ANUL XI-lea, No. 9—10 SEPTEMBRIE-OCTOMBRIE 1938

MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ

REVISTĂ LUNARĂ DE MEDICINĂ GENERALĂ

SUMARUL

Pag.

Cronica medicală 581

Doc. M. CÂNCIULESCU: INTERDEPENDENTA FUNCTIONALA SI TERAPEUTICA A ORGANELOR TORACICE.—SINDROMUL INFUNDIBULULUI PULMONAR . . 585

Doc. D-r I. N. DONA: SISTEMELE LA TEKIR-GHIOL SI MAI ALES „A LA PISTYANUL" 599

IOSIF LEONIDA: O NOUĂ CONCEPTIE DESPRE PELAGRA 613

Doc. M. NASTA: DIRECTIVE NOI IN PROFILAXIA TUBERCULOZEI IN COPILARIE SI ADOLESCENTA 625

LEON RODESCU: TRATAMENTUL BILITIASEI (LITIASA BILIARA SI RENALA) CU APELE MINERALE DIN „SLANICUL-MOLDOVEI". 633

M. SĂCEANU: 2 CAZURI DE REINFECTIE SIFILITICA 639

Conf. D-r FL. EM. SĂRĂŢEANU: ACCIDENTUL PRIMAR (SANCRUL LIMFOGRANULOMATOS) IN BOALA LUI NICOLAS SI FAVRE 643

SIMION SURUGIU: AFECTIUNILE GASTRO-INTESTINALE ALE COPILULUI DETERMINATE DE PROTOZOARE. 657

M. TYNDEL: VITAMINELE IN TRATAMENTUL MALADIILOR NERVOASE SI MINTALE 662

Prof. C. I. URECHIA şi Docent C. C. VELUDA: NEURO-MIELITA OPTICA-CONTROL ANATOMIC. 672

Conferenţiar D-r ALFRED RUSESCU, Intern D-ra D-r DANIELOPOLU, şi Extern MANEA: SINDROMUL FALLOIDIAN IN LUMINA CERCETARILOR ACTUALE . 678

II.

NOUTĂŢI TERAPEUTICE.

Criptorchidie... pag. 685. — **Coclişoida...** pag. 686. — **Mastopatiile menstruale...** pag. 686. — **Nevralgii...** pag. 688. — **Plăgi...** pag. 689.—**Prurit anal...** pag. 690.

III.

CARŢI—MONOGRAFII—TEZE.

Docent M. POPESCU-BUZEU: CURA HIDROMINERALA IN INFECTIUNILE APARATULUI URINAR.—Bucureşti, 1938 691

Docent D-r BLATT: PROFILAXIA CECITATII IN ROMANIA 692

(Urmare pag. 2 cop.)

Cluj / Central University Library Cluj

51.293 SCRISUL ROMÂNESC, CRAIOVA

Pag.

Prof. GH. POPOVICIU: ELEMENTE DE PEDIATRIE SI PUERICULTURA — Vol. 8, Partea I şi II, Tip. Lumina Cluj, 1938. 694

I. GLĂVAN: TITLURI SI LUCRARI STIINTIFICE. — Tipogafia Românească, Oradea, 1937. 695

BULETINUL SPITALULUI DE BOLI MINTALE SI NERVOASE DIN CERNAUTI, Anul I, 1938, Tip. „Glasul Bucovinei" Cernăuţi 697

FEUILLETS MEDICAUX: ENCYCLOPEDIE PERMANENTE MEDICO-CHIRURGICALE. — Libr. Maloine, Paris. 698

BARBOZA VIANNA: CONFERENCES D'ORTHOPEDIE ET DE CHIRURGIE INFANTILE. — Rio de janeiro, 1936 699

Recensate de *M. Cânciulescu*

D-r ALEXANDER CEMACH: CAILE RESPIRATORII, GURA SI URECHEA — DIAGNOSTIC IN FORMA DE TABLOURI.—Wien, 1936 — In România, H. Walther, Sibiu 699

Rec. de *D-r L. Segal*

Doc. D-r LUDWIG MOSKOWICZ: KLEINE CHIRURGIE.— V. Maudrich, Wien — In România, H. Walther, Sibiu, 1938 701

Rec. de *M. C. şi R. H.*

TEZE: IASI, No. 1735—1781/1937 703

IV.

