să vină la oraş să fie văzut de specialist.

Nasal nu găsim decât mucoasa pituitară uşor congestivă.

Buco-faringian, amigdalele uşor hipertrofiate, congestive ca şi mucoasa faringiană ce e îngroşată şi are un aspect uşor granulos.

Urechea stângă conductul liber, curat, normal ca şi timpanul.

Urechea dreaptă conductul la fel curat, nimic deosebit, timpanul cu aspect absolut normal, nici o urmă de opacitate sau congestie.

Mastoida dureroasă la presiune mai ales la vârful ei şi spre marginea posterioare.

Tesuturile moi ce îmbracă mastoida la inspecţie şi palpare nu decedează nimic anormal.

Auzul perfect conservat, nici o diferenţă la ceas şi diapazon la dreapta cu stânga. Probele acustice aeriene şi osoase nu decelează nimic nici din partea aparatului de transmisie, nici din partea celui de percepţie.

Nu are ameţeli, nici vâjâeli, nici mistagmus spontan.

Temperatura 37,6 la ora 3 după amiazi.

In fața acestui caz, ne-am pus problema dacă e vorba de o algie mastoidiană datorită unei congestii a mucoasei celulelor, dacă e un empiem mastoidian, dacă e maladia lui Luc, sau dacă suntem în fața unei osteite a apofizei, singura care cere trepanație.

Lipsa complectă a unui trecut optic apropiat, simțit, ca și aspectul perfect normal al timpanului, al conductului și zonei mastoidiene, ca și funcțiunea auditivă perfect normală, mi-a pus la îndoială diagnosticul de certitudine și îi recomand o radiografie a apofizelor mastoide, prescriindu-i și calmante.

Cum bolnavul este sărac, sunt nevoit să renunț la radiografie și să interviu să fie internat la spitalul Preda, pentru a-l urmări.

A doua zi acelaș aspect clinic cu aceleași dureri pe zonă, în plus bolnavul acuză svâcniri în mastoidă, ceeace mă face să mă gândesc la retenție în mastoidă și mă decide să-i fac o paracenteză de siguranță.

La executarea ei, găsesc casa timpanului liberă, nu vine nimic decât sânge din incizia timpanală.

Noaptea după paracenteză, temperatura se menține, durerile se accentuiază pe mastoidă în care pulsațiile le simte mai puternic, a avut insomnie, ceeace mă hotărăște ca în ziua de 10. III. să intervin sub-anestezie locală cu novocaină, ajutat de D-l D-r Radian.

La deschiderea părților moi nimic deosebit.

Ridicăm tabla externă și dăm de o mastoidă pneumatică, cu celulele intersinusofaciale pline de puroi sub tensiune, celule cu fenomene de osteită ce merge până la vârful mastoidei pe care îl ridicăm.

Deschidem antrul pe care îl găsim literalmente sănătos cu țesut osos normal și cu celulele periantrale sănătoase.

După ce controlăm și celulele perisinusale, închidem plaga, bolnavul scăpând și de temperatură și de dureri.

Din cele expuse, reese clar că aici am avut de a face cu o mastoidită, ce a survenit probabil în urma unei gripe care nu a atins la evidență pentru pacient și otolog urechea, adică, acest caz vine să întărească cu o verigă mai mult, lanțul de mastoidite primitive, lanț la care a contribuit în largă măsură Moure, Körner, Scheibe, Maurice Yoel, Castex, Chavanne, Lermoyez etc., iar la noi Țețu, Racoveanu, Ștefaniu, Eliescu, etc.

Totuși problema mastoiditelor primitive, nu este încă elucidată și trebue luată în deaproape studiere mai ales în legătură cu diferitele afecțiuni generale, cum spune Țețu.

In cazul de față urechea nu a luat parte evidentă la producerea acestei mastoidite, așa că nu intră în prima clasă ce trebue eliminată din clasificarea lui Chavanne, deasemenea evoluția ei rapidă și acută, ne îndepărtează de posibilitatea unei infecțiuni tuberculoase sau luetice, iar traumatism nu a fost.

Atunci rămân două posibilități, ori a fost produsă de o infecțiune pe cale sanghină ori limfatică cum se întâmplă în afecțiunile febrile, dând fenomene de osteită prin tromboza vaselor ce hrănesc mastoida și celulele ei, lucru ce se întâmplă rar, dar se poate întâmpla, nu sunt doar atâtea afecțiuni în economia generală care au această explicație și de ce mastoida ar fi indemnă și ar fi singurul caz când într'adevăr ar merita denumirea de *mastoidită*

primitivă, sau se produce prin acelaş mecanism ca în toate celelalte mastoidite, cu singura deosebire că prima etapă, otită-antrită să lipsească sau să nu fie decelată clinic-meritând în cazul acesta denumirea mai justă de mastoidită *pseudo-primitivă*.

Colibacilii dau flebită, gripa dă flebită, febra tifoidă dă flebită, furuncului nasului sau buzei dau flebită, otita dă flebită şi câte alte afecţiuni microbiene nu dau flebită, de ce atunci când gripa are poarta de intrare nasofaringee ca atât alte afecţiuni şi ştiut fiind mai ales în urma lucrărilor lui Pietrantoni legăturile venoase între plexul faringian şi circulaţia venoasă mastoidiană, directe şi prin anastomoze, de ce nu s'ar putea produce o tromboză la acest nivel şi ar aduce ca rezultat ultim fenomene de osteită, ceace ar explica în parte dece în mastoiditele primitive nu găsim participând antrul, focarul radiator al infecţiunei endomastoidiene, la focarul osteitic.

Există această posibilitate şi teoretică şi realizabilă, dar e rară şi atunci mai clar şi mai des trebue să ne gândim cu Mouret la acel „rhume" al mucoasei celulelor mastoidiene, la acea etapă frumos descrisă de Scheibe, pentru a ajunge la empyemul descris de el, afirmând odată mai mult că mastoidita nu e o complicaţie a otitei, ci o parte din otită localizată pe mastoidă cum spune Mayer (Viena) şi care explică admirabil reacţia mastoidiană chiar dela începutul otitelor acute.

Nu e necesar ca tot cortegiul otită-antrită-mastoidită să fie la evidenţă pentru a arăta drumul parcurs de infecţiune şi numai atunci să-l credem clinic. După cum se citează comparaţia justă cu reumatismul care atinge articulaţiile dar muşcă inima, tot aşa şi aici drumul parcurs de infecţiune să fie de o integritate, clinică cel puţin, normală, să nu lase urme şi microbul să se localizeze unde vrea el sau mai de grabă unde îi place mai mult, să treacă din gât sau nas prin trompă, să ajungă în casa timpanului, să meargă pe mucoasă ce e o continuare spre antru şi lăsând ori nu urme, dar clinic nu în acest parcurs, să plece mai departe şi să dea de o celulă mastoidiană unde, fie prin constituţia sau prin aşezarea ei mai declivă, să-şi producă adevărata evoluţie, dând turburări vasomotorii la nivelul mucoasei, cu exudat imflamator, imflamaţie care se propagă repede la pereţii osoşi subţiri ai celulei de care e aderentă mucoasa ei, şi prin engorjarea mucoasei să se producă o închidere a orificiului celular care să ducă la reţenţie de exudat care, prin presiune şi prin fenomenul imflamator, să se propage la celulele vecine, de care e despărţit printr'un traveu osos foarte subţire ce cedează, se topeşte uşor; fenomenele de ostéită fiind gata făcute, se pot întinde, în funcţie de virulentă şi toxicitatea microbului patogen şi neapărat că şi cu aceia de rezistenţă a mucoasei şi de apărare a organismului, trecând astfel dela simpla reacţie mastoidiană, dela congestia mucoasei, la fenomene de distrucţie osoasă, formând astfel adevărata mastoidită.

Neumann pretinde că nu e încă elucidată chestiunea începerei procesului imflamator în mastoidă, căci, cu toate cupele histologice ce le-a făcut în serie în mastoidele bolnave, începând cu mastoida bolnavă de 2 zile până la acea bolnavă de 4 săptămâni,

BCU Cluj / Central University Library Cluj

nu a putut sigur să-şi formeze încă convingerea dacă debutul imflamator, se face în spaţiul vasculo-medular, sau în celule şi mai mult, că procesul imflamator în mastoidită, e diseminat în toată apofiza, dar de grade diferite, ceace ne face să ajungem la 2 concluzii: întâi că, lucru ştiut, mastoida cu cât e mai pneumatică, e mai supusă complicaţiunilor precoce şi al doilea că dacă unele celule se prind mai mult şi altele mai puţin chiar histologiceşte, aceasta înseamnă că trebue să fie o anumită predispoziţie care ne scapă încă, dar care ne explică cum de putem găsi o celulă cu puroi şi alta ba, fie ea chiar antru.

Nu pot încheia fără a-mi reaminti că de multe ori avem o miopie pe care, numai vremea, prin lucrările ei de laborator şi clinica, ar putea-o corecta.

II.

Furunculul nasului este o afecţiune îndeajuns de frecventă şi bine cunoscută ca etiologie şi aspect clinic. Pare însă a nu i se da importanţa ce o merită, cu toată mortalitatea ridicată ce o dă. Astfel Clairmont dela Zurich dă o proporţie de decese de 5%, iar alţi autori merg până a fixa mortalitatea la 30%. Moartea survine în urma complicaţiilor ca: septicemie, meningită, trombo-flebita sinusului cavernos, etc.

Trombo-flebita sinusului cavernos este o complicaţie în deajuns de rară, dar mai întotdeauna mortală.

In literatură se citează 10 cazuri de vindecare (Terracol). Nu ştim dacă în acest număr intră şi cele 9 cazuri ale lui Riter şi cele 2 cazuri ale lui Ukerman dela Oslo. Probabil că nu. Şi aceste cazuri însă prezintă o oarecare îndoială în preciziunea diagnosticului.

De aceea credem interesant a expune cazul observat de noi, făcând şi oarecari consideraţii de ordin general.

D-r C. N. medic de circumsripţie, în vârstă de 30 ani, ni se adresează nouă în dimineaţa zilei de 27 Februarie 1937, pentru un furuncul al vestibulului nasal stâng apărut cu 4—5 zile înainte şi căruia nu i-ar fi dat nici o importanţă, dacă cu o seară mai înainte nu ar fi avut frison puternic, cu curbatură, cefalee şi temperatura 39°. Şi nu i-ar fi dat importanţă şi prin faptul că cu o lună înainte avusese chiar în acelaş loc un furuncul ce în 4—5 zile colectase, se eliminase şi vindecase, aproape fără nici o intervenţie terapeutică.

La examenul local constatăm: aripa nasală stângă şi tot lobul edemaţiate, turgescente, de culoare roşu-închis, inflamaţie ce merge în sus pe partea laterală stângă a piramidei nasale până aproape de rădăcină. Edemul se întinde la obraz şi prinde ambele pleoape ale ochiului stâng. Conjonctiva bulbară şi palpebrală mai ales, hiperemiate şi uşor edemaţiate (slab început de chemosis). Uşoară exoftalmie a ochiului stâng. Endonasal se constată vestibulul stâng strâmtorat, cu ţesutul cutanat congestiv, iar mucoasa pituitară turgescentă de culoare roşu închis. La marginea supero-posterioară a vestibulului, se observă o tumefacţie cu un punct alb gălbui ce ocupă centrul tumefacţiei. Toată zona externă foarte dureroasă la palpare, îndurată, fără să se observe cordoane dure.

Bolnavul acuză cefalee, febră, curbatură. In faţa acestor simptome şi dându-ne seama de seriozitatea cazului, insistăm şi se internează chiar în aceiaşi dimineaţă în Spitalul Filantropia, secţia medicală.

La examenul general constatăm: bolnavul de constituţie bună, cu pulmoni şi cord normale, ficat în limite normale, nedureros, splina nepercutabilă. Din partea aparatului digestiv limba uşor saburală, apetit diminuat. Temperatura 38⁰, puls regulat în concordanţă cu temperatura. La examenul urinei nu se constată prezenţa nici a albuminei, nici a glucozei, iar în sediment nimica anormal. Hemocultura negativă.

Se dă bolnavului: pomadă colargol endonasal şi comprese alcoolizate pe piramidă. Se face vaccin antistafilococic şi injecţii cu septicemină, prontozil şi oleu camforat.

A doua zi se observă în partea cea mai bombată a tumefacţiei din vestibul, un mic orificiu prin care vine o secreţie sero-purulentă. Se caută a se lărgi orificiul spre a uşura drenarea, fără a traumatiza însă. Secreţia se examinează din punct de vedere bacteriologic şi se găsesc stafilococi.

Tumefacţia cuprinde acum toată piramida nasală urcându-se în sus până la jumătatea frunţii. Edemul palpebral intensificat, cuprinzând şi pleoapele din dreapta. Chemozisul net la ambii ochi, exoftalmia se accentuiază la stânga şi începe la dreapta. Paralizia motorului ocular extern stâng şi drept. Bolnavul nu poate deschide ochii, se plânge de nevralgie pe traectul trigemenului şi de cefalee intensă.

Apare rădoarea ceafii şi Kernig pozitiv. Se face puncţia lombară, extrăgându-se lichid foarte turbure.

Temperatura în ascensiune ajunge la 40⁰. Bolnavul are delir, agitaţie.

Se intensifică tratamentul anterior, adăogându-se anatoxină stafilococică, pansament local cu bulion vaccin.

In a treia zi toate fenomenele locale şi generale se accentuiază, bolnavul intră în comă şi sucombă în timpul nopţii.

Felul cum a îmbrăcat simtomatologia cazul nostru, ne duce în chip sigur la diagnosticul de trombo flebita a sinusului cavernos cu punct de plecare nasal.

Flebita obliterantă a sinusului cavernos datorită unui trombus, este rară. De obicei este vorba de o flebită gravă, destructivă, cu tendinţe la supuraţie difuză (Hachen Ismaël Strassbourg 1930). Aceasta ne-ar explica de ce în preziua decesului lichidul cefalo rachidian a fost turbure (la laborator a fost aruncat la vestea decesului pacientului). De altfel nu trebue să ne oprim prea mult asupra acestei posibilităţi de meningită, întrucât legăturile nasomeningee sunt multiple după cum se va vedea mai jos.

In faţa acestui caz evoluat atât de rapid şi în faţa faptului că bolnavul nu se adresează medicului niciodată din primul timp al maladiei, ne întrebăm care este cea mai bună conduită ce trebue s-o urmeze medicul. De sigur că ea va varia cu faza în care se prezintă maladia.

Furunculul nasului este o afecţiune spuneam banală, dar cu posibilitatea de complicaţiuni grave în proporţie destul de mare (5—30%). De aceea în faţa oricărui furuncul nasal trebue să fim în gardă şi să uzăm dela început de toate mijloacele pe care terapeutica ni le pune la îndemână.

Dacă bolnavul, ceeace este foarte rar, vine din prima zi a furunculului, atunci când totul se petrece local, şi tratamentul va fi local, fie că e vorba de tratament medicamentos, dezinfectant, (pulverizaţii cu alcool sublimat, tamponare cu alcool sau pomade dezinfectante, comprese externe etc.), fie că e vorba de tratament local bioterapic (bullion vaccin). Totuşi noi credem că e absolut necesar să nu se piardă acest prin timp, căci nu se poate nici odată şti cum va evolua un furuncul al nasului şi să trecem la tratamentul activ general. Vom face anatoxină statilococică, căci după cum arată Tzank, Klotz şi Negreanu (Soc. de biologie 28 Februarie 1936) anatoxina lucrează în mod sigur, fără a mai aştepta timpul de imunizare cum se întâmplă cu vaccinurile (rezultatele terapeutice ale anatoxinei nefiind paralele cu producerea de anticorpi). Se mai preconizează de unii autori prepidonul, prontosilul, bacteriofagul lui D'Herelle (Raiga) combinate sau nu cu autohemoterapia, vaccinul antistafilococic, radioterapia (Cottenot), diatermocoagularea.

Dacă faza este mai înaintată cu dureri şi îngroşarea parietală relevate prin palpaţie, ne indică de primă urgenţă ligatura angularei, pentru a pune barieră drumului celui mai larg de invazie al infecţiunei nasale spre encefal.

Cu toate că această ligatură făcută în acest moment este lăudată de Helene Soest (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Septembrie 1936) ca salvatoare, ne îndoim dacă întotdeauna este suficientă şi eficace.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Intr'adevăr infecţia dela focarul nasal la endo-craniu poate lua următoarele căi: *venoase*, a) prin vena aripei nasului sau vena dorsală a nasului în vena angulară care se varsă în oftalmica şi de aci în sinusul cavernos, b) anastomoza venelor cutanate cu venele profunde pituitare (grupul de vene etmoidal ce se varsă în vena oftalmică) care joacă un rol important în infecţiunile flegmonoase ale nasului, c) venele etmoidale care stabilesc o comunicare între venele cerebro-meningee şi plexul pituitar prin anastomoze situate la nivelul lamei ciuruite, d) Zukerkandel a dovedit că există, în afară de acestea, alte trunchiuri venoase mai mici care traversează izolat osul etmoidal punând direct în comunicare venele meningee cu plexul nasal.

Limfatice: Key şi Retzuis au descris comunicare căilor limfatice ale pituitarei cu spaţiul sub arachnoidian, iar în urma experienţelor lui André, s'a stabilit deasemeni existenţa unei comunicaţii între marea cavitate limfatică peri encefalică şi reţelele nasale.

Deci ligatura angularei nu este salutară în oprirea infecţiunei în drumul său ascendent, după cum ne arată datele anatomice de mai sus.

Totuşi nu bănuiala că celelalte căi de comunicare spre endocraniu şi sinusul cavernos ar putea fi urmate de infecţiune, pe lângă vena angulară, ne-a făcut să nu practicăm în cazul nostru această ligatură, ci stadiul înaintat în care ni s'a prezentat cazul nostru când triada: edem palpebral, chemozis şi exoftalmie ne arăta că oftalmica este prinsă deja şi deci ligatura angularei tardivă.

Odată sinusul cavernos prins, tratamentul general e ineficace,

nerămânând decât cel chirurgical a cărui valoare o indicăm mai jos.

Diverşi autori au propus diferite procedee de intervenţie de exemplu:

Trepanarea şi drenajul sinusului cavernos prin masivul pietros (Bicher 1893), pe cale sfenomalară (Robineau 1898), pe calea temporală Krausse şi Dwight), calea transsfenoidală a lui Luc sau prin sinusul sfenoidal după procedeul lui Bourguet, sau prin simpla deschidere a sinusului lateral (Bourjois); însă toate aceste procedee operatorii, pe lângă că sunt foarte mutilante şi şocante, sunt şi ineficace. Ele sunt mai mult procedee de sală de disecţie după cum spune Laurens.

Cazurile extraordinare de vindecare a trombo flebitei sinusului cavernos prin ligatura venei jugulare (Schaer) sau prin electrocoagularea sinusului cavernos (Myerson) sunt în totul discutabile.

Cazul nostru mai prezintă încă o particularitate pe care o credem foarte importantă. Intr'adevăr bolnavul nostru prezentase cu o lună înainte de maladia actuală, un furuncul desvoltat în acelaş loc, fapt care credem că a creiat un loc de minimă rezistenţă şi o stare de alergie locală faţă de stafilococ, care la o a doua atingere a dat acest furuncul difuz cu invadarea vaselor.

De aceia ne întrebăm dacă nu s'ar fi putut evita această recidivă care a luat alură atât de gravă. Credem că singurul medicament eficace şi care în mod aproape sigur ar fi evitat recidiva ar fi fost anatoxsina stafilococică. In adevăr Roman, Bocage, Boivin, Mercier, Richon şi Defrence (Presse Medicale 16. VI. 1937) dau o statistică pe 1000 cazuri de diverse manifestaţii stafilococice tratate cu anatocsină stafilococică şi dau rezultate extrem de favorabile şi în ceeace priveşte curabilitatea, dar şi în ceeace priveşte raritatea recidivelor.

Rezultatele nefavorabile date de unii autori din alte ţări (de exemplu: R. Kleber: Rezultatele tratamentului cu Toxoid stafilococic The. Lancet Nr. 5901 din 1936), se datoresc preparări defectuoase a anatoxinei. In această privinţă Ramon etc., în Presse médicale din 23. VI. 1937, arată regulile ce au urmat în prepararea anatoxinei care le-a dat rezultate atât de strălucite.

In ceeace priveşte anatoxina românească prezentată de Institutul Cantacuzino, din experienţa căpătată din cazurile tratate de noi până acum, credem a fi în totul identică ca efecte terapeutice cu anatoxina franceză. De altfel rezultatele obţinute de noi le vom expune într'un articol, viitor.

Am ţinut să prezentăm acest caz nu atât pentru raritatea lui sau pentru mortalitatea excesiv de mare aproape 100%, ci pentru a reaminti că furunculul nasului este o afecţiune ce de multe ori îmbracă o formă gravă şi deci trebue tratat cu multă severitate, şi pentru a pune odată mai mult la punct terapeutica.

Deasemenea am vrut să insistăm asupra faptului că furunculul nasului ori cât de benign ar evolua, trebue tratat cu anatoxină stafilococică spre a preintâmpina eventualele recidive ce pot da naştere la complicaţiuni atât de sumbre ca şi în cazul nostru.

NEOPLASM PALPEBRAL OPERAT PRIN AUTOPLASTIA PALPEBRO-PALPEBRALA INTEGRALA

de

JEAN VALDMAN

Fost oftalmologist al Casei Asigurărilor Sociale din Strasbourg

Doctorul Dupuy-Dutemps, oftalmologist al spitalelor din Paris și medic-Șef al Fundației Oftalmolgice A. de Rotschild din Paris, la care am avut onoarea să lucrez ca asistent titular în 1928 și 1929, a conceput un procedeu de plastică palpebrală pe care l'a intitulat: „autoplastia palpebro-palpebrală integrală". Metoda a fost complect descrisă, cu șase figuri explicative și zece planșe cuprinzând douăzeci de fotografii, în teza mea (vezi Dr. Jean Valdman. Un nouveau procédé de plastique palpébrale Louis Arnette editeur Paris 1929).

Biblioteca Universitară "Iași"

Am avut ocazia să aplic acest admirabil procedeu unui pacient. L'am operat acum patru ani și jumătate și l'am urmărit regulat Se obține fără dificultate un rezultat plastic excelent, aproape sigur, fără să fie necesară o precizie prea mare. Noua pleoapă bine întinsă și fixată de blefaroraffie se modelează singură în cursul cicatrizării.

Dacă ochiul este intact, e foarte important ca fața posterioară a pleoapei reconstituite să fie căptușită de mucoasă spre a se evita contactul corneei cu o suprafață neregulată sau epidermică. Mai mult, e necesar prin incluzia în grosimea ei a unui țesut rezistent cum e tarsul, să i se dea o rigiditate care să-i păstreze forma și să împiedice răsucirea feții ei epidermice spre ochiu. Este evident că cea mai bună refacere e înlocuirea părților distruse prin țesuturi perfect asemănătoare, luate la cealaltă pleoapă.

Obs. *) Pacientul S. Fernand în vârstă de 63 de ani se prezintă la consultația mea în 26 Septembrie 1932 pentru o umflătură la pleoapa inferioară stângă care a debutat cu șapte ani înainte și a progresat mereu de atunci atingând dimensiunea actuală de aproape un an.

Descrierea leziunii: la examen găsesc un epiteliom cutanat și tarso-conjunctival al pleoapii inferioare stângi, ocupând treimea externă a pleoapei dar respectând unghiul extern. Tumora a distrus marginea ciliară și

*) Acest caz a fost prezentat la Societatea Română de Oftalmologie, în Ședința din 7 Iulie 1937.

a invadat tarsul pe toată înălțimea lui și conjuctiva, fără a atinge în aparență, fundul de sac conjuctival. Pe piele, se întinde mai jos, atingând limita inferioară a pleoapei.

Tumora aderă tarsului, nefiind mobilă pe el cum e în mod normal pielea pleoapei. Nu există însă nici o infiltrație cutanată la periferia tumorii.

Starea generală a pacientului e proastă. Slăbise mult în ultimul timp. E foarte impresionant auzind că e vorba de un cancer al pleoapei și nu se poate decide la operație. A revenit de mai multe ori și m'a rugat să încerc un tratament cu radium căci auzise că așa se poate vindeca fără intervențiune chirurgicală. La cererea lui, îl adresez Doctorului Gunsett, Directorul Centrului Regional al Radium-ului pentru Estul Franței.

Iată ce mi-a răspuns Doctorul Gunsett în 15 Noembrie 1932:

„.... cred că în acest caz e preferabil să faceți operația. Leziunea se găsește prea aproape de ochiu. S'ar putea face o radium-punctură, dar ochiul este mai bine garantat dacă faceți o operație cu plastică...".

Pacientul este convins de necesitatea intervenției pe care o practic în Noembrie 1932 când procedez la primul timp operatoriu.

Anestezie locală cu novocaină-adrenalină.

1). Exciziune largă, între două pense ale lui Kocher, a epiteliomului, cuprinzând treimea externă a pleoapei în toată grosimea ei, dar respectând unghiul palpebral extern.

2). Inciziune intermarginală a marginei pleoapei superioare, urmând buza posterioară, lăsând deci în partea anterioară genele și cea mai mare parte a marginei libere și de o lungime corespunzând golului lăsat în pleoapa inferioară prin excizia tumorii.

Digitized by Central University Library Cluj

Prin această incizie disecția este continuată în grosimea pleoapei așa încât ca să fie dedublată în două foi:

— una superficială, cutanată

— alta profundă, tarso-conjunctivală.

Această dedublare e făcută nu prea adânc dar îndeajuns, ca cele două planuri separate să fie mobilizate și să alunece unul pe altul.

3). Sutură margine la margine printr'un surjet cu catgut No. 000 al planului profund, tarso-conjunctival, cu ceace a rămas din conjunctiva fundului de sac inferior și cu țesutul conjunctiv vecin.

Peste planul profund continu u,astfel constituit și care închide cavitatea conjunctivală, este coborît planul cutanat al pleoapei superioare și cusut cu buza cutanată a exciziunii prin fire de mătasă. Suturile sunt făcute în formă de U.

Această sutură în două planuri, prezintă avantagiul să asigure o aderență mai solidă grație unei mai largi suprafețe de contact și să realizeze o coaptare exactă fixând fiecare plan independent unul de altul, chiar la nivelul care trebue să-l ocupe. Acest nivel este mai jos pentru planul cutanat deoarece exciziunea pielii a fost făcută mai jos decât cea a conjunctivei.

Astfel a fost constituită o blefarorafie prin care pleoapa superioară ușor trasă în jos din cauza lungimii sale normale și a laxității sale, umple golul lăsat prin exciziunea pleoapei inferioare.

In 2 Decembrie 1932 sunt scoase firele și bolnavul își reia ocupațiunile.

In 5 Ianuarie 1933, consolidarea primei intervenţiuni fiind completă, are loc al doilea tip operatoriu adică blefaroplastia cutanată.

1). Pleoapa superioară este incizată dealungul marginei ciliare şi numai partea ei cutanată e disecată de jos în sus spre a fi desfăcută de planul profund, tarso-conjunctival, care rămâne neatins. Marginea ciliară revine la nivelul ei normal.

2). Suprafaţa rămasă este acoperită de un lambou cutanat pediculat, cu pedicul extern, luat în partea de sus a pleoapei şi care corespunde exact prin poziţia şi suprafaţa sa, tegumentului palpebral distrus.

3). Una din marginile acestui lambou este cusută cu buza cutanată a restului de pleoapă inferioară şi cealaltă margine a lamboului cu marginea ciliară a pleoapei superioare.

4). Sutura plăgii de împrumut contribue la trasul în sus şi la fixatul marginei ciliare la nivelul ei normal.

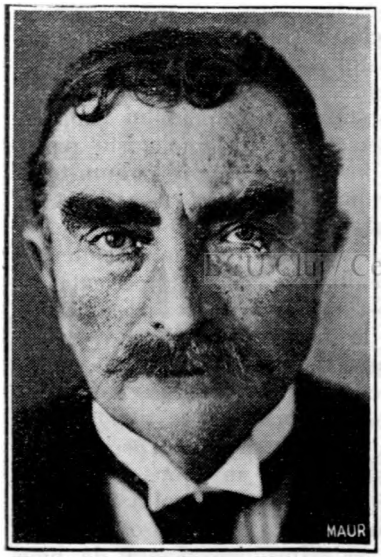


Fig. 1.

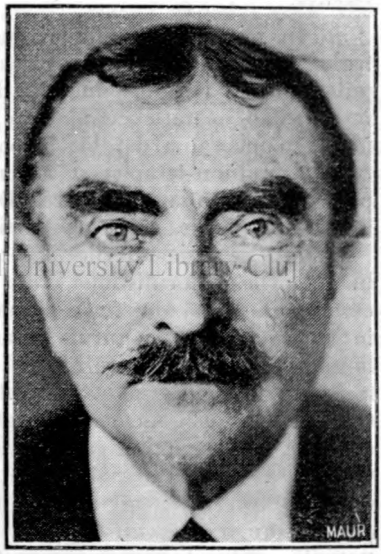


Fig. 2.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In 23 Ianuarie 1933 are loc liberarea tarsorafiei. Planul cutanat şi tarso-conjunctival e secţionat cu foarfecile dealungul marginei ciliare a pleoapei superioare, urmând foarte precis genele ce au rămas fixate pe ea.

Pediculul lamboului, admirabil fixat, nu mai necesită nici o regularizare.

Noua pleoapă este astfel alcătuită:

1). din fragmentul tarso-conjunctival venind de la partea inferioară a pleoapei superioare.

2). din pielea luată de la partea de sus a acestei pleoape.

In 4 Februarie 1933 bolnavul îşi reia lucrul.

In 17 Februarie 1933 rezultatul analizei anatomo-patologice al tumorii, practicat la Institutul de Anatomie Patologică al Facultăţii de

Medicină din Strasburg este următorul: „epiteliom pavimentos stratificat bazo-celular. Mitoze foarte frecvente. Stroma moderat inflamată".

In 9 Iunie 1933 adică patru luni şi jumătate de la liberarea tarsorafiei bolnavul este fotografiat.

Revăzut în 20 Octombrie 1933 ocluziunea ochiului se face în mod normal.

In 19 Martie 1934 nu se observă nici o jenă oculară, nici o iritaţie.

In 11 Octombrie 1935 vine pentru o pereche de ochelari şi frapează prin coloraţia admirabilă a lamboului care nu se mai distinge de tegumentul învecinat. Imi spune că nimeni dintre prietenii lui nu crede că i s'a tăiat o parte din pleoapă. Rezultatul e admirabil şi din punct de vedere funcţional şi din punct de vedere estetic.

L'am revăzut ultima oară în 25 Martie 1936 adică aproape trei ani şi jumătate de la ablaţia neoplasmului. Nu prezintă nici o aparenţă de recidivă.

In răspunsul citat mai sus Doctorul Gunsett, Directorul centrului de Radium-terapie pentru Estul Franţei, îmi scria: „s'ar putea face o radium-punctură dar ochiul e mai bine garantat dacă veţi face o operaţie cu plastică". Chestiunea tratamentului neoplasmului palpebral a dat loc la controverse între oftalmologiştii partizani ai radium-terapiei şi adversarii lor. Opinia unui radium-terapeut de reputaţia şi valoarea Doctorului Gunsett nu face decât să întărească părerea mea de partizan al intervenţiunii chirurgicale.

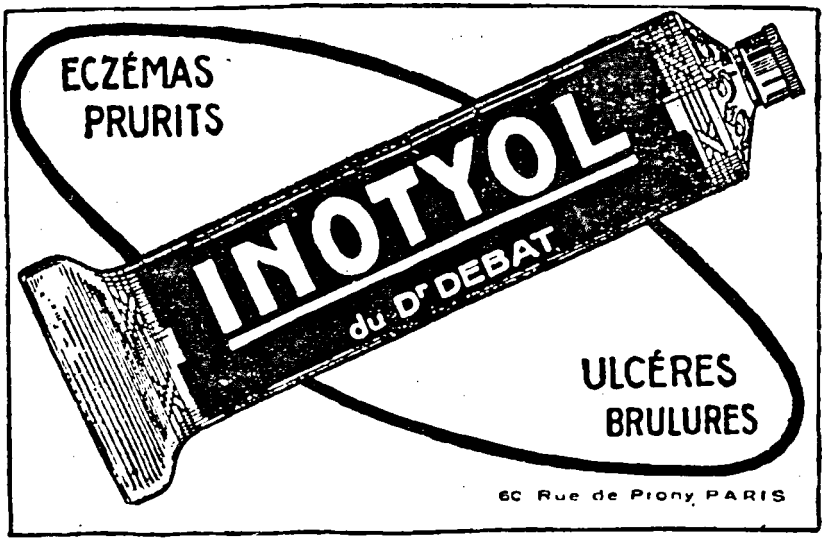
Iată ce scria referitor la acest subiect Doctorul Dupuy-Dutemps în „Annales d'oculistique" din Decembrie 1927: „Experienţa acestor din urmă douăzeci de ani mi-a dat convingerea absolută că în starea actuală singurul tratament legitim de vindecare al epiteliomului palpebral oricare ar fi sediul lui, este ablaţia largă de la început, care procură în majoritatea cazurilor o vindecare definitivă. Cu celelalte tratamente medicale, radioterapia, oarbă, nesigură în acţiunea ei destructivă, cel mai adesea ineficace sau chiar periculoasă, trebue să fie abandonată. Mulţi alţii desigur, au ajuns la aceiaşi concluzie practică; am crezut însă că trebue s'o formulez aci categoric, spre a păzi cei tineri de riscurile unei terapii uşoară în aparenţă, seducătoare prin rezultatele sale imediate şi aşa de bine acceptată de bolnavi.

Trebue însă să se distingă între epitelimonul pur cutanat şi cel ce a invadat tarsul şi conjunctiva. In primul caz radioterapia poate fără îndoială să dea o modificare definitivă, însă cum succesul este absolut nesigur şi nu se poate prevede, este mult mai sigur şi mai rapid să se practice dela început o exereză care se reduce atunci la o simplă rezecţie de piele. Intr'adevăr, de cele mai multe ori, când vindecarea aparentă a fost obţinută, ceeace e departe de a fi întotdeauna, infiltraţia neoplazică după un timp oarecare reapare progresând fie la periferia regiunii primitiv iradiată şi cicatrizată, fie în profunziune. Excizia care se impune atunci pentru neoplazmul recidivat şi radium rezistent, aduce cu sine stricăciuni mult mai mari. Insă când tarsul şi conjuctiva sunt invadate nu ştiu ca radioterapia sau curieterapia să fi adus vreodată măcar, o singură vindecare

aparentă de o oarecare durată. Eșecul de la început sau recidiva sunt regulile statornice, fie că celulele neoplasice au căpătat în aceste țesuturi o rezistență mai mare, fie că o tehnică corectă a iradiației e greu să-i fie aplicată. In aceste cazuri se văd adevărate dezastre. Reducerea părții principale a leziunii și cicatrizarea ei sunt luate drept o ameliorare sau o vindecare, pe când infiltrația neoplazică, în dosul pleoapelor cari o ascund, se reproduce sau continuă să se întindă insidios în conjuctiva tarsului, în fundurile de sac conjuctivale sau chiar în orbită. Fără îndoială grija de a evita diformațiuni disgrațioase și de a conserva ochiului o protecție suficientă este principalul motiv care a contribuit să mențină atât de îndelungat în favoare un tratament care nu vindecă. Insă chiar și aceste inconveniente de importanță secundară față de gravitatea bolii, sunt astăzi reduse considerabil, grație progresului chirurgiei reparatoare".

Procedeul acesta de autoplastie palpebro-palpebrală integrală are ca avantagiu nu numai de a reface pleoapa distrusă prin elementele palpebrale normale, ceace împiedică orice iritație, dar grație diafragmei tarso-conjunctivale prealabil constituită, care realizează o barieră contra infecțiunii cât și la scurgerea lacrămilor și a secrețiilor oculare, să permită o grefă cutanată satisfăcătoare. In plus estetica este respectată prin păstrarea genelor la marginea liberă a pleoapei sănătoase.

BCU Cluj / Central University Library Cluj



Agence en Roumanie: Laboratorul farmaceutic „Luteția" S. A. R.
103, Str. Toamnei — Bucarest III

DIN MEDICINA EMPIRICĂ DOBROGEANĂ.
EMPIRICUL AMIRA.

de
D-r HECTOR SARAFIDI — Constanța.