DIVERSE — INFORMAŢIUNI

Un Congres Internaţional de Fiziologie. 705

Instrucţiunile ministerului sănătăţii pentru activitatea serviciilor sanitare de circumscripţii 705

Situaţia sanitară a judeţului Sibiu 706

Preventoriul de la Cervenia-Teleorman 707

BCU Cluj / Central University Library Cluj

V.

DĂRI DE SEAMĂ—ANALIZE

ACADEMIA DE MEDICINA — Şed. din 19 Oct. 1938 VI

REVISTA PRESEI MEDICALE ROMANEŞTI . . . . . VI—XLVIII

Din „SUMARUL" No. viitoare II

TABLA ALFABETICA A CASELOR FARMACEUTICE III

CONDIŢIUNI DE PUBLICITATE ŞI ABONAMENT XLVIII

Redacţia şi Administraţia:

„Mişcarea Medicală Română"

Str. Sf-ţi Arhangheli, 9

Cralova — România

CRONICA MEDICALĂ ROMÂNĂ

ECHIPELE VOLANTE DE SPECIALIŞTI.

Caracterul ofensiv al campaniei sanitare, ce se duce în prezent pe tot cuprinsul ţării, este de netăgăduit.

De aceea menţinem cuvântul, cu toate că oficialitatea care are marele merit de a o fi deslănţuit, îl repudiază.

Campania va fi îndelungată, pentru-că răsboiul va trebui să se permanentizeze, contra boalelor şi racilelor multiple cari, devenind ameninţătoare, trebuesc stăvilite din când în când printr'o mobilizare generală a tutulor mijloacelor de acţiune.

Astfel precum s-a făcut în prima parte din cele 2 luni de vară, când în ajutorul echipelor sanitare instituite au sărit toate autorităţile locale, în limita posibilităţii de înţelegere şi de acţiune a fie-căreia.

In această epocă s'a urmărit în primul rând higiena satelor şi începutul de stabilire al unei „Evidenţe sanitare" care va trebui mereu complectată şi menţinută în vedere, că de asta se şi cheamă „evidenţă"; „Monografiile" cari se dreseazâ, urmăresc acest scop şi ca să-l atingă pe deplin, trebueşte ca „Minută" după „Minută" să se stabilească şi „Minutele" să se succeadă în complectare.

Geniul sanitar a trebuit să fie mai mult pus la contribuţie în această primă ofensivă, pentru curăţirea locuinţelor, văruirea, introducerea latrinelor la sate, săparea şanţurilor în vederea scurgerei apelor, sleirea fântânilor şi facerea de puţuri sistematice, ş. a.; pe cât posibil depistarea şi stavilirea boalelor contagioase, pe cât cu putinţă combaterea prin mijloace reduse a boalelor sociale faţă de cari numai medicul singur rămâne neputincios.

Pornită în suprafaţă de întindere şi exercitată la suprafaţă de teren, această ofensivă a dat cele mai bune rezultate, a căror centralizare se face în prezent la Ministerul Sănătăţii Publice şi a căror date nu vor întârzia să fie cunoscute în amănunte.

Ofensiva care se întreprinde în prezent prin echipele de specialişti, nu este de fapt a doua; ea face parte dintr'o întreagă serie de măsuri, de importanţă capitală, şi cari sunt cuprinse în „Instrucţiile Ministerului Sănătăţii pentru activitatea serviciilor sanitare de circumscripţii" pe cari le publicăm la rubrica „Diverse" a acestui număr.

Dacă activitatea serviciilor sanitare de circumscripţie s-ar fi exercitat din vreme în sensul acestor măsuri, roadele campaniei din vară ar fi fost şi mai bogate.

In orice caz activitatea astfel dirijată a acestor servicii trebue exercitată şi supraveghiată cu cea mai mare stricteţe acum; altfel, o-

fensiva de vară rămâne fără obiect, iar strădania echipelor de specialişti cari cutreeră în fiecare Duminecă şi Sărbătoare ţara, fără rezultat.

Comună după comună, familie cu familie, astfel trebue medicul de circumscripţie să adânceasca, să complecteze rezultatele consemnate de echipele din vară.

Să se sustragă pe cât posibil faimoaselor „Inspecţii obligatorii" cari îl silesc pe raze de kilometri să iscălească odată pe lună condicile dela primării; să stea mai multe zile într'o comună — şi în 2—3 luni le va bate astfel pe toate — ca să revizuiască şi să adâncească tot ce văzuse, să prindă ce i-a scăpat, să supravegheze pe teren executarea măsurilor hotărîte, să prepare terenul pentru activitatea echipelor volante de specialişti.