Dobrogea noastră, în cursul celor două din urmă secole, era în stare semi-sălbatică. Teatru de lupte între armatele turcești și rusești, lupte ce se succedau aproape în mod continuu între cele două popoare, Dobrogea nu oferea nici o siguranță locuitorilor, ce soarta făcuse să se instaleze în aceste meleaguri. Iar cetele de tâlhari, ce urmau invaziunilor beligeranților prin complectarea prădăciunilor ce le făceau armatele așa-zise regulate, făceau și mai precară situația locuitorilor. In asemenea condițiuni instalarea ori traiul medicilor de știință era imposibilă. Pe câtea-vreme, dincolo de Dunăre, în acest răstimp, afluența medicilor științifici era foarte însemnată, în Dobrogea unicii reprezentanții ai Medicinei, erau empiricii.

Dintre acești empirici cei mai de seamă au fost *Amiralele*, cari, din tată în fiu, mai mult de un secol, au practicat medicina în sudul Dobrogei.

Familia Amiralelor, a cărei al treilea la rând vine empiricul de care ne ocupăm în acest articol, s'a instalat în Cavarna pe la sfârșitul secolului al XVIII.

Cavarna, orășelul Dobrogei de Sud, situat 8 kilometri spre sudul capului Caliacra, a cărui populația în timpul dominațiunei turcești era cam de 5.000 de suflete, era în mare parte locuit de Greci, restul fiind compus din Turci, gaugazi și alte elemente printre cari și Români, cari aveau chiar mahalaua lor.

Numele ei din antichitate era Timogetia, iar cel al capului Caliacra, Tirezis.

Amândouă localități prin formațiunea țărmului lor, prezintau un bun refugiu navigatorilor Pontului Euxin, în zilele de furtuni, atât de dese, mai ales în timpul iernei.

Orașul Cavarna, zidit pe o înălțime de 100 metri de asupra nivelului mărei, e departe de țărm cam 4 kilometri; are o poziție pitorească, iar câmpul ce o înconjoară, este foarte bogat în floră. De aceea „medicii periodeți" veneau acolo în timpul verei să se aprovizioneze cu buruienile medicinale.

Flora ținutului Dobrogei de sud a fost obiectul studiilor botanicilor Români și străini. E probabil că herborizarea a fost un motiv, ce făcuse pe primul Amira să facă cunoștință cu localitatea,

înainte de a fi silit să se instaleze în Cavarna, căci, în urma unui naufragiu survenit la 1770, el se stabilește acolo.

Hagi-Dimitri Parascheva, de fel din Mesolonghi, făcea călătorii dese cu corabia lui între Dunărea și Orientul turcesc, când, într'una din ele transportând scânduri de la Galați încărcate, naufragiează în dreptul Cavarnei și este silit să remână în localitate. E posibil că acest corăbier să fi avut și cunoștinți de medicină empirică, lucru impus de nevoia de a ști a vindeca atât maladiile cât și rănirile provenite în cursul navigațiunilor, ce se prelungeau mult pe vremea navigărei cu vele.

Ast-fel se poate explica, cum căpitanul Hagi Dimitri, grație cunoștințelor lui, devine „medic" și este numit medicul orașului Cavarna. Specialitatea lui probabil că a fost chirurgia, căci i-se adaogă și titlul de „djerah" chirurg, nume ce a fost păstrat de o ramură a familiei, ce mai pe urmă se stabilise în Mangalia, unde practica medicina empirică, până la realipirea Dobrogei.

Guvernul turcesc răsplătind serviciile aduse populației din partea lui Hagi Dimitri Parascheva, i-a conferit *titlul de Amira (Emir-Agha)* și i-a permis de a exploata un talian (navod fix) la țărmul orașuș Cavarna.

De asemenea a fost scutit de impozite, atât el cât și descendenții lui, cari ar practica medicina.

Dreptul de a purta caftanul și o leafă de 10 lire (sumă foarte însemnată pe atunci) au confirmat oficiul de „medic comunal".

Lui Hagi-Dimitri Parascheva, mort în vârstă de 104 ani, a succedat fiul lui Vasile, care a murit în vârstă de 65 la 1864, iar acestui din urmă al treilea Amira fiul lui Vasile.

Lui A. *Vasiliu Amira* — așa cum se semna — viața și opera este obiectul descrierei noastre.

Amira s'a născut la 1831 la Cavarna și a murit în vârsta de 103 ani. Slova greacă rudimentară a învățat-o, ca pe vremuri acelea, pe nisip, ce ținea loc de tăbliță, având ca dascăl pe preotul bisericei, complectând cunoștințele lui în limba greacă în vârsta mai mare, când au venit la Cavarna institutori greci.

Ast-fel că știa să citească și să scrie numai grecește, celelalte limbi, ce se vorbeau în Dobrogea, numai le vorbea.

Specialitatea lui Amira era chirurgia, dar se îndeletnicia și cu medicina internă, forțat de nevoile locuitorilor, cari nu aveau să se adreseze altor medici.

Se zice că de practica lui chirurgicală foloseau și medicii de știință, cari mai în urmă se instalaseră în Cavarna.

Amira, pe care am vizitat câte-va ori în ultimii ani ai vieței sale, mi-a povestit și un caz concret al acestei colaborări cu medicii:

Un căpitan de corabie, în urma unui accident pe vas, a avut o fractură complicată a gâmbei pentru care medicul de carantină pe atunci, doctorul Cuvaras, propusese amputația. Amira și-a luat răspunderea de a vindecà aceea fractură, aplicând un bandaj ferestrat, prin care puteà să pauseze rana.

Gangrena, foarte corentă pe aceea vreme în cazurile de răniri mai complicate, era evitată — cum îmi spunea el — grație topicelor, ce le întrebuința pentru vindecarea rănilor.

Printre tratamentele întrebuinţate de el, despre cari vom relata mai departe, cel mai interesant era cel al tuberculozei chirurgicale prin regimul achlorurat.

Descoperirea medicului Westfalian Gerson la 1926, care a stârnit atâta sgomot printre cercurile medicale şi trâmbiţată cu atâta emfază, era cunoscută lui Hagi-Dimitri Parascheva şi epigonilor săi. Probabil că acest tratament a fost cu mult înainte cunoscut empiricilor din Balcani, transmis din generaţie în generaţie şi ajuns la cunoştinţa Amiralelor, cari l'au întrebuinţat cu mai mult succes.

Despre eficacitatea tratamentului achlorurat eram şi noi convinşi de mult, căci la 1886 a fost trimisă lui Amira o fetiţă din Constanţa, suferind de adenite cesvicale supurate de mai mulţi ani, cari cu toate tratamentele cunoscute şi aplicate atunci, atât de medicii noştri cât şi cei din Constantinopol, nu se vindecau. Amira în urma recomandaţiei unui prieten a primit pe acea fată la el acasă, tratându-o aproape două luni cu regimul achlorurat şi servindu-i o masă simplă, compusă de vegetale şi numai o litră de apă pe zi. Perna şi salteaua pe care se culcă bolnava, erau umplute cu alge marine. Fetiţa s-a înapoiat acasă vindecată de supuraţiile ei, rănile s-au cicatrizat, şi în restul vieţei sale n'a mai suferit de nici o complicaţie scrofuloasă.

Acest fapt medico-istoric a fost comunicat şi Congresului internaţional de istorie de medicină, ce s'a ţinut la Bucureşti la 1932.

Amira ţinuse şi observaţii asupra cazurilor lui mai însemnate, un fel de *„iatrosofie"* care s'a pierdut în timpul evacuărei Cavarnei la ultimul război.

Procedeele întrebuinţate de Amira, erau cele obicinuite la empirici. De la comparaţia acestor medicaţiuni constatăm, că indicaţiunile nu coincid cu cele uzitate de terapeutica actuală. Totuşi vindecările erau dese, poate prin sugestia, unde aceasta putea servi, sugestie produsă de faima vindecătorului.

Amira nu cunoştea numele ierburilor, ce le întrebuinţa, afară de mici excepţii şi acele redate în termeni turceşti. El ne-a încredinţat numai ierburile, ce le-a cules în intenţia noastră, în cursul lunei Maiu, când erau la înflorirea lor.

Arătăm aci numele şi indicaţiunile ierburilor ce le am putut identifică:

Hyoscyamul (narcotic, antinevralgic, antispasmodic) era administrat ca digestiv, iar extern încorporat în unt-de-lemn, ca pretutindeni în Orient, pentru vindecarea rănilor.

Hrişca, în decocţiune, intern contra hemoroizilor şi extern la spălatul rănilor şi supuraţiilor.

Siminocul, ca hemostatic. Contra hemoragiilor (externe) aplica o alifie compusă de iarbă-de-puşcă şi de sare marină încorporate în miere.

Atât sarea marină cât şi cea extrasă de mine (sare valahică atât de întrebuinţată de secole de toţii empirici ai Orientului, lucru rămas de la medici Bizantini) au o largă întrebuinţare în medicina populară balcanică.

La tratamentul rănilor mai cronice la alifia suscitată une-ori înlocuia iarba-de-puşcă prin siminoc.

Cimbru era administrat în infuzie (în soluţiuni mai diluate), în forma de spălături vaginale contra bolilor de mitră.

Semânţa hyoscyamului (sunătoare) avea indicaţiune contra metroragiilor.

Chiparosul mic (helmintocton) erà dat ca depurativ al sângelui.

Bozul (rezolutiv al abceselor, diuretic, laxativ) erà administrat contra intoxicaţiilor (alimentare).

Cătuşa (tonic, anticataral, expectorant) era un amenagog.

La tuberculoza pulmonară (nu prea înaintată) ordonà tratamentul notat mai sus de regim achlorurat, adăogând şi o cantitate mică de lapte şi câte-va ouă moi, uleiu de susam şi halvà de susam. Impreună cu regimul aplicà şi condiţii de higienă, dintre cari cea mai de seamă culcarea pe sălteà de alge marine.

La boli de inimă da ierburi speciale (diuretice?).

Printre celelalte procedee terapeutice ne a descris cum tratà luxaţiile genunchiului şi gleznei, aşezând pe accidentatul pe un cal fără şea şi legând picioarele sub abdomenul animalului nemâncat. După ce dedeà calului să mănânce, îl puneà să bea apă din abondenţă, ast-fel că abdomenul calului unflându-se, şi luxaţia se reduceà.

Este curios şi în acelaşi timp şi instructiv, cum a căpătat abilitatea de a potrivi fragmentele oaselor la fracturile cominutive. Tatăl lui spărgeà o oală pusă într'un sac, ce-i da pe urmă să o ajusteze, fără a o scoate din pânză. Credem că nici bucăţile sparte nu prea erau multe că se pot fi ajustate şi reţinute pe loc fără o lipire prealabilă.

Rănile infectate, cu tendinţa la gangrenare, le tratà cu aplicări de alifie făcută cu grăsime de iepure, în care amestecà carne de lup carbonizată şi pulverizată.

CC-0. Iași / Central University Library Collection

Nici o dată nu deschideà un abces dacă nu era bine copt (teoria modernă a intervenţiilor la abcese). După deschiderea, abceselor erau tratate prin drenarea, prin mijlocul scamei unse cu alifii

Bandajele pentru fracturi erau făcute de silicat de potasă amestecat cu albuş de ou, în cari se îmbibau benzile de americă.

Ascita o trata prin abundente infuzii de orz. Probabil că şi regimul achlorurat, care erà o panaceee pentru bolile interne, contribuia mult la rezorpţia exsudatelor.

La degerături aplicà cataplasme în cari erau amestecate excremente de găină uscate şi pulverizate, şi fasole fierte.

Contra viermilor ale plăgilor infestate precum şi al vaginului, dădeà spălături de funingine dizolvată în apă, iar drept tampon vaginal, ori ca piesă de pansament pe plagă, o bucată de ştofă neagră, că să se discerne prezenţa viermilor.

Pentru dilatarea plăgilor fistuloase, introduceà bucăţi de burete bine modulate, cari prin proprietatea lor de a se unflà, lărgeau şi drenau acele plăgi, făcând şi spălarea lor mai uşoară. Aceste spălături şi făceau prin mijlocul seringelor în uzul vremei cu influzii de ierburi speciale, la fie-care formă de rană.

Amira erà un Specialist al circonciziei, ast-fel că toţii muzulmani din provincia, excluziv, se serveau de abilitatea lui.

Afară de aceste medicaţiuni, ce le-am putut culege din gura lui, căci a conservat până la ultimele lui zile memoria, întrebuinţa o sumedenie de vegetale şi de substanţe animale, ce sunt în uzul empiricilor, fără să consulte vro carte medicală.

Toate cunoştinţele lui, ori proveneau de la bunicul şi tatăl lui, ori le-a căpătat el prin experienţa proprie, în urma observaţiilor făcute asupra bolnavilor, căci i plăcea să se experimenteze.

Amira singur prepara medicamentele lui, cari în cele mai multe cazuri erau simple. Combinaţii medicinale, aşa cum le găsim la formulele Bizantinilor ori Arabilor, i-erau necunoscute.

Avea cunoştinţe rudimentare de diagnoza aparatelor respiratoriu, circulator şi gastro-intestinal, având numai noţiuni de percuţie şi ascultaţie, probabil căpătate în urma relaţiilor lui cu medicii, cari în urmă au venit la Cavarna. Sp. ex. nu ştia să facă diagnosticul diferenţial între pneumonie şi pleurită, între enterită şi dizenterie, ce le confundea.

Abilitatea de a vindeca bolile de piele, pentru care avea un renume ca specialist în materie, este uşor de explicat, aceste afecţiuni fiind mai uşor de observat, de constatat şi de tratat prin materii vegetale, chimiotherapia fiindu-i inaccesibilă.

Consultaţiile erau date în casa lui foarte spaţioasă, foarte confortabilă şi situată în cea mai pitorească poziţie a Cavarnei.

Bolnavi internaţi, numai bunicul lui primea.

Amira în cei 50 ani din urmă nu da decât consultaţiuni gratuite, procurând şi medicamentele într'un mod gratuit suferinzilor nevoiaşi. Şi e de notat că de la 1877 n'a mai fost funcţionar al Statului, când Cavarna şi Dobrogea de Sud s'au desprins de la suverinitatea turcească. Adică trei sferturi din practica lui a servit populaţiunea într'un mod dezinteresat.

Urmaşii lui Amira fii şi nepoţi sunt şi ei deţinători cunoştinţelor lui, fără, bineînţeles, a practica. Prin urmare cinci generaţii de la fundatorul familiei Amiralelor au cunoscut arta empirică asclepiană.

Amira ducea o viaţă foarte cumpătată, se servea de o masă frugală, mâncând carne rar, nefăcând uz de băuturi alcoolice, atât de întrebuinţate în acele locuri, iar de la vârsta de 40 şi încoace luând numai o masă la 24 ore. Ducea o higienă riguroasă şi până la 90 de ani, lua duşul lui matinal cu apă rece.

Prin descripţia vieţei şi medicinei lui Amira, se dă pentru prima oară la iveală medicina empirică dobrogeană, a cărei activitate nu se mărgineşte numai la el. Este adevărat că Amira a fost cel mai reprezentativ personaj al acestei medicine, dar poporul dobrogean are în activul lui şi alte resurse empirice — dintre cari unele de un adevărat folos medical — asupra căror vom reveni cu un alt studiu şi mai documentat.

H. SARAFIDI: *La médecine empirique de Dobroudgéa.-L'empirique Amira.*

IV.

Congrese.

VI-e Congrès Français de Gynecologie

(Toulouse 15-18 Mai 1937)

DISCOURS PRONONCÉ A L'OUVERTURE

par le Professeur C. DANIEL (de Bucarest)

Président d'Honneur

Monsieur le Prefet,
Monsieur le Doyen,
Monsieur le Président du Congrès,
Monsieur le Président de la Soc. Française de Gynecologie,
Mesdames, Messieurs, Mes chers collègues,

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

En me désignant comme Président d'Honneur du VIe Congrès Français de Gynécologie — dignité où je succède à d'illustres représentants des pays latins: Recassens (de Madrid), Keiffer (de Bruxelles), Koenig (de Genève), Alfieri (de Milan) — le Conseil de Direction a rendu implicitement hommage à mon pays, lié à la France par des affinités de race et une amitié traditionnelle.

Votre geste de haute courtoisie s'adresse également à la jeune Ecole Gynécologique de Roumanie — (de formation toute française, que j'ai fondée voici une vingtaine d'années —) ainsi qu'à la Société de Gynécologie de Bucarest, qui compte parmi ses membres étrangers plusieurs Maîtres des pays latins, et dont le Bulletin en langue française contribue à resserrer les relations scientifiques entre Français et Roumains.

Je vous apporte le salut cordial et fraternel de mon pays et je tiens à vous dire à quel point mes compatriotes se sentent touchés de l'insigne honneur que vous leur faites en portant votre choix sur l'un d'eux.

J'apprécie hautement le privilège qui me permet de saluer, au nom de tous mes collègues, celui qui dirigera les travaux du Congrès, notre Président, M. le Professeur Meriel (l'éminent savant et clinicien), ainsi que les personalités si grandement repré-

sentatives..... qui ont bien voulu prêter l'appui de leur autorité à l'organisation de ce Congrès, et je tiens à leur exprimer nos vifs remerciements pour avoir bien voulu rehausser de leur présence la solennité de notre séance d'ouverture.

Il me reste un autre devoir, celui d'évoquer la noble figure de mon illustre et inoubliable Maître Samuel Pozzi, fondateur de l'Ecole Gynécologique Française. Titulaire (en 1900, de la chaire, nouvellement créée, de clinique gynécologique à la Faculté de Paris, il devait l'occuper jusqu'à sa fin tragique en 1917, après avoir exercé une influence considerable sur l'évolution de la gynécologie française à la fin du XIXe siècle.

Grâce à l'apport scientifique de Jaile à l'oeuvre de Pozzi, grâce aux efforts et aux enthousiasmes communs pour une activité nouvelle, l'Ecole de Broca, parée d'un prestige incomparable, était devenue un lieu de pélerinage pour les gynécologues de tous les coins du monde. Ceux qui furent les élèves directs de Pozzi n'oublieront jamais sa puissante personnalité, ses qualités de coeur, son goût pour le beau, les voyages. Participant aux principaux Congrès Internationaux, il en rapportait chaque fois des idées nouvelles pour le bien de la Science et de ses malades. N'est-ce pas dans son service qu'en 1899 Curie fit la première application de radium dans un cancer inopérable de l'utérus?

C'est dans l'admirable clinique de l'Hôpital Broca — où j'étaits interne vers 1902 — que j'eus la bonne fortune de connaître M. Félix Jayle, chef de clinique. Je lui suis redevable de la de la présidence d'honneur de ce Congrès. Qu'il veuille bien me permettre de lui exprimer ici le sentiment de ma vive gratitude.

Je saisis également cette ocasion pour rendre hommage au zèle de notre infatigable Secrétaire Général, Maurice Fabre, dont tout le monde a pu apprécier l'activité déployée en vue de l'organisation de ce Congrès.

* * *

L'oeuvre scientifique qui s'accomplissait à Broca eut une influence décisive sur mon orientation vers la gynécologie, et je cultivai dans mon âme l'espoir qu'une fois rentré en Roumanie, j'y fonderais une Ecole sur le modèle de celle de Paris. L'enseignement que j'organisai dans cette nouvelle Chaire de Bucarest, qui me fut attribuée en 1920, n'est que la continuation des principes qui m'ont été transmis par mes Maîtres Pozzi et Jean-Louis Faure. Que le Professeur Faure, dont je fus l'interne en 1903, me permette de lui adresser ici mon hommage respectueux.

* * *

Sans doute vous intéressera-t-il, à cette occasion, de savoir que la Roumanie a peut-être été un des premiers pays au monde à posséder, il y a juste quarante ans de cela, une chaire indépendante de clinique gynécologique, complétée par un Institut de gynécologie

séparé, pour les recherches et les travaux pratiques. Son premier titulaire, Georges Assaky — ancien interne des Hôpitaux et aide d'anatomie de la Faculté de Paris, puis agrégé de chirurgie à la Faculté de Lille — occupa cette chaire en 1897 el l'organisa à la française. Activité, hélas, de courte durée, car après sa mort survenue au bout de quatre ans, la chaire fut supprimée pour n'être rétablie que vingt-quatre ans plus tard. L'honneur m'échut d'en être le second titulaire.

Mesdames, Messieurs,

Sans vouloir discuter de nouveau sur la place que la gynécologie doit occuper dans le cadre des sciences médicales, et sans nous attarder à réfuter les arguments de ceux qui n'admettent pas — sous le rapport des problèmes physiologiques — que la gynécologie soit étudiée en dehors des accouchements et à part, nous nous bornerons à dire qu'une fois rentrée dans l'ère biologique, la gynécologie ne peut plus, dans l'état actuel de son évolution et avec l'élan d'indépendance qu'elle a pris — revenir sur ses pas pour fusionner avec l'obstétrique ou la chirurgie.

La séparation des deux chaires, pratiquée à Paris, à Lyon, à Bordeaux, à Montpellier, à Bucarest, est admise également en Amérique latine, où le profeseur Arnaldo de Moraes a occupé la chaire de Clinique gynécologique créée à Rio de Janeiro en septembre dernier. Des Revues françaises, italiennes, allemandes, américaines, ainsi que des Sociétés indépendantes — celle de Bucarest étant la plus ancienne à notre connaissance — accentuent davantage les tendances de ce séparatisme.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

* * *

La gynécologie ne peut accomplir l'immense tâche scientifique et sociale qui lui est dévolue, que si elle jouit d'une indépendance totale. La nouvelle orientation vers la physiologie et l'expérimentation permettra de mieux approfondir les sujets imprécis, d'aborder les questions complexes, de résoudre plus souvent des problèmes que l'on n'aurait pas osé envisager autrefois.

Grâcé à l'activité scientifique du XXe siècle, — qui a permis d'isoler (parmi les principes dynamiques assurant l'équilibre constant de la composition des humeurs) les hormones sécrétées par les glandes endocrines — la physiologie gynécologique a réalisé un grand pas en avant..

Toute une pathologie fonctionelle et morphologique, due aux glandes internes dans leurs rapports avec l'ovaire — et qui forme l'important chapitre des interactions génito-endocriniennes a pu être mise au point.

Enrichie de la chirurgie des greffes ovariennes, magistralement exposée dans le rapport des professeurs P. Mocquot et G. Cotte au 45e Congrès français de Chirurgie de 1936, et que mon maître Tuffier fut l'un des premiers à introduire, la thérapeu-

tique gynécologique evolue pleine d'espoir vers des horizons nouveaux, pour maintenir les fonctions de l'appareil génital.

* * *

Les nombreux phénomènes d'ordre physiologique ou pathologique qui sollicitent l'attention du gynécoloque moderne, désireux de pénétrer les réactions de l'organisme féminin, l'obligent à sortir de son isolement et lui imposent également un changement radical dans sa manière de penser.

Pour établir les rapports de l'appareil génital avec l'organisme, pour démêler les processus morbides et appliquer d'une manière plus scientifique ses méthodes de traitement des troubles et lésions, il doit se familiariser avec les normes qui président aux recherches scientifiques et faire appel à toutes les sciences dont il peut tirer parti.

Au point de vue thérapeutique et sans vouloir prétendre „médicaliser" complètement sa pratique, le gynécologue se rappellera constamment que s'il s'est détaché de la chirurgie, c'est afin de mieux approfondir sa spécialisation; il doit rester chirurgien dans l'âme et suivre de près tous les problèmes généraux de la pathologie et la thérapeutique générale, l'anesthésie, l'asepsie, la préparation des opérés, la prophylaxie et la lutte à engager contre les accidents consécutifs à la maladie opératoire.

Un important chapitre — que j'ai étudié dans mon service — concerne la conduite à tenir dans les maladies gynécologiques évoluant au cours de différentes affections médicales et chirurgicales.

En abordant les problèmes aussi variés, les préoccupations du gynécoloque ne seront pas exclusivement opératoires, et son ambition — comme le souhaitait il y a plus de 30 ans mon regretté Maître L. G. Richelot — doit viser plus haut qu'aux procédés opératoires.

* * *

En résumé, nous pensons qu'à l'avenir, la gynécologie — tout en restant une et indivisibile — étendra de plus en plus son territoire scientifique et que les subdivisions de cette spécialité ne se développeront qu'au point de vue thérapeutique. Elle deviendra une vaste science, à tendance biologique, et comportera plusieurs ramifications — médicales, chirurgicales, endocrinologiques, — où la physiologie occupera une large place.

Et, tandis que le traitement biologique et la physiothérapie auront transformé une grande partie de la thérapeutique gynécologique — réduite à la vaccination pour les inflammations, aux méthodes radioactives pour les fibromes et les cancers, à la haute fréquence pour les troubles fonctionnels, — le traitement opératoire se développera davantage pour la chirurgie constructive de la statique pelvienne, des malformations congénitales et des anomalies mamma-

ires, pour les greffes, pour le traitement opératoire de la douleur et des différentes maladies fonctionnelles.

* * *

Les nouvelles lois pour la protection des collectivités, lois issues des transformations qui se produisent dans la société contemporaine, ont eu, dans presque tous les pays du monde, leur répercussion sur la profession médicale.

Notre spécialité trouvera un nouveau terrain d'activité dans le domaine de la gynécologie sociale, dont un important chapitre sur le problème de la *stérilité* a été débattu avec autorité devant notre Ve Congrès de 1935. Tout aussi importantes sont les conséquences des *Traitements anticonceptionnels*, les dangers de *l'avortement provoqué*, contre lequel mon grand Maître Adolphe Pinard s'élevait avec une légitime violence, et dont Mondor a montré la gravité dans son admirable ouvrage sur les *„Avortements mortels"*. Il en est de même du *problème social de la gonococcie* et des *annexites* et aussi de la *Biotypologie*, qui poursuit la restitution normale des équilibres morphologiques et psychologiques, si bien édifiée par N. Pende et Maranon.

La lutte contre le cancer de l'utérus, le cancer viscéral le plus frquent et le plus curable, a été abandonnée aux gynécologiques dans beaucoup de pays. C'est en effet „le plus gynécologique" de tous les cancers, que nos travaux ont apporté la contribution la plus féconde à son étude, et aussi parce qu'il a le plus bénéficié des progrès de la chirurgie gynécoloque et de l'actinothérapie appliquées le plus souvent par des gynécoloques.

Digitized by Wellcome Library, London

La lutte scientifique et sociale menée contre le cancer ne vise pas seulement le cancer du col utérin. De nombreuses recherches d'ordre expérimental et anatomo-pathologique, fruits de nos travaux de laboratoire, mettent en évidence l'importante contribution de la gynécologie expérimentale au problème du cancer et des tumeurs en général.

En ce qui concerne les rapports entre l'ovaire et le cancer, nous rappellerons, entre autres, la constatation de la présence, dans le sang des animaux avec carcinome ou sarcome obtenus par greffe, quantité supérieure de folliculine, pouvant atteindre ou dépasser 1000 unités.

L'influence des actions hormonales sur les glandes du col utérin, — et particulièrement les productions épithéliomateuses provoquées par les injections répétées de folliculine physiologique sur les cols des rates châtrées, — a été signalée par plusieurs expérimentateurs français.

Les recherches de Loeb, de Murphy et Sturm, ont montré la régression des cancers greffés chez les animaux châtrés, avant la puberté.

Nous mettrons encore en regard de ces travaux modernes les tentatives plus anciennes des chirurgiens qui ont pratiqué la castration dans le cancer du sein.

Ces constatations ent été confirmées également par l'apparition du cancer des mamelles, que Lacassagne a provoqué par l'injection de folliculine chez les jeunes souris mâles; l'action cancérigène des hormones sexuelles semblent due à leur parenté avec les hydrocarbures cancérigènes du goudron.

Mes recherches, entreprises de concert avec le Dr. A. Babeş sur l'état des ovaires de la femme dans le cancer du col de l'utérus, indiquent que: dans 80% des cas, les ovaires présentent les caractères des organes en plein foctionnement, avec multiplication des follicules visibles à l'oeil nu.

Tout aussi intéressantes sont nos acquisitions sur les relations entre l'hypophyse et le cancer. Par l'injection ou la transplantation du lobe antérieur hypophysaire, Hoffbauer a obtenu la prolifération et la transformation en cellules cubiques de l'épithélium du col utérin chez les cobayes.

Ascheim et Zondek ont observé l'accumulation d'une grande quantité de Prolan A chez les cancéreuses — qu'il considère comme un phénomène spécial de protection de l'organisme.

D'autres chercheurs ont prouvé que l'injection d'urine des cancéréuses aux souris impubères détermine des modifications des ovaires (la maturation des follicules et parfois une réaction lutéinique).

Expérimentant sur le cancer transplanté chez le rat, Y. Nitta (de Kioto, Japon) — a constaté que le Prolan A retarde le développement de la tumeur, tandis que l'hormone du corps jaune accélère son évolution.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Enfin, l'étude des tumeurs extirpées a permis aux anatomopathologistes d'isoler différentes formes de tumeurs rares en gynécologie, à savoir: cancers multiples et carcinosarcomes de l'utérus, sur lesquels nous avons insisté; folliculomes (c'est-à-dire tumeurs thécales et tumeurs à cellules de la granuleuse, granullsazelltumoren, des Allemands); ensuite cophoromes type Brenner, séminomes des ovaires, endométriomes ovariens et périgénitaux, tumeurs de Krückenberg, sans oublier les tumeurs hyperhéphroides cervico-utérines et les goîtres ovariens (que j'ai spécialement étudiés avec mes collaboratreurs), toutes ces tumeurs constituent autant de néoformations — de malignité différente et de sensibilité variable aux irradiations.

Les recherches expérimentales si fécondes des dernières années sur la pathogénie des tumeurs nous permettront peut-être un jour d'avoir l'explication de cette multiple variation que le microscope nous révèle des aspects des malignisation cellulaires chez la femme.

Je suis certain que les discussions que provoqueront les remarquables exposés de M. le Professeur DucuinG et de nos éminents rapporteurs marqueront une étape importante dans l'avancement de nos connaissances sur la pathologie du cancer du col de l'utérus et sur la façon la plus efficace de combattre cette affection.

En nous rassamblant en Sociétés d'études, travaillons pour supprimer ce terrible fléau qui menace la vie de la femme, soulageons les misères physique qu'il détermine et, par l'accomplissement de notre noble et haute mission, tâchons de mériter la reconnaissance universelle.

* * *

DISCOURS PRONONCÉ PAR LE PROFESSEUR C. DANIEL AU BANQUET DU DIMANCHE, 16 MAI.

Monsieur le Président du sixième Congrès Français de Gynécologie,

Monsieur le Président-Fondateur de la Soc. Française de Gynécologie,

Mesdames, Messieurs,

C'est pour moi un grand honneur et une joie bien vive, de présider ce soir une assemblé aussi brillante, où se trouvent réunis tant d'éminentes personnalités, et de vous apporter à tous, dans cette ville de Toulouse, centre de rayonnement de la science et de l'esprit français, le salut de la Roumanie.

Qu'il me soit permis d'exprimer aussi au Comité d'organisation ma plus sincère gratitude, pour l'éclat qu'il a su donner à ce sixième Congrès, consacré au problème du cancer génital de la femme, sujet exposé et débattu avec autorité dans les très remarquables rapports que nous avons entendus.

Digitized by Harvard University, Library of Congress

La délégation roumaine, ici présente, et moi-même, nous emporterons un inoubliable souvenir de l'accueil si cordial que vous avez bien voulu nous réserver, au cours de notre bref séjour dans cette ville, dont nous apprécions tous l'histoire, plusieurs fois séculaire, le prestige intellectuel et les vieilles traditions d'hospitalité.

Nous nous souvenons que, patrie du baron Larey et d'autres précurseurs illustres, Toulouse a fourni em médecine, avec sa vénérable Université, des hommes considérables: un très grand naturaliste, le professeur Roule du Muséum; l'anatomiste Charpy, collaborateur de Poirier, dont les travaux ont fait connaître le nom au monde entier, enfin cet orateur incomparable, aussi magistral dans son enseignement que dans sa pratique, et qui porta la leçon clinique à son expression la plus parfaite, le professeur Dieulafoy, dont le Manuel de Pathologie, universellement répandu, fit, vers la fin du 19-ème siècle, l'éducation médicale de plusieurs générations.

A mon hommage à ces grands disparus, je veux associer le nom des maîtres actuels de la Faculté, qui ont illustré avec tant d'éclat l'art et l'enseignement médical français, parmi lesquels les savants chirurgiens, professeurs *Meriel, Ducuing, Dieulafé,* et *Dambrin* et *Caubet,* mes chers amis, anciens collègues d'internat à Paris.

Je dois rappeler également le nom de *R. Jeannel,* cet autre collègue d'internat de Paris, professeur au Muséum, fils de votre célèbre chirurgien et qui, professeur de biologie pendant une dizaine d'années, à la jeune Faculté des Sciences de Cluj, a servi de trait d'union entre Toulouse et la science roumaine.

Je ne saurais oublier, d'autre part, de rendre hommage à un autre de vos fils, à mon cher ami *Dartigues,* grand animateur du monde latin, président-fondateur d'*Umfia* et qui, de son pays natal semé de chères reliques romaines, a reçu en héritage, avec la maîtrise de la parole, celle de l'action positive.

Répondant aux tendances qui se dessinent aujourd'hui d'unir dans tous les pays les peuples de même race, ce congrès ne se présente pas seulement à nos yeux comme une réunion scientifique, mais comme l'expression de ce sentiment qu'il faut établir des liens plus étroits entre les pays de culture latine, animés d'un même idéal de progrès et d'un même amour passionné pour la paix.

Une fois de plus, ce bref contact intellectuel, confirmant pour nous le génie de votre race, nous aura permis de mesurer le brillant essor de la France, dans sa mission de haute culture.

Mesdames et Messieurs, les relations de la Roumanie et de Toulouse ne datent pas d'aujourd'hui.

Leur premier contact remonte au milieu du siècle dernier, époque où les liens entre la culture roumaine naissante et les lettres étrangères d'occident ont été plus resserrés que jamais.

Digitized by Muzeul Literaturii Romane, Bucharest

Les représentants les plus distingués de notre littérature d'il y a un siècle, dans leur désir d'émancipation politique et spirituelle, rencontrèrent dans votre mouvement romantique ce goût d'exotisme, cette prédilection pour la lumière, le soleil, le pittoresque des pays éloignés: orient musulman ou hellénique, Italie, Espagne, Afrique, et surtout pour votre belle Provence, éternelle attraction de l'étranger.

En 1853, *notre poète national, Vasile Alexandri,* ancien étudiant en médecine de la Faculté de Paris, parcourut le midi de la France, pays des troubadours, tout embelli de ruines romaines, et dans son oeuvre „Voyage en Afrique", il nous a laissé une description de l'époque, où s'évoque la fécondité de vos domaines agricoles, rappelant l'opulence de nos terres roumaines, la ville de Toulouse, sa place du Capitole, l'animation de son marché, le spectacle de son réveil matinal, le passage des troupes au milieu des tambours, et la belle promenade qui conduit à la statue de Paul Riquet, dont on dressait alors le socle.

Quinze ans plus tard, après l'union, en 1859, de nos Principautés, sous le règne d'Alexandre Couza, nous retrouvons Alexandri ministre à Paris, où l'empereur Napoleon III, protecteur des Roumains, le reçoit aux Tuilleries, avec une faveur très marquée, l'assurant de tout l'appui de la France pour la cause de la nation roumaine émancipée de la domination ottomane.

Le texte le plus ancien, en langue provençale, témoin de nos relations spirituelles avec Toulouse, date de 1877. Il est dû à un

écrivain nommé Charles Folie-Desjardins. Vous trouverez ce texte, nuancé d'une certaine couleur orientale, dans un ouvrage intitulé: „Lys et Pervenches": *„A nostris fraires de Balakio"*.

Plus tard, entre 1877 et 1881, paraissent successivement différentes traductions des poésies et chants populaires de la Roumanie: *Hora Unirii* (Choeur de l'Union) par Paul Barbe; une *Doina* d'Alexandri *(Bloundineto ou la Pourtairo d'Aiguo de Veniso)* traduite par Gabriel d'Azais, des versions du Chant de la „Race Latine", en vers languedociens, par A. Langlade, toute cette inspiration mettant en lumière les points communs de la pensée méridionale et de notre pensée roumaine.