Mă voi opri la acestea, pentru că fac parte dintr'una din aceste echipe şi pot vorbi în cunoştiinţă de cauză.

După cum am salutat cu entuziasm ofensiva din vară, cu toate derogările ei dela principiile cari cer intensificarea mijloacelor de acţiune pe suprafaţă redusă, dar pe deplin justificată prin necesitatea de a lua contact cu inamicul cât mai din vreme dela început peste tot — tot astfel am apreciat importanţa rolului care este rezervat acestor echipe de specialişti.

Care poate fi rolul acestor echipe?

Acela de a da consultaţii curative în masă la toţi cei cari se prezintă? astfel cum s'a întâmplat la primele 3 şedinţe, din care membrii au eşit uluiţi, zăpăciţi, ameţiţi după sutele de examene făcute, de către unii membrii ai expediţiei cu un debit orar de 30 pe ceas, adică un examen în 2 minute, chiar într'un minut şi jumătate de către unii zeloşi al căror antrenament le-a mărit viteza câştigată.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dar ce examen? mai mult după ochi decât după ureche şi pe al cărui diagnostic aleatoriu personal îl corectam în cazurile dubioase prin bilet de internare în spital.

Această legare de spital va trebui însă să constituiască unul din scopurile de urmărit de către aceşti specialişti.

Şi pentru ce? în cea mai mare parte pentru afecţiuni neînsemnate sau nu de urgenţă; la adulţi nevralgii de pleurită uscată (năduşesc şi răcesc); dureri la lingurea (marea afecţiune a femeii dela ţară cu sindrom solar epigastric prin ptoză viscerală abdominală); slăbiciune (neputere prin exces de muncă şi alimentaţie insuficientă); anemie şi lipsă de desvoltare la copii (prin denutriţie; prin limfatism şi scrofuloză care reprezintă marea boală a copilului dela ţară cu ganglioni la gât şi nas înfundat; prin paraziţi intestinali în proporţie de 70—80%; prin splina paludică nelipsită) ş. a.

S-au prezentat şi câţiva cu afecţiuni grave; o femee cu cancer al colonului deabia eşită din spital şi care venise pentru injecţie de morfină; o osteomielită a gambei cu oasele necrosate acoperite de frunză de lipan; un parkinsonian care improşca cu salivă şi a trebuit lăsat pe loc; o fetiţă cu colită disenteriformă care, cu dispensar în sat şi nu mersese la medic să-i facă injecţii; câteva tuberculoze osteo-articulare dintre cari 4 mi-au şi venit la spital; o cavernă tuberculoasă pe care am diagnosticat-o la spital pentru-că pe loc o luasem drept o banală

reacţie hilară dar suspectă; un abces pulmonar de luni de zile la un băiat care, cu o pleurezie până sus la o fată, a doua zi chiar mi-au şi sosit la spital mai mult în baza asigurării că nu vor plăti nimic — favoare care rămâne de considerat pentru aceşti chemaţi cu ocazia campaniei sanitare; ş. a.

Dar puţini dintre acei bolnavi cari catalogaţi din vreme trebuiau aduşi în faţa echipei, încât după cei 348 examinaţi numai de mine în 3 centre, ţi-ai putea face o idee foarte bună de sănătatea poporului român *).

In ce constă tratamentul acestor afecţiuni, or cât de sumar examinate, dar în general just apreciate? în câteva pomezi şi picături, mai puţine prafuri, pe cari bolnavii n-au în ce să le primească (dar măsuri se pot lua ca să le fie date în sticluţe mici); în cantitate redusă (dar se pot lua măsuri ca să se dea mai mult şi la mai mulţi); prea puţine (dar măsuri se pot lua pentru variaţia formulelor, pentru-ca să nu-şi spună bolnavii că cu 2—3 reţete au tratat tot satul); la cei mai mulţi deloc (pe când ar trebui să plecăm cu butoiaşe de untură de peşte şi cu sute de comprimate pentru limbrici), — pentru-că unii au nevoe de operaţii de nas, gât şi urechi (cari s'ar putea organiza în anumite centre), — alţii de spital (pentru-că au nevoe de anumite examene sau de un tratament mai îndelungat şi pe aceştia medicii de circumscripţie trebue să facă tot posibilul să-i trimeată la spitale, iar administraţiile acestora să le facă cele mai întinse gratuităţi), — mai puţini de internări în sanatorii sau ospicii (şi măcar câţiva să fie trimişi, pentru bunul renume al acestor echipe de ritm nou cari aduc pe