Enfin, en 1878, au mois de mai, à la suite d'un concours ouvert par les félibres de Provence, du Languedoc et du Dauphiné, qui avaient institué un prix pour le meilleur hymne à la „Gent Latine", la Provence, à l'occasion des Fêtes florales de Montpellier, rendit à mon pays un éclatant hommage, en proclamant élu notre grand poète, pour son *„Chant Latin"*, dont il résumait en huit strophes toute l'histoire.

La Race latine est la reine
Des nations de l'univers.
Son étoile, fixe et sereine,
Scintille au fond des cieux ouverts.

Vers d'immortelles destinées
Elle marche d'un pas certain
Versant aux races inclinées
Tous les rayons de son matin.

La gent latine est une vierge
Au charme doux et ravissant;
L'étranger vers elle converge
Et l'adore en la bénissant.

Belle, vive, joyeuse et fière,
Sous le ciel bleu, dans la lumière,
Et se baigne en des flots d'azur.

La terre à la Race latine
A tout donné: or, blé, rayons;
Et largement, sa main divine
Les répartit aux nations.

Mais terrible dans sa colère,
Rien n'arrête son bras vengeur,
Lorsque la tyrannie altière
La menace dans son honneur.

Lorsque viendra l'heure suprême
Et que Dieu lui demandera:
„Je t'ai donné le diadème,
Qu'as-tu fait?" Elle répondra,

Ayant à droite la Victoire,
A sa gauche la Vérité:
„Sur la terre, pour toute gloire,
Mon Dieu, je t'ai représenté"

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Quelques années plus tard, le, poète roumain, invité en mai 1882 à Montpellier, y fut fêté par les chefs félibres. Et, de là partant pour Maillane, il alla rendre visite a Frédéric Mistral, avec lequel il se lia d'une amitié resté célèbre.

Les fêtes de 1878 ont consacré en Provence le nom d'Alexandri. Elles y ont développé en même temps d'ardents sentiments de fraternité littéraire à l'égard de la Roumanie et des populations valaques de l'Orient austro-hongrois, turc et moscovite.

Dans l'album macédo-roumain, édité à Bucarest en 1880, à l'occasion des fêtes latines, nous trouvons seize morceaux en provençal, accompagnés d'une version en prose française, dédiés à la

Roumanie, et signés de: Arnavielle, Aubanel, Barbe, Bonaparte-Wyse, Bourrely, Espagne, Gleizes, Laforgue, Langlade, Mistral, Roque-Ferrier, Roumieux, Roux, le frère Savinien, Tavan.

Le 18 mars 1880, Mistral adressait à la nation roumaine, délivrée de ses chaînes et rendue à ses traditions, un sonnet fraternel, paru dans *Lis Isclor d'Or*[1]). Voici dans sa traduction française les vers dédiés en provençal, par l'auteur de Mireille, à la Roumanie:

Quand le massacre a pris fin, que le loup et la
buse ont rongé les os, le soleil flamboyant
dissipe joyeusement les vapeurs délétères
et le champ de bataille redevient bientôt vert,

Après le long piétinement des Turcs et des Russes,
On t'a vue ainsi renaître, ô, nation de Trajan,
Comme l'astre qui sort radieux de la noire éclipse
Avec la jeune sève des filles de quinze ans

Et les races latines,
A ta langue argentine

Ont reconnu l'honneur qu'il y a dans ton sang;
Et, t'appelant „ma soeur",
La Provence Romane
T'envoie, ê Roumanie, un rameau d'olivier.

Les voeux des poètes provençaux, dédiés il y a soixante ans aux Roumains dispersés dans l'Orient, loin de la forêt natale, se trouvent aujourd'hui réalisés, et, grâce au concours de la France victorieuse, ils sont groupés maintenant autour de la Grande-Roumanie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dans le vif sentiment d'espoir de voir s'accomplir un jour l'Union Latine, permettez-mois de vous apporter le cordial salut et l'admiration fraternelle de mes compatriotes. La distance et les circonstances les ont empêchés de prendre part à votre Congrès, mais je sais que je suis l'interprète de leurs sentiments en vous transmettant leurs voeux ardents pour une riche moisson scientifique.

Soyez bien persuadés que si je ne puis exprimer mes souhaits avec cette chaude éloquence coutumière à cette région de la France — dont l'idiome ressemble tant à ma langue maternelle — je ressens profondément, ce soir, le plaisir de me faire entendre dans votre belle langue, qui, dès le début de notre renaissance, fut l'instrument le plus parfait pour révéler à l'étranger notre âme et notre pensée.

Je fais des voeux pour la prospérité de la gynécologie.

Et, en levant mon verre, avec un déférant respect, à la santé de M. le Président de la République, je vous demande, Mesdames et Messieurs, de boire en même temps à l'amitié de nos deux pays, à la grandeur et à la gloire de la France immortelle.

---

1) Cité par Marcel Provence: Mistral et l'Europe (Revue critique, T. 25 No. 144, 10 Avril, 1914, Paris).

Al IX-lea Congres Internaţional de Medicină şi Farmacie Militară

Bucureşti, 2–8 Iunie 1937

Al IX-lea Congres internaţional de medicină şi farmacie militară s'a ţinut în Bucureşti, dela 2 la 8 Iunie 1937.

Delegaţii a 30 de state au fost trimise de guvernele lor, ca să asiste la acest congres, şi anume: Anglia, Belgia, Bulgaria, Ceho-Slovacia, China, Comitetul Internaţional de Cruce Roşie, Cuba, Elveţia, Estonia, Filipine, Finlanda, Franţa, Germania, Indiile Olandeze, Iran, Italia, Jugoslavia, Japonia, Letonia, Lituania, Norvegia, Olanda, Ordinul Suveran şi Militar al Maltei, Polonia, Portugalia, Statele Unite, Suedia, Turcia, U. R. S. S., Uruguay

Cea mai mare parte din delegaţiunile străine au sosit în Bucureşti din ziua de 2 Iunie.

Delegaţii au fost întâmpinaţi la staţiunile de frontieră de ofiţeri sanitari români; primiri deosebit de călduroase au avut loc la Timişoara şi Turnu Severin, unde autorităţile şi publicul local au ţinut să se asocieze medicilor şi farmaciştilor militari prezenţi.

In gara de Nord, pavoazată prin îngrijirea Direcţiunei Generale a C. F. R. a funcţionat un birou de primire permanent. Deasemeni delegaţiunile străine au avut ataşate câte un ofiţer sanitar român, însărcinat să le uşureze contactul cu publicul şi viaţa Capitalei.

In după amiaza zilei de 2 Iunie, a avut loc la Cercul Militar o reuniune de cunoaştere a delegaţiunilor şi comitetului român, prezidată de domnul Medic Inspector General al Serviciului Sanitar al Armatei D-r C. Iliescu.

In aceaşi zi la orele 17 s'a reunit Comitetul permanent în sala No. 1 a Cercului Militar în vederea compunerii şedinţelor următoare, după care s'a început distribuirea documentelor domnilor congresişti, de către secretariatul general.

La ora 21 a avut loc la Splendid-Parc un dineu oferit de către Comitetul organizator membrilor Comitetului Permanent.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ziua I. — Joi 3 Iunie.

La ora 10.45 are loc şedinţa de deschidere în sala Ateneului Român, în prezenţa D-lui General de Corp de Armată Adjutant Paul Angelescu, Ministru al Apărării Naţionale; d-lui D-r. I. Constantinescu, Ministru Sănătăţii publice; D-r Vaida Voevod, fost preşedinte de Consiliu, a reprezentanţilor Corpului Dipolmatic şi a unui mare număr de personalităţi marcate tanţilor Corpului Diplomatic şi a unui mare număr de personalităţi marcante ale Societăţii româneşti, atât militare cât şi civile.

Un foarte numeros public a luat parte la această şedinţă al cărui aspect se poate cu drept califica grandios.

Şedinţa se deschide prin cuvântarea d-lui Ministru al Apărării Naţionale, care urează bună venire congresiştilor şi salutând personalităţile medicale străine adunate în vederea ameliorării metodelor destinate să uşurezé suferinţele luptătorilor.

Urmează d-l Medic Inspector General al Serviciului Sanitar al Armatei D-r. **C. Iliescu,** Preşedintele Congresului, care în vibrante cuvinte arată expresiunea sentimentelor de respect ale Congresului faţă de M. S. Regele Carol II, şi evocă activitatea Augustei Defuncte Regina Elisabeta şi a M. S. Regina Mamă Maria, neobosite alinătoare a suferinţelor ostaşilor români pe câmupl de război.

D-Sa enumără multiplele şi marile calităţi ce se cer medicului militar, precum şi realizările medicinei militare atât din punct de vedere ştiinţific propriu zis, cât şi din punct de vedere profesional, reamintind câteva din marile figuri de medici militari, glorii ale istoriei medicale universale.

Expune apoi interesul congreselor internaţionale medico-militare, subliniind importanţa lor şi aceea a Oficiului de documentare medico-militară, graţie cărora s'au studiat şi se vor studia o mulţime de chestiuni tinzând la diminuarea suferinţelor create de starea de război.

Medicul Colonel **Voncken,** Secretar general al Comitetului Permanent, mulţumeşte pentru ospitalitatea pe care România şi autorităţile ei conducătoare o acordă celui de al IX-lea Congres, precum şi pentru primirea călduroasă manifestată de către camarazii români. D-Sa face un scurt istoric al diverselor congrese urmate până în prezent şi subliniază importanţa ideilor cari au izvorât din ele, una dintre cele mai folositoare fiind aceea a oraşelor sanitare şi închee urând ţării noastre să ajungă la precizarea acelei mişcări umanitare, care să salveze civilizaţia împotriva barbariei războiului total.

D-l D-r. I. **Costinescu,** Ministru al Sănătăţii şi Preşedinte al Societăţii române de Cruce-roşie, asigură de înaltul interes ce poartă lucrărilor congresului,, arătând conlucrarea continuă ce a existat şi există în ţara noastră între Serviciile sanitare civil şi militar, şi realele foloase sociale decurgând din această conlucrare.

In numele delegaţiunilor străine vorbeşte D-l Medic Inspector General **Rouvillois,** Inspector technic al Serviciului Sanitar al Armatei Franceze, care adresează sentimente de respect MM. LL. Regele Carol II-lea, Voévodului Mihai de Alba Iulia şi Majestăţei Sale Regina Maria, precum şi urări călduroase glorioasei armate române şi corpului său sanitar militar.

Şedinţa inaugurală luând sfârşit la orele 12.30, delegaţiunile străine au mers în corpore la mormântul soldatului necunoscut unde au depus o coroană.

După amiază au început lucrările propriu zise ale congresului pe secţiuni, în localul Cercului Militar, după cum urmează:

Sala Mare: Chestiunea a 3-a: ORGANIZAŢIUNEA ŞI FUNCŢIONAREA SERVICIULUI CHIRURGICAL LA TRUPELE MOTORIZATE. Prezidează d-l Locotinent General Medic Prof. Loreto Mazzetti, director general al Serviciului Sanitar Italian, dând cuvântul D-lor Medic Colonel C. Manganaro (Italia) şi Medic Inspector General C. Iliescu (România), care citesc rapoartele respective asupra chestiunii.

La discuţiunea acestor ia cuvântul D-l Medic General Prof. F. Caccia

In urmă se dă cuvântul pentru comunicări D-lor: 1) Medic General C. Pârvulescu (România) şi Medic Căpitan Vascoboinic: Tratamentul chirurgical la trupele motorizate.

2. Medic Colonel Pawlovski (Polonia): acelaş subiect.

3. Medic Colonel de rezervă I. Jianu (România): Transportul răniţilor.

Preşedinţia şedinţei trecând asupra D-lui Generaloberstabsarzt Prof. D-r. Waldmann, (Germania), D-sa dă cuvântul D-lor:

4. Medic Maior G. Ginestet (Franţa): Osteosinteza prin fixator extern pentru fracturi de război ale maxilarului inferior.

5. Medic Căpitan P. Costescu (România): Aparat reductor şi cooptant pentru fracturi

Şedinţa ia sfârşit la ora 18.

Secretar de şedinţă: D-l Med. Cpt. Albescu.

Sala No. 1: Chestiunea a 4-a: UTILIZAREA METODELOR COLORIMETRICE IN LABORATOARE.

Prezidează: D-l Colonel farm. Ionescu Matiu, Şeful Serviciului farmaceutic al armatei române, care salută pe colegii farmacişti străini în câteva cuvinte, dând apoi cuvântul pentru citirea rapoartelor al căror autori sunt D-nii:

1. Medic Locotenent Colonel Shusuke Horiguchi (Japonia).

2. Farmacist Colonel Thomann (Elveţia).

La discuţiune ia cuvântul d-l Prof. D-r. Pamfil.

In urmă citesc COMUNICĂRI D-nii:

1. Medic Locotenent Colonel Shusuke Horiguchi (Japonia). în analiză.

2. Farmacist Maior I. Bibescu (România): Contribuţiuni la microdosajul colorimetric al electrargolului şi colargolului.

3. Farmacist Maior I. Bibescu (România): Contribuţiuni la microdosajul colorimetric al mercurului coloidal şi sărurilor mercurice.

Se citesc în urmă comunicările D-lor: Medic Maior Cybulski, Medic Locotenent Colonel Lukazsevitz şi Farmacist Căpitan Bulajewics (Polonia) care nu au putut participa la şedinţă.

Au loc discuţiuni asupra comunicărilor, luând cuvântul D-nii: Prof. Pamfil, şi Farmacist Colonel Manceau (Franţa).

Sedinţa se ridică la ora 18.

Secretar de şedinţă: D-l Farm. Maior I. Bibescu.

Sala No. 2. Chestiunea a 5-a EDENTAŢII IN ARMATA. Tratament şi aparatură. Utilizarea lor militară în timp de pace şi de război.

Prezidează: D-l Medic general Inspector Rouvillois (Franţa).

Se dă cuvântul D-lor Oarydis (Grecia), Poelstra (Olanda) şi Medic General Entine (U. R. S. S.) care citesc rapoartele Domnii-lor lor, după care se dă cetire comunicărei D-lui Medic Locotenent Colonel Mieszkis (Polonia). *Nevoile de proteză pentru edentaţii în armată.*

Şedinţa se ridică la orele 18.

Secretar de şedinţă: D-l Medic Căpitan Tătăranu

Sala No. 3. Chestiunea a 6-a. STUDIU COMPARATIV AL APROVIZIONARII PENTRU ALIMENTAREA BOLNAVILOR ŞI RĂNIŢILOR IN TIMP DE PACE ŞI DE RĂZBOI.

Şedinţa este prezidată de D-l Medic General de Divizie Mazlum Boysan Director al Serviciului Sanitar al armatei turce, care dă cuvântul raportorilor:

1. Locotenent Colonel de Administraţie Dionisi (Franţa).

2. Medic Colonel Noyan Abdülkadir şi Medic Maior Zeki Ural. (Turcia).

In urmă d-l Farmacist Colonel Cerbulescu citeşte COMUNICAREA sa: Consideraţiuni asupra alimentaţiuni bolnavilor şi răniţilor. Comunicarea d-lui Medic Colonel Babecki (Polonia) care nu a putut participa, este cetită în şedinţă.

La DISCUŢIUNEA rapoartelor şi comunicărilor iau parte D-nii:

1. Medic General N. Marinescu (România).

2. Medic Colonel Murat Cankat (Turcia).

Şedinţa se ridică la orele 18.

Babeş-Bolyai University Library Cluj

La orele 18 a avut în sala bibliotecii, o **reuniune a şefilor serviciilor sanitare a armatelor de uscat, mare şi aer,** împreună cu membrii comitetului permanent.

La ordinea zilei a fost:

1. Raport asupra protecţiunei serviciului sanitar în timp de război.

2. Raportul secretarului general asupra activităţii comitetului permanent.

3. Modificări eventuale ale titlului congresului.

4. Diverse.

La ora 21 a avut loc un **festival artistic de gală** la Opera română, în onoarea congresiştilor străini. Ca şi la şedinţa inagurală, sala operei a fost ocupată de un public numeros străin şi român printre care s'au observat cele mai însemnate personalităţi ale vieţii medicale a ţării.

Spectacolul a început cu Imnul regal român, urmat de Imnul congreselor internaţionale de medicină şi farmacie militară, executate de muzica gărzii palatului, cărora le-au urmat cântece şi dansuri naţionale executate de comandanţii străjerilor din Asociaţia tineretului creştin, după care s'a executat rapsodia română no. 2 în la major de George Enescu şi Suita românească de căpitanul Horceag, de către orchestra Filarmonicei, dirijată de *Locotenent Colonel Egizio Massini.*

In partea a doua a programului s'a reprezentat actul 2 din opera comică „Noaptea Sfântului Gheorghe" de Cavalerul de Flondor cu artiştii Operii române, la pupitru fiind Maestrul Mihail Jora.

Ziua II-a — Vineri 4 Iunie.

Dimineața a fost consacrată vizitei Spitalului Militar Regina Elisabeta.

Congresiștii au fost primiți de către d-l Medic General N. Marinescu, șeful spitalului, și Medicul Colonel Constantin Suhățeanu, cari au prezentat toate secțiunile și instalațiunile acestei instituțiuni.

După vizita spitalului, acești au fost transportați la Depozitul Central Sanitar unde au putut constata atât aranjamentul noul local al depozitului cât și calitatea și cantitatea aprovizionărilor serviciului sanitar al armatei noastre.

Dela depozit, congresiștii potrivit preferințelor, au vizitat diverse servicii ale spitalelor civile ale Capitalei, unde au asistat la diverse operațiuni chirurgicale.

La orele 17, a avut loc o excursiune la Snagov, iar la întoarcere s'a oferit congresiștilor o masă la restaurantul Pădurii Băneasa, de către D-l Alexandru Donescu, Primarul general al Capitalei.

La această masă impregnată de o perfectă cordialitate, domnul Medic Inspector General D-r C. Iliescu a ridicat paharul pentru Majestatea Sa Regele Carol II; au vorbit D-nii Prof. Chiriac în numele D-lui Primar general Al. Donescu, iar D-l Medic General Loreto Mazzetti, (Italia), în numele Congresiștilor.

Ziua 3-a. — Sâmbătă 5 Iunie.

Sala mare. (Ședință plenară). Chestiunea I-a: ORGANIZAREA ȘI FUNCȚIONAREA SERVICIULUI SANITAR MILITAR ÎN OPERAȚIUNILE DE USCAT ȘI APĂ.

Au prezidat ședința pe rând D-nii: Locotenent General Hartigan (Marea Britanie), Medic Inspector General Rouvillois (Franța) și General Stabsarzt Prof. Waldmann (Germania).

Au citit RAPOARTE D-nii:

1. Captain W. L. Mann (Statele Unite).
2. Locotenent Colonel A. F. C. Martyn (Marea Britanie).

După care au urmat următoarele COMUNICĂRI:

1. Medic General Prof. Gregorio Gelonesi (Italia): Organizarea Serviciului Sanitar în operațiile combinate ale armatei și marinei.
2. Medic Șef de I-a clasă Solcard (Franța): Rolul serviciului sanitar la marină.
3. Medic Maior R. Sabrié (Franța): Organizarea și funcționarea serviciului sanitar în operațiunile combinate de uscat și apă.
4. Medic Colonel C. Manganaro (Italia): acelaș subiect.
5. Medic General de Divizie Mazlum Boysan (Turcia): Siguranța serviciului sanitar pe front în timpul atacurilor aeriene.
6. Colonel P. Jinga, șef dee stat major al serviciului sanitar al armatei (România): Proect pentru crearea orașelor sanitare în timp de război.

La DISCUȚIUNI au luat parte D-nii: Medic General Schickelé (Franța), Medic Colonel Patry (Comitetul internațional al Crucii Roșii) și Medic General Marosin (România). Secretar de ședință: D-l Medic Căpitan V. Albescu.

In după amiaza zilei, la orele 17,30, D-l Nicolae Săveanu fost Mi-

nistru al Sănătății și actual președinte al Camerii deputaților, a primit pe congresiști în sala de ședințe a camerii, cu care ocaziune D-Sa a pronunțat o călduroasă alocuțiune. Acesteia i-a urmat o mică gistare și vizita palatului Patriarhiei, după care delegațiunile au mers și au semnat în registrele Palatului Regal.

O fastuoasă serată dansantă de gală în sala Cercului Militar termină această zi.

Ziua IV-a. — Duminică 6 Iunie.

La orele 9.30 ședință plenară în sala mare a Cercului Militar: Chestiunea a 2-a: TRANSPORTUL, SPITALIZAREA ȘI TRATAMENTUL RĂNIȚILOR GAZAȚI.

Prezidează: Generaloberstabsarzt Prof. Waldmann (Germania).

RAPOARTELE au fost expuse de D-nii:

1. Oberarzt Muntsch (Germania) și

2. Medic Locotenent Colonel Radoulovici și Medic Locotenent Colonel Radovan Danici (Jougoslavia).

In urmă, s'au cetit COMUNICĂRILE:

1. Medic General G. Pârvulescu (România): Transportul, spitalizarea și tratamentul gazaților; ia cuvântul în discuțiune Medicul General Schickélé.

2. Medic Colonel C. Suhățeanu, Căpitan Virgil Albescu și Locotenent Mihai Ion (România): Vaccinațiunea anti-tetanică la om.

3. Medic Colonel în rezervă Profesor I. Nițescu și Medicii Locotenenți I. Gontea și V. Stroescu: Lactacidemia și creatinuria ca testuri de apreciere a efortului în marș.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

4. Medic Locotenent Colonel Edgar Erskine Hume (St. Unite): Istoricul și activitatea bibliotecei medicale din Wachington.

5. Căpitan W. L. Mann (St. Unite): Lipsa luminei solare ca factor etiologic a edemului prizonierilor de război.

6. Medic Locotenent Odoblejea (România): Demonstrațiuni de fonoscopie.

La orele 13 a avut loc la Athéné Palace banchetul oferit de membrii Guvernului congresiștilor străini; peste 200 de persoane au luat parte, printre care remarcăm: D-nul Ministru al Apărării Naționale, Membrii Corpului Diplomatic, numeroși profesori ai Facultății de medicină și medici activi și de rezervă.

D-l General de Corp de armată adjutant P. Angelescu, Ministru al Apărării Naționale ridicând un toast pentru șefii statelor reprezentate la Congres, i se răspunde de către D-l General Oberstabsarzt D-r Waldmann in numele delegaților străini.

Ziua V-a. — Luni 7 Iunie.

Dimineața la orele 10 congresiștii au vizitat ferma și Institutul de sero-vaccinuri „I. Cantacuzino", unde primiți de D-nii profesori Ionescu Mihăești și Ciucă, au putut admira organizarea acestei instituții de un interes de primul ordin pentru țara noastră.

La ora 11 au luat parte la **ședința de deschidere a Congresului național de balneologie**, de sub președinția D-lui Prof. P. Niculescu.

După amiază au luat parte la **revista militară**, în onoarea E. S. Mosciski, Președintele Republicei Polone, o tribună specială fiindu-le destinată,

iar seara la un banchet oferit de către Societatea de balneologie la restaurantul „Hanul Românesc", din incinta Expoziției industriei casnice din Bulevardul Brătianu.

Zina VI-a. — Marți 8 Iunie.

La ora 8.30 a avut loc **Sărbătorirea restaurației**, care a lăsat o mare impresiune asupra congresiștilor prin frumusețea exercițiilor executate de tineretul român la A. N. E. F.

Ședința de închidere a congresului a avut loc la orele 4.30 în sala mare a Cercului Militar sub președinția D-lui Medic Inspector General D-r C. Iliescu și în prezența E. S. D-lui L. Harisson, ministru al Statelor Unite la București. Pe estrada prezidențială au luat loc și D-l Medic Colonel Jones, șeful delegațiunii americane. Toți membrii comitetului permanent împreună cu Medic Căpitan M. Popescu Buzeu, Secretar general al Congresului au loc în cele două părți laterale ale estradei.

Se dă cuvântul Medicului Colonel J. Voncken, secretar general al Comitetului permanent, care dă citire concluziunilor congresului. (Anexa No. 1).

In urma citirii concluziunilor de mai sus, se dă președinția ședinței D-lui Medic Colonel Jones (Statele Unite), care dă cuvântul D-lui Medic Colonel Voncken, Acesta din urmă dă citire programului celui de al V-lea Congres. (Anexa No. 2).

Medicul Colonel Jones luând cuvântul mulțumește congresului pentru onoarea ce i se face și declară închise lucrările celui de al IX-lea congres internațional de medicină și farmacie militară.

Banchetul de închidere a avut loc la restaurantul Cina. Au luat cuvântul D-nii Medic Inspector General D-r Iliescu C. și Locotenent General Declerq (Belgia).

La orele 22 șefii delegațiunilor străine au fost prezentați la Palatul Regal M. S. Regelui Carol II, de către D-l Medic Inspector General D-r C. Iliescu.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

*

A VII-a Sesiune a Oficiului Internațional de Documentare Medico-Militară.

Această Sesiune — ca întotdeauna — a avut loc după închiderea congresului.

Ședința de deschidere are loc la București în sala mare a Cercului Militar, când au vorbit D-nii:

1. Medic General Schickélé: Serviciul Sanitar la trupele motorizate.
2. Medic Colonel des Cilleuls (Franța): Ameliorări recente ale higienei cazărmilor în Franța.
3. Medic Maior Ioseph Mls (Ceho-Slovacia): Intrebuințarea psichotechnicei în armată.

Ședința se închide la ora 19.20.

ZIUA II-a. — Miercuri 9 Iunie.

Congresiștii au fost transportați cu autocarele în cursul dimineții la Sinaia, unde au fost găzduiți în hotelul Palace și Regele Carol II.

In drum s'a făcut vizita rafineriei de petrol dela Brazi a Societății „Creditul Minier".

La şedinţa ţinută în sala mare a hotelului militar Regele Carol II, la ora 17, au conferenţiat D-nii:

1. Medic Şef de I-a clasă Solcard (Franţa): Aparate pentru transportul răniţilor pe vasele marinei franceze.

2. Medic Locotenent Colonel Jovanovici (Jougoslavia): Lupta antituberculoasă în armata Jougoslavă.

3. Farmacist Colonel Ionescu Matiu: Studiu asupra dosagiului produselor medicamentoase.

Seara la orele 22 a avut loc o serată dansantă în hall-ul Hotelului Palace.

Ziua III-a. — Joi 10 Iunie.

La şedinţa care a avut loc în sala Hotelului Militar la orele 9, au vorbit D-nii:

1. Medic Colonel Vollenweider (Elveţia): Utilizarea ajutoarelor voluntare şi a spitalelor civile de către serviciul sanitar al armatei elveţiene.

2. D-r Hinriesson (Suedia): Bazele organizaţiunii sanitare militare în Suedia.

3. Captain W. S. Bainbridge (Statele Unite): Legăturile medicinei chirurgiei şi dentisticei în practica medicală şi civilă.

La ora 11.30 a avut loc vizita castelului Peleş, care prin poziţia şi frumuseţile sale interioare a lăsat vizitatorilor o minunată impresie; apoi congresiştii au fost transportaţi la Timiş pentru vizitarea Sanatoriului Primăriei Sectorului III Albastru al Capitalei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Primiţi de către inimosul Primar al Sectorului III, D-l Inginer Anastasescu şi D-l Prof. Chiriac, după vizitarea sanatoriului, au luat dejunul oferit de primărie în curte. Buna voie dată de farmecul văii Timişului a domnit în tot timpul acestei mese.

Deaici, tot cu autocarele, congresiştii s'au transportat către orele 16 la Braşov, unde la orele 17 are loc ultima şedinţă în sala Camerei de Comerţ.

Şedinţa se deschide de către D-l General Partenie, comandantul corpului V armată, şi este prezidată de D-l Captain W. L. Mann (Statele Unite).

Au vorbit D-nii:

1. Medic Colonel Cankat Murat (Turcia): Principii trase din războiul mondial pe care trebue să se bazeze tratamentul plăgilor de război.

2. Medic Colonel D-r Suhăţeanu C. (România): Pericolul tifosului exantematic.

In urmă vorbesc D-nii Captain W. L. Mann şi Medic Inspector General D-r Iliescu, mulţumind autorităţilor oraşului Braşov pentru ospitalitate şi închizând sesiunea Oficiului de Documentare Medico-Militară.

După închidere autorităţile Municipiului Braşov au oferit o gustare congresiştilor pe terasa restaurantului Transilvania.

Din Braşov o parte a congresiştilor străini au luat parte la excursiunea făcută în canalul Filipoiu şi Vâlcov pe bordul vaporului Regele Carol II.

Priveliştile şi scenele desfăşurate înaintea ochilor participanţilor în cele două zile (11 şi 12 Iunie) cât a durat această excursiune au fost de natură să lase acestora o interesantă amintire despre frumuseţile ţării noastre.

Astfel au luat sfârşit al IX-lea Congres Internaţional de Medicină şi farmacie Militară precum şi Sesiunea Oficiului de Documentare.

Reuşita lor aparţine nu numai comitetutului de organizare ci şi concursul medicilor şi farmaciştilor de rezervă.

Ele au constituit un examen de maturitate nu numai pentru corpul Sanitar Militar ci pentru întregul corp medical român, iar elogiile primite după terminare din cele 4 colţuri ale lumii constituesc pe lângă răsplata bine meritată a organizatorilor şi o icoană exactă a părţii de prestigiu, cu care ţara întreagă a fost onorată prin reuşita lor.

* * *

Concluziuni şi păreri votate în şedinţa de închidere

Chestiunea I-a.

ORGANIZAREA ŞI FUNCŢIONAREA SERVICIULUI SANITAR IN OPERAŢIUNILE COMBINATE ALE ARMATELOR DE USCAT ŞI MARE.

Concluziuni:

1. Pentruca în operaţiunile combinate ale armatelor de uscat şi mare Serviciul Sanitar să dea întregul randament, este nevoe, atît în ofensivă cât şi în defensivă:

a) de un plan de operaţiuni prealabil stabilit;

b) menţinerea cooperărei şi coordonărei celor două servicii prin numirea unui comandament unic, reprezentat prin şeful serviciului sanitar, ataşat pe lângă comandantul operaţiunilor;

c) evacuarea şi repartizarea evacuaţilor pe nave bucurându-se de protecţia Convenţiei dela Haga este nevoe de punerea la punct a acestei Convenţii în ce priveşte vasele-spitale şi bărcile de evacuare.

2. Orice operaţiune combinată a armatelor de uscat şi mare trebue să dispună obligatoriu de o bază care să funncţioneze iniţial pe bordul vaselor-spitale, însoţeşte expediţia navală şi ulterior se stabileşte pe ţărm.

3. Unificarea de principiu a materialului întrebuinţat în armatele de uscat şi mare ar uşura executarea serviciului pe uscat.

4. Organizarea oraşelor sau localităţilor sanitare maritime ar prezenta avantaje considerabile. Amintim aici interesul pe care prezenta adunarea într'o convenţie internaţională unică, a tuturor dispoziţiunilor relative la protecţia răniţilor şi bolnavilor.

Chestiunea II-a.

TRANSPORTUL, SPITALIZAREA ŞI TRATAMENTUL RĂNIŢILOR GAZAŢI.

Concluziuni:

1. Chestiunea transportului, spitalizării şi tratamentului răniţilor gazaţi este dominată de starea şi felul leziunilor.

2. Transportul nu pune nici o problemă specială.

3. Este posibil ca să asigurăm tratamentul şi spitalizarea fie într'o formaţie sanitară de gazaţi, prevăzută cu un serviciu de chirurgie, fie într'un serviciu de chirurgie prevăzut cu o secţie de gazaţi.

4. Technica chirurgicală cerând o specializare mai mare şi un material apropiat, soluţia a doua pare mai bună.

5. Dacă împrejurările arată că numărul răniţilor gazaţi este foarte ridicat, este de recomandat crearea de formaţiuni sanitare specializate pentru ei.

6. Formaţiunile cari execută desinpregnarea toxică, profilactică sau terapeutică aparţin de drept serviciului sanitar, şi beneficiază deci de protecţia Crucei-Roşii.

Chestiunea III-a.

SERVICIUL CHIRURGICAL LA UNITĂŢILE MOTORIZATE.

Concluziuni:

1. Unităţile motorizate folosind viteza şi luptând adesea independent şi chiar izolate, este necesar ca eşaloanele sanitare chirurgicale care le sunt afectate să le urmeze în acellaş ritm şi să fie complect dotate şi aprovizionate din abundenţă pentru ca toate să-şi păstreze independenţa lor.

Până la divizie inclusiv, eşaloanele sanitare-chirurgicale vor fi motorizate (compănii, batalioane, regimente).

2. Punctul principal al activităţii formaţiunilor sanitare-chirurgicale este format din evacuarea răniţilor spre formaţiunile dinapoi. Ingrijirile chirurgicale sunt greu de dat de eşaloanele a căror calitate este mobilitatea. In acest timp, până la divizie inclusiv, vor fi tratate cazurile de extremă urgenţă şi urgenţă, iar în situaţiile tactice defavorabile activitatea va consta mai ales în evacuări masive, rapide, către orice formaţiune sanitară apropiată.

3. Factorul dominant fiind evacuarea răniţilor, trebue să ne gândim la desvoltarea mijloacelor noui de evacuare la toate eşeloanele.

4. Mai mult decât în alte cazuri trebue ca şefii formaţiunilor motorizate să posede, pe lângă calităţile lor tehnice şi solide cunoştinţe militare, care să le permită să se adapteze rapid şi fără greşeală condiţiunilor variabile ale luptei.

Chestiunea IV-a.

UTILIZAREA METODELOR COLORIMETRICE DE ANALIZĂ IN LABORATOARE.

Concluziuni:

1. Metodele colorimetrice pot fi luate în considerare pentru diferite dozări, după un control riguros în raport cu metodele gravimetrice şi titrimetrice. Ele au marele avantaj de a permite adesea dosajul cantităţilor minimale de substanţe, imposibil de efectuat prin metodele obicinuite, cum este cazul în analizele toxicologice, biologice şi chiar industriale.

2. De căutat dacă este posibil, metode de dosaj colorimetric care să fie practic exacte la $1^0/_{00}$.

3. Pentru a preveni inconvenientele colorimetriei propriu-zise, se va adapta, după caz, metoda volumo-colorimetrică, sau încă aceea a celulei foto-electrice.

4. Utilizarea acestor metode în laboratoarele de cercetări pentru lichidele biologice, poate fi ușor făcută, cu condiția de a avea soluții etalon exacte. Se va asigura printr'un studiu amănunțit al reacției, în ce condițiuni cantitatea de materie colorantă formată este proporțională cu corpul de dozat (în funcție de temperatură, concentrație, timp, ionizare și luminat).

5. Inainte de a se ajunge la o adaptare oficială a acestor metode colorimetrice, se impune să se studieze pentru fiecare produs metoda colorimetrică sau volumo-colorimetrică, pentru a se asigura precizia necesară.

Excepție se face pentru determinările colorimetrice ale pH, pentru care sunt metode destul de precise.

Chestiunea V-a.

EDENTAȚII IN ARMATĂ. DEFINIȚIE. TRATAMENT. APARATURĂ. ULTILIZAREA MILITARĂ IN TIMP DE PACE ȘI IN TIMP DE RĂSBOIU.

Concluziuni:

1. Pierderea dinților, parțială sau totală, nu este o cauză de scutire de serviciu, dacă ea poate fi compensată în mod eficace prin proteză, orice chestiune de estetică fiind lăsată la o parte.

2. Din punct de vedere militar, edentat este acel om al cărui deficit funcțional al danturei este susceptibil de a influența asupra stărei generale și de a-i diminua aptitudinea pentru serviciu.

3. Tratamentul cel mai bun, încă din timp de pace, este aparatura protetică, când ea este necesară din punct de vedere funcțional și după punerea în ordine a cavității bucale debarasată de focarele septice de origină dentară.

4. In timp de răsboiu, aparatura trebue să fie preparată în zona armatei; în regulă generală nu trebue să motiveze o evacuare în interior.

Chestiunea V-a.

STUDIUL COMPARATIV AL APROVIZIONĂRII IN SUBSISTENȚĂ ȘI ALIMENTAREA BOLNAVILOR ȘI RĂNIȚILOR IN TIMP DE PACE ȘI IN TIMP DE RĂSBOIU.

Concluziuni:

1. Este imposibil de a se standardiza rațiile, dar este de dorit a le clasifica.

Condițiunile variază cu resursele economice ale fiecărei țări și mai ales cu obiceiurile naționale.

2. Alimentarea bolnavilor și răniților trebue să beneficieze de

progresele ştiinţei, cercetările asupra fiziologiei alimentare dând un loc larg alimentelor protectoare.

3. Este locul, ca în serviciile de bucătărie şi în sufragerii să se folosească tot modernismul; să se utilizeze aparte de bucătărie cu gaz sau electricitate, — prăjitoare, amestecătoare — să se întrebuinţeze aparate frigorifere pentru conservarea alimentelor.

4. Să se creeze, dacă aceasta este necesar, şcolii de bucătărie, cu scopul de a nu încredinţa prepararea alimentelor decît la profesionişti.

Să se organizeze în spitale servicii de dietă, care în consideraţie cu precizia lor, să permită a se da la anumiţi bolnavi alimentaţia specială care le convine.

CHESTIUNI PENTRU AL X-LEA CONGRES INTERNAŢIONAL DE MEDICINĂ ŞI FARMACIE MILITARE·

1. Organizarea şi funcţionarea Serviciului Sanitar în expediţiunile coloniale: U. S. A. — Germania.

2. Prevederea pierderilor în timp de răsboiu şi metodele lor de calcul: Brazilia — U. S. A.

3. Procedee practice de anestezie şi analgezie în chirurgia de răsboiu: Brazilia — U. S. A.

4. Organizarea şi funcţionarea Serviciului chimico-farmaceutic Militar: Argentina — Cehoslovacia.

5. Tratamentul de urgenţă şi aparatura primară în fracturile de răsboiu ale maxilarelor: Franţa — U. S. A.

6. Specializarea technică a ofiţerilor de administraţie din Serviciul Sanitar: Mexic — U. S. A.

Docent Popescu-Buzeu
Secretar general al Congresului.

* * *

Le Congrès international de médecine et pharmacie militaires

Le IX-ème congrès de médecine et pharmacie militaire, qui c'est déroulé à Bucarest, de 2—10 Juin 1937, a vu affluer dans notre capitale les délégués et les congressistes de 31 nations.

Les travaux dans les sections ont été tres actifs. La section de pharmacie, présidée par M. le Ph-cien Colonel Dr. Ionescu-Matiu, Professeur universitaire, a été suivie par des nombreux congréssistes roumains et étrangers. Nous avons noté en particulier la présence de M. le Ph-cien Colonel Thomann, membre du comité permanent des congrès de pharmacie et médecine militaires, rapporteur pour les questions chimiques-pharmaceutiques, ainsi que la présence de M. le Médecin Lt. Colonel Shusuke Horigucki qui a lu le rapport présenté en son nom et en celui de M. Ph-cien Colonel Seitare Yamaguchi; la présence des pharmaciens français, italiens, belges, hollandais, polonais, etc., etc.

La délégation française comportait un officier général: Ph-cien-Chimiste Général de la marine Saint-Sernin; le Ph-cien Colonel Manceau, Professeur au Val-de-grâce; le Ph-cien Colonel de réserve M. Deffins, président de l'Association des officiers pharmaciens de réserve de France.

Cette délegation officielle était completée par des nombreux pharmaciens militaires de réserve, parmi lesquels nous avons remarqué M. M. Raton, Wicart, Duchemin, Saint-Stéban, etc.

Parmi les questions traitées à ce congrès, ce qui se rapportait plus particulièrement à la pharmacie militaire, était la quatrième: „Utilisation des méthodes colorimétriques en analyse, dans les laboratoires". Rapporteurs ont été: le Ph-cien Colonel Dr. Seitare Yamaguachi et le médecin Lt. Colonel Dr. Shusuke Horiguchi Japon) et le Ph-cien Colonel Thomann (Suisse).

Les rapporteurs japonais ont communiqué que dans leurs laboratoires des hôpitaux militaires, on fait un large usage de la méthode colorimétrique, avec des appareils fabriqués dans leur pays.

Ils s'éfforcent à perfectioner la méthode colorimétrique, en cherchant, pour chaque substance, une réaction colorimétrique appropriée et toutefois l'emploi des appareils et des méthodes photoélectriques, dans le but d'éviter les erreurs presque inévitables à cette méthode.

Le Ph-cien Colonel Thomann, Pharmacien en chef de l'armée suisse, a présenté son rapport, très documenté, sur les applications de la méthode colorimétrique, à l'examen des produits pharmaceutiques, à l'analyse des eaux potables, à la pureté des alcaloïdes, etc. [1]).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Les questions ont été completées par M. le Professeur Pamfil de Bucarest et les Ph-ciens Colonels Thomann, Ionescu-Matiu et Manceau.

* * *

Les rélations entre les confrères roumains et étrangers, ont été très cordiales. Nos collègues français ont été reçus après, au restaurant du jardin botaniques, par M. le Ph-cien Colonel Ionescu-Matiu, Directeur et Pharmacien en chef de l'armée roumaine, par ses collaborateurs pharmaciens militaires et par tout le corps pharmaceutique, universitaire et professionel.

Le banquet, şi somptueux, a été très familial et plain de gaîté.

Le président, M. le Professeur Dr. Ionescu-Matiu, a souhaité le bienvenu à tous les délégués étrangers, en des termes qui les ont profondément touchés.

Le Ph-cien-chimiste Général Saint-Sernin, Inspecteur des services pharmaceutiques et chimiques de la marine française, se fit l'interprète de ses camarades de l'actif, de la réserve, des pharmaciens de troupe coloniale et des pharmaciens-chimistes de la marine,

1) D'intéressantes communications ont faites également M. M. les Ph-ciens Commandant D-r I. Bibescu et Lieut. D-r D. Constantinescu.

à remercier M. le président et le Comité d'organisation de ce banquet.

Il a exprimé toute son admiration, pour le succès si réussi et il a félicité ses camarades, les pharmaciens militaires roumains, pour l'importance et la belle organisation du service pharmaceutique de l'armée roumaine; il a complimenté le doyen et les professeurs de la Faculté de pharmacie, qui forment des éleves, futurs pharmaciens militaires.

Il a indiqué que la faculté de pharmacie de Bucarest, dont les professeurs sont des savants universellement connus, est un phare lumineux, placé entre l'orient latin et l'occident latin.

Comme nous avons eu le plaisir d'être attaché près de M. le Ph-cien-chimiste Général Saint-Sernin, nous avons vu combien sont affectueux ses sentiments de camaraderie pour le corps pharmaceutique de l'armée roumaine.

Comme nous l'avons connu autrefois en France, nous pouvons dire sa personalité dans son pays, quand il était chef du laboratoire de chimie analitique de la marine et président de l'Association des Docteurs en Pharmacie de l'Université de France, rôle difficile qu'il a rempli avec beaucoup de succès.

En connaissant ses sentiments d'admiration pour notre chère patrie et son amour pour nous, les roumains, nous souhaîtons à M. le Général, une heurense continuation de sa brillante carrière, à laquelle applaudiront ses amis, très nombreux en Roumanie; nous lui souhaitons une vie sans peines et toujours jeune comme son coeur nous s'est montré.

Nous faisons les mêmes voeux pour tous les autres congressistes.

Ph-cien Capitaine D-r *Marin Mogoş.*

* * *

A 5-a Reuniune latină de oto-rino-laringologie.

16—21 Septembrie 1937

Intre *16 şi 20 Septembrie* s'a ţinut la *Bucureşti* CONGRESUL SOCIETĂŢII DE OTO-RINO-LARINGOLOGIE LATINĂ. Primele patru congrese s'au ţinut la Paris, Bruxelles, Roma şi Madrid. Congresul viitor a fost hotărât să se ţină la Lisabona. Congresul din Bucureşti a fost prezidat de d-nul profesor Meţianu. La el au participat un mare număr de laringologi francezi, italieni, belgieni, profesori şi medici-şef de servicii spitaliceşti.

După deschiderea solemnă din amfiteatrul Facultăţii, în prezenţa d-lui D-r. Costinescu, profesor Marinescu, Dimitriu etc., s'a trecut la desbaterea unicei teme a acestui congres: OPORTUNITATEA INTERVENŢIUNILOR OPERATORII IN OTO.-MASTOIDITELE ACUTE ŞI CRONICE. Cu tratarea acestui raport au fost însărcinaţi domnii *profesori Meţianu, d-r. L. Mayersohn, d-r. Tzetzu şi d-r. Borş. Un* număr de medici din celelalte ţări latine au luat sarcina de a trata acelaş subiect din diverse puncte de vedere particulare la diabetici, tu-

berculoşi, boli contagioase, după rezultatele radiografice, anatomo-patologice etc.

Raportul prezentat de d-nii profesor Meţianu. Mayershon Tzetzu şi Borş după ce arată printr'un mare număr de observaţiuni, eroarea ce se face de a se opera prea des cazuri care s'au putut vindeca printr'un tratament medicat bine chibzuit, trage concluziunile următoare:

a) In afară de cazurile de mastoidită acută, cu osteită bine stabilită, pe care totdeauna trebue să le trepanăm, pentru a salva viaţa bolnavului şi pentru a evita complicaţiuni, există un mare număr de oto-mastoidite, de reacţiuni mastoidiene sau pur şi simplu otite medii supurate, ce nu trebuesc operate.

b) Operaţiunile executate prematur în caz de mastoidită necontrolată, de otită acută supurată sau de reacţiune mastoidiană care simulează mastoidita se fac prea frequent şi credem a fi făcut operă utilă atrăgând atenţia lumi medicale şi specialiştilor asupra eroarei care este comisă adese, chiar prea adesea, când se operează inoportun un caz care poate să fie vindecat fără intervenţie hirurgicală.

c) In afară de cazurile bine studiate, în care disgnosticul impune un tratament hirurgical, nu există semne patognomonice care să justifice o intervenţie precoce. Edemul regiunei retroauriculare, căderea peretelui osos postero-superior al conductului auditiv extern, paresa sau paralizia nervului facial nu sunt simptome sigure care trebue să forţeze mâna hirurgului. Cu atât mai puţin durerea, care există la aproape toţi otiticii acuţi, temperatura sau retenţia puroiului în căsuţa timpanului, în antru sau în celelalte celule ale mastoidei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Radiografia bine făcută şi în serie a ambelor mastoide este foarte utilă pentru a ne da seamă de topografia regiunei şi de întinderea leziunilor osoase.

d) Frisonul, insomnia ameţeala greaţa, vărsăturile, nistagmusul, punctţiunea lombară positivă, formula leucocitară sunt semne care trebue să ne pregătească pentru intervenţie. Trebue acordată o atenţie specială mastoiditelor „d'emblée" şi celor datorate lui streptococus mucosus.

e) In mastoiditele cronice, în care lesiunile osoase sunt mai bine delimitate indicaţiunile sunt mai precise pentru a alege momentul intervenţiunei.

f) Nu mai este permis specialiştilor de azi, care dispun de atâtea mijloace ştiinţifice de investigaţie şi de precizare de diagnostic de a opera un bolnav înainte de a fi complect studiat. Niciodată alte consideraţiuni şi alte preocupări! In orice moment să poată să dea seamă de actele sale înaintea ştiinţei şi înaintea conştiinţei!

In celelalte rapoarte şi în discuţiunea care a avut loc concluziunile de mai sus au găsit o aprobare aproape unanimă. In adevăr ideile susţinute de raportorii principali vor avea o înrăurire binefăcătoare nu numai din punctul de vedere social, care nu este cătuşi de puţin de neglijat, dar vor influenţa cu singuranţă şi asupra operatorilor şi va avea ca rezultat că numărul celor „les balafrés de l'oreille" cum îi numea maestrul profesor Sebileanu se va înpuţina din ce în ce mai mult.

Congresul francez de Broncho-Oesophagoscopie.

Acest congres s'a ţinut în acest an, în mod excepţional în 2 zile, dintre care una la Bucureşti, cu ocazia reuniunei oto-rino-laringologice latine, şi una la Paris, cu ocazia celui de al 51-lea congres francez de O. R. L.

Congresul din Bucureşti s'a ţinut sub preşidenţia domnului d-r. *André Bloch*, vicepreşedintele societăţii, în lipsa doctorului Baldenveck, preşedinte împedicat de a veni.

Laringologii români au adus şi aci un aport ştiinţific foarte important prin comunicările lor. Astfel domnii doctori Tzetzu, Racoveanu, Mirescu, Popea, Borş, Soru şi alţii au prezentat diverşi corpi străini, extraşi de ei din esofag, din trachee sau din bronşii, ceeace a făcut pe laringologii străini să-şi exprime toată admiraţia lor pentru progresul rapid al laringologiei româneşti.

In fine ultima zi a fost ocupată de al,

XV-lea Congres român de Oto-Rino-Laringologie.

prezidat de D. Profesor *N. I. Meţianu*. Domnia sa împreună cu doctorul *Leroux-Robert* au vorbit despre TRATAMENTUL ŞI APLICAŢIUNILE DIATERMIEI IN OTO-RINO-LARINGOLOGIE. iar profesorul *Halphen* şi d-rul *Mayersohn* despre TRATAMENTUL OZENEI PRIN MIJLOACE ENDOCRINOLOGICE COMBINATE CU UN BACTERIOFAG ANTIOZENOS AL LUI D'HERELLE.

Dimineţile care precedau deschiderea şedinţelor congreselor au fost întrebuinţate prin demonstraţiuni operatorie de către profesorul Citelli, profesorul Belinof Meţianu, Gyergyai etc.

Se poate spune că congresul latin organizat în mod desăvârşit de către profesorul Meţianu şi d-rul Tzetzu şi pregătit de către d-rul Chavanne din Lyon, secretarul general şi fundatorul Societăţii Latine, precum şi excursiunile organizate în părţile cele mai pitoreşti ale ţării şi vizitele făcute la diverse instituţii din Capitală, au lăsat asupra participanţilor cele mai adânci impresii despre laringologia română, (de altfel cunoscută de ei din publicarea dărilor de seamă ale şedinţelor şi congreselor vechei Societăţi române de O. R. L. din „Buletinul" ei redactat timp de 12 ani de către secretarul ei general D. D-r. L. Mayersohn), despre frumuseţile ţărei noastre şi de ospitalitatea cetăţenilor ei.

D-r L. Mayersohn.

V.

Cărţi — Monografii

D. COMBIESCU: **TITLURI ŞI LUCRĂRI ŞTIINŢIFICE.** — „Inprimeria Centrală", Bucureşti, 1937.

D-l D-r D. Combiescu, Conferenţiar la Fac. de Med. din Bucureşti şi Şef de secţie la Inst. de Sero-vaccinuri „D-r I. Cantacuzino", prezintă într'o broşură de 90 pag. de *Titluri şi Lucrări Ştiinţifice,* activitatea sa dela 1908 până în prezent.

Ca GRADE, FUNCŢIUNI, TITLURI ONORIFICE şi RECOMPENSE îl vedem astfel:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Intern (1908—1913) şi **Medic Secundar** (1913—1922) în Lab. de Bacteriologie şi Serv. de Boli Contagioase al Spit. militar „Regina Elisabeta" din Bucureşti.

Preparator (1914—1918), **Asistent** (1918—1922), **Şef de lucrări** (1922—1929), **Şef de laborator** (1921—1923), **Şef de secţie** (dela 1923) în Lab. de med. exp. şi în Instit. de Sero-vaccinuri „D-r I. Cantacuzino".

Docent în med. experim. (Aprilie 1923) şi **Conferenţiar de tehnică experim.** (Oct. 1929) al Fac. de med. din Bucureşti.

Delegat oficial, raportor în numeroase congrese române şi străine, **însărcinat** anume de către Ac. de Med. şi M-terul Săn. Publice cu studiul şi combaterea tif. ex. şi febrei butunoase.

Membru coresp., al Ac. de med., **Secretar general** al Soc. de Biologie şi al Soc. naţ. de Microbiologie, membru activ a num. alte Soc. ştiinţifice.

Laureat al Ac. Române (Pr. Oroveanu în 1934 şi 1935).

A făcut **Studii de specializare,** între 1921—1925, în **Instit. din străinătate,** astfel la: Inst. de higienă şi Lab. de An. pat. din Strasbourg; — Inst. Pasteur-Paris; — Staţiunea biologică din Roscoff; — ca bursier al Fund. Rockefeller, în Lab. de Pat. Iohn Hopkins-Batlimore, Lab. de Bact. al Fac. de Med. din Med. din New-York, Lab. de Bact. al Fac. de Med. din Boston, Inst. Lister din Londra.

Elev al Prof. I. Cantacuzino, şi al colab. săi, D-nii Prof. Ionescu-Mihăeşti, M. Ciucă, A. Ciucă, D. Danielopolu al căror colaborator la rându-i a devenit, D-l D-r D. Combiescu singur sau în colaborare dela 1914 până în prezent *a publicat şi comunicat în societăţi 103 lucrări ştiinţifice,* de bacteriologie, medicină exper-

mentală şi patologie generală, — mai toate şi în Soc. sau Publicaţiile ştiinţifice străine de specialitate; ele au fost menţionate de numeroşi cercetători români şi străini, cari le-au luat drept puncte de plecare în studiu sau conclusiuni finale şi şi-au găsit drept de domiciliu în cele mai importante tratate medicale străine.

Aceste cercetări se caracterizează prinntr'o continuitate de lungă durată, care a permis în subiectul tratat stabilirea de numeroase fapte precise, confirmate de numeroşi cercetători în lucrările de control.

In CERCETĂRI ASUPRA MECANISMULUI INFECŢIUNEI CĂRBUNOASE ŞI AL IMUNITĂŢII ANTICĂRBUNOASE, contrar afirmaţiei Prof. Besredka precum că pielea consitue singurul organ sensibil la infecţiunea cărbunoasă, utilisând calea intravenoasă sau subcutanată şi procedeul de „animalizare", de adaptare al bacteriilor cărbunoase, a stabilit că plămânul, ficatul, sângele reprezintă tot atâtea căi prin care se poate realiza infecţiunea cărbunoasă şi a elucidat şi mecanismul infecţiunei cărbunoase pe cale cutanată; — a studiat antigenele reziduale extrase din bacteridia cărbunoasă (cu E. Soru şi S. Stamatescu); — a găsit că bacteridia cărbunoasă conţine un antigen heterofil (cu S. Stamatescu, N. Nestorescu şi C. Adam); — a obţinut disocierea unei tulpine de bacteridie cărbunoasă precizând proprietăţile biologice ale formelor „R" şi „S"; — cu Prof. C. Ionescu-Mihăeşti a studiat imunitatea pasivă locală în infecţia carbunoasă, ş. a. m.

In CERCETĂRILE ASUPRA INFECŢIUNILOR CU BACILI DIN GRUPUL TIFO-PARATIFIC, împreună cu M. Ciuca şi I. Băţteanu în 1914 a realizat cu virusul sensibilizat al lui Besredka pentru prima oară la noi vaccinarea soldaţilor pe scară întinsă; — cu S. Soru şi S. Stamatescu a studiat substanţele solubile specifice a 3 microbi din grupul Salmonezelor; — cu C. Combiescu, N. Dumitrescu şi A. Badenski a făcut un studiu asupra bacililor tifici izolaţi în România, insistând asupra antigenului Vi descoperit de A. Felix şi R. M. Pitt, stabilind frecvenţa acestui antigen Vi în tulpinele de b. tifici isolate la noi, (12.34— 52.27%); toxicitatea filtratelor formelor Vi şi W; propr. aglutinante ale unui ser anti-Vi, ce au reuşit să prepare; — cu M. Iliescu (căruia i-a dat subiect de teză), N. Dumitrescu şi N. Combiescu a făcut cercetări asupra „Analizei serice calitative în febra tifoidă" ajungând la concluzia că „analiza serică calitativă va trebui să înlocuiască în practică reacţiunea Widal, care la unii bolnavii nu reuşeşte a pune în evidenţă aglutininele specifice; la alţii apare târziu; la alţii apare şi dipare repede; şi în fine nu dă indicaţii precise la febrilii cari au fost injectaţi mai înainte cu vaccin antifo-paratific", de acea proupn a se căuta în serul tificilor ambele aglutinine, „O" şi „H".

In CERCETĂRILE ASUPRA FEBRELOR EXANTEMATICE, cu privire la Febra butonoasă a confirmat transmisibilitatea hereditară a virusului la căpuşe; — a realizat trecerea dela om la om a boalei; — prin treceri succesive dela om la om sau dela maimuţă la maimuţă, a observat epuisarea până la dispariţie a activităţii virusului; — că puterea patogenă creşte prin treceri succesive ale amestecului mai multor tulpini; — a reprodus pentru prima oară în ştiinţă lesiunea cutanată cunoscută sub numele de „pata neagră", pe care o socoteşte ca un şancru de inoculare al acestei boale; — a demonstrat că febra butonoasă evoluiază la câine sub forma unei boale inaparente; — a obţinut rezultate negative în privinţa căutării directe a agentului patogen butonos.

In Tifosul exantematic istoric sau epidemic şi endemic sau murin, a găsit (cu I. Angelescu, C. Popescu şi N. Vântu) că la această infecţie câinele este f. sensibil, făcând o boală inaparentă, care se transmite în serie caşi reacţiunile de

BCU Cluj / Central University Library Cluj

imunitate din serul acestor animale; precum şi că serul câinilor din regiunile bântuite de tifus exantematic se comportă ca al oamenilor bolnavi, adică conţine aglutinine de tip O pentru proteul X_{19} şi reacţionează slab cu proteul X_2, deci că serul acestor animale dă reacţiuni Weil-Felix positive; — a constatat (cu alţi colaboratori) că permeabilitatea placentară la virusul exantematic este posibilă; — n'a constatat prezenţa virusului exant. murin la şobolanii din Bucureşti şi Constanţa; — în fine în încercările asupra vaccinaţiei în tif. exant. istoric, înglobând virusul în lanolină şi olei de masline l-a inoculat în doze destul de mari la om, fără să provoace boala, rămânând ca aplicarea într'o regiune infectată să se pronunţe asupra valoarei imunizante a acestui vaccin Combiescu.

In CERCETĂRILE ASUPRA INFECŢIUNEI STAFILOCOCICE ŞI A IMUNITĂŢII ANTISTAFILOCOCICE, a reuşit să vaccineze iepurii pe cale bucală cu bilă; — a obţinut la cal un ser antistafilococic cu propr. antihemolitice şi antinecrotice importante; a cercetat mecanismul acţiunei anatoxinei stafilococice; a aplicat seroterapia antistafilococică în cazuri de stafilococie la om şi, constatând că serul dezintoxică repede dar nu are acţiune bactericidă însemnată, a asociat vaccinaţia activă cu imunizarea pasivă — cea ce i-a permis să recomande ca tratament al stafilocociilor metoda administrării alternante a serului şi anatoxinei.

In CERCETĂRILE ASUPRA INTOXICAŢIEI DIFTERICE, între altele împreună cu C. Popescu, căutând o metodă de tratament care să asigure o mai îndelungată persistenţă în sânge a antitoxinei, evitând repetiţia injecţiilor, a ajuns la concluzia unei singure prime injecţii cu ser antidifteric în doză masivă, la care s'ar adăoga dupe 3—4 zile o primă injecţie de anatoxină, repetată dupe 7—8 zile.

CERCETĂRI DIVERSE a mai făcut, împreună cu D-l Prof. Ionescu-Mihăeşti, într'o epidemie de disenterie la maimuţele inferioare; cu dif. colab., în intoxicaţiile disenterică şi holerică per os la cobai; asupra modif. antigenice ale bac. Flexner, asupra fen. lui d'Hérelle; asupra bac. piocianic; cercetări asupra anafilaxiei la animale şi desensibilizării lor; — asupra acţiunei bacteriofagului în trat. flegmoanelor amigdalei; — ş. a. m.

Cercetările D-lui D-r D. Combiescu, pe cari le urmărim de mulţi ani cu o atenţie încordată, depăşesc cadrul strict al bacteriologiei; — multe dintre ele au fost publicate sau recensate în revista, ce avem onoare a conduce; — purtând pe om şi pe animale; având în vedere repercuţiunea unei boale în întregul organism; dând o atenţie particulară studiului humorilor, a căror viciare de către un agent microbian sau de altă natură, fie el exogen sau de origină endogenă, conduce la boală — aceste cercetări, variate şi conduse cu o aplicare îndelungată într'o direcţie precisă, intră în domeniul patologiei generale, căreia diferitele discipline medicale îi constituesc tot atâtea capitole speciale, strâns legate între ele.

Mai urmăresc întotdeauna aceste cercetări un scop terapeutic, a cărui raţiune supremă stă în definitiv la baza medicinei.

Cercetător pasionat, cu curiozitatea veşnic trează, cu vederi originale, cu fir conducător în cercetările sale „cu teză", — în executarea cărora a pus o tecnică ireproşabilă şi un spirit critic desăvârşit care l-a menţinut întotdeauna pe terenul realităţilor şi l-a ferit de concluziuni pripite, activitatea ştiinţifică a D-lui D-r D. Combiescu poate fi luată ca exemplu de către acei cari vor să se dedice ştiinţei pure.

M. Cănciulescu.

* * *

Prof. D-r GH. POPOVICIU: ELEMENTE DE PEDIATRIE ŞI PUERICULTURA, 2 vol., Tip. „Lumina", Cluj, 1936.

In 389 pag. D-l Prof. *Gh. Popoviciu,* directorul clinicei infantile din Cluj, cuprinde toate ELEMENTELE DE PEDIATRIE ŞI PUERICULTURA referitoare, pe cari le ilustrează cu 255 figuri în text.

Aceste elemente autorul le condensează în 2 volume; primul volum tratează în partea I despre *Desvoltarea, îngrijirea şi alimentarea copilului;* în partea II despre *Puericultura, ocrotirea mamei şi copilului;* în partea III se anexează *Instrucţiunile elementare către mamă* prin „Scrisori şi foi cu sfaturi".

In vol. II, în partea I se tratează *Semiologia copilului;* în partea II *Terapia copilului.*

TABLA DE MATERII A VOLUMULUI I.

PARTEA INTÂIA.

Desvoltarea, îngrijirea şi alimentarea copilului.

Cap. I. — Perioada fetală.

Cap. II. — Copilul nounăscut. I. Fiziologia şi anatomia nounăscutului. II. Alimentaţia nounăscutului. III. Igiena copilului născut. IV. Ingrijirea şi alimentaţia nounăscuţilor prematuri şi debili congenitali. V. Particularităţi fiziologice considerate „boli" ale nounăscutului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cap. III. — Copilul de sân. I. Desvoltarea fiziologică. II. Alimentarea copilului de sân, după prima lună.

Cap. IV. — Copilul trecut de un an.

PARTEA A DOUA.

Puericultura, ocrotirea mamei şi a copilului.

Cap. I. — Bilanţul natalităţii şi mortalităţii infantile.

Cap. II. — Puericultura (ocrotirea) preconcepţională şi prenatală. I. Puericultura preconcepţională (eugenia). II. Ocrotirea în timpul sarcinei.

Cap. III. — Ocrotirea mamei şi a copilului în parturiţie şi în primele zile de după naştere (puericultura intranatală şi în postpartum. I. Cauzele morbidităţii şi mortalităţii mamei şi copilului în perioada obstetricală. II. Organizarea protecţiunei şi asistenţei maternoinfantile în perioada de naştere şi lăuzie (nounăscut). III. Igiena individuală în naştere şi lăuzie.

Cap. IV. — Ocrotirea copilului de sân (puericultura dela 1 lună până la 1 an). I. Lupta contra turburărilor digestive. II. Lupta contra pericolului infecţios.

Cap. V. — Puericultura (ocrotirea) în vrâsta preşcolară. I. Date statistice. II. Cauzele morbidităţii copiilor preşcolari. III. Organizarea ocrotirei copilului în vârsta preşcolară.

Cap. VI. — Puericultura (ocrotirea) în vârsta şcolară. I. Cauzele morbidităţii şi mortalităţii şcolare. II. Combaterea cauzelor medicale. III. Mijloace sociale.

Cap. VII. — Organizarea activităţii puericulturale viitoare la noi.

PARTEA A TREIA.

Anexe. I. Instrucţiuni elementare pentru mame. II. Modele de scrisori şi foi cu sfaturi.

TABLA DE MATERII A VOLUMULUI II.

PARTEA INTÂI.

Semiologia copilului.

Cap. I. — Consideraţiuni generale.
Cap. II. — Anamneza.
Cap. III. — Pregătirea copilului pentru explorarea clinică.
Cap. IV. — Simptome şi explorări generale. I. Inspecţia. II. Palpaţia. III. Alte simptome ale pielii, părţilor moi şi oaselor.
Cap. V. — Examenul organelor.
Cap. VI. — Examenul radiologic.
Cap. VII. — Examenul de laborator.

PARTEA A DOUA.

Terapia copilului.

Cap. I. — Terapia prin agenţi fizici. I. Idroterapia. II. Aeroterapia. Electroterapia. III. Elio-, climato-, creno- şi talasoterapia.
Cap. II. — Terapia chimică şi biologică. I. Medicamentele. II. Medicaţiuni biologice.
Cap. III. — Tehnica terapeutică.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In *Prefaţă,* autorul expune modul de tratare al acestui „mic manual" sau „tratat scurt" — cum îl socoteşte mai departe — menit „să dea cunoştinţele cele mai indispensabile medicilor practicieni şi higienişti, studenţilor şi unele capitole surorilor de ocrotire".

De fapt este acesta un *resumat al tutulor elementelor de fisiopatologie infantilă clinică şi terapeutică, de ordin curativ şi profilactic,* în care erudiţia autorului, actual profesor de clinică infantilă, fost profesor de fisiologie şi locţiitor al catedrei de farmacologie dela fac. de medicină din Cluj, se mişcă în larg.

Dar resumatul acesta, în care caracterele esenţiale sunt de altfel potrivit redate şi în care contribuţia sau părerea personală a autorului se pune în evidenţă la fie ce capitol, este obositor de cetit şi mai ales greu de reţinut.

Resumatul foloseşte cu precădere celui ce l'a scris, pentru-că represintă auto-condensarea unui material imens pe care autorul a trebuit să-l frământe în prealabil; — precum şi celor de aceiaşi specialitate, cărora le aminteşte în puţine cuvinte noţiunile fundamentale; — ne îndoim deci dacă scopul didactic, ce urmăreşte, va fi atins.

Prin orizontul întins ce scrutează şi prin apropierea tutulor elementelor cari intervin în cunoaşterea şi în apărarea copilului sănătos şi bolnav — din partea mamei în primul rând, a statului şi societăţii în al doilea — aceste „Elemente" grupate în fascicule şi tratate mai pe larg ar putea însă să constitue în viitor bazele

unei lucrări mai ample, la care să colaboreze şi alţii, unul oricât de activ şi capabil neputând face autoritate în toate materiile.

Sublinieturile a tot ce este elementar şi fundamental, pe cari şi le face singur cetitorul student sau medic, şi pe temeiul cărora, fixate în „*resumate*" scrise de mâna lui, se va prezinta la examene sau concursuri, rămân la baza sistemului de „a şti cum să înveţi".

Celebrele „Resumate ale lui Dumitrescu" dela drept n'au scos niciodată buni avocaţi şi cu atât mai puţin jurişti; cel mult ele au ajutat pe studentul grăbit, să-şi treacă examenele.

Aceste consideraţiuni nu scad întru nimic munca şi valoarea documentară a lucrării eruditului pediatru dela Cluj, care a cruţat astfel studenţilor şi oboseala de a lua *note la cursuri* — cu toate că aceste *note* de regulă *elementare* sunt cele cari se imprimă pentru totdeauna în amintire.

Personal mai sunt pentru *Cursurile stenografiate*, cari apropie mai mult pe profesor de student şi-i reflectează mai bine învăţătura.

Autorul este de felicitat însă pentru capitolul de „Semiologie infantilă românească" care formează obiectul vol. II; — şi mai ales pentru opera constructivă prin care a strâns la un loc tot materialul privitor la cunoaşterea copilului şi apărarea lui.

Adăogăm numai că „*Fisiologia Clinică a Copilului*" n'a fost complect neglijată în trecut la noi, din moment ce a făcut obiectul unor lecţiuni foarte instructive ţinute dupe război la facultatea de med. din Bucureşti de către d-l D-r Gh. Banu în calitate de docent; — că „*Primul Tratat. Românesc de Fisiologie Medicală*" a fost scris, chiar dacă în franţuzeşte, de marele nostru savant, răp. Prof. N. Paulescu; acest *Traité de Physiologie médicale* par le D-r N. C. Paulesco, Professeur à la Faculté de Médecine de Bucarest, a apărut în 3 vol. la Bucureşti „Cartea Românească" între 1920—21, însumând sute de pagini fie-care; — Iar „*Primul Maestru al Medicinei Infantile Româneşti*" — cu toată stima şi simpatia ce avem pentru D-l Prof. M. Manicatide, titularul catedrei de pediatrie din Bucureşti, ale cărui merite nu sunt întru nimic micşorate prin această contestare — este predecesorul său la catedră, răp. mare clinician pediatru, Prof. N. Tomescu, — pe care în broşurica ce avem în faţă cu „Statutele Soc. de Pediatrie şi Protecţiune a Sănătăţii Primei Copilării", Societate ce el înfiinţase în 1910, îl vedem Preşedinte al Comitetului în 1910—1911 — şi ai cărui eminenţi colaboratori apropiaţi, D-nii Prof. S. Graçoski şi T. Gane, ocupă în prezent catedrele de clinică Infantilă şi de Puericultură la Iaşi şi Bucureşti şi cari asigură în prezent, împreună cu D-l Prof. M. Manicatide, cu acelaş prestigiu, Invăţământul Medicinei Infantile Româneşti, la care a fost asociat de curând şi eruditul pediatru dela Cluj.

M. Cânculescu.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

VI.

Diverse

Un caz de practică clandestină a medicinei şi farmaciei*)

Galaţi 12 Noembre 1937.

Domnule Crăciunescu

Ca să ne putem da seama de starea sănătăţii D-tră trebuie să ne trimiteţi o radioscopie de astăzi cu concluziile scrise. Vă trimit şi o foaie de observaţie, pe care o veţi completa cu ceace vă doare şi ce simţiţi astăzi.

Odată cu radioscopia şi foaica de observaţie, să ne trimiteţi şi 23 lei în mărci pentru poştă şi foaiea de observaţie.

Leacurile pentru o lună vă costă 1200 lei; iar pentru 15 zile vă costă 600 lei, la domiciliul D-tră.

In caz că nu vă merge bine, primim leacurile îndărăt — şi vă restituim banii, scăzându-se ceace aţi consumat şi privindu-vă transportul ale retur.

Nu este nevoie de nici o deplasare.

Cu distinsă stimă,
Dr. N. Ştefănescu
Radiolog şi specialist în Tuberculoză
Str. Cazărmii 175
şi
Ev. Constantinide
Str. Cazărmii 175
Galaţi.

---

*) Numărul de faţă al revistei, apărând cu întârzierea dictată de dimensiunile lui obişnuite, a permis înserarea cu anticipaţie a acestui eloquent document, comunicat nouă de către un domn farmacist din Craiova.

SĂ RĂSPUNDEȚI LA ACESTE INTREBĂRI: „DA SAU NU".

Dacă tușești.
Dacă ai junghiuri (sau dureri intercostale).
Dacă ai avut hemoptizii (scuipare de sânge), sau ai acum.
Dacă ai febră (ferbințeală).
Dacă transpiri.
Dacă ai sete.
Dacă ai năduf (asmă).
Dacă ai dureri sub coaste.
Dacă ai apetit.
Dacă ai somn.
Dacă stomacul funcționează.
Dacă ai gută.
Dacă ai diabet.
Dacă ai laringită.
Dacă ai tuberculoză intestinală.
Dacă ai peritonită tuberculoasă.
Dacă ai tuberculoză renală.
Dacă bolnavul (a) stă în pat.
Dacă urina e de culoare normală (sau roșie).
Ce etate ai.
Indeletnicirea.
Dacă ai vr'o boală ascunsă.
De cât timp ești bolnav.
Cu ce medici te-ai căutat.
Strada. . . . . No. . .

Orașu. . . . . .
Comuna. . . . . .
Județul. . . . . .

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fiind boala mea gravă și în cazul că nu voi putea suporta leacurile luate dela D-l Constantinide, n'am nici cea mai mică pretenție — atât eu cât și rudele mele, — iar dacă în 10—15 zile nu-ți merge bine cu leacurile le primesc îndărăt, și vă restitui bani scăzându-se ceace ați consumat și privindu-vă transportul dusîntors.

Data. . . . . Semnătura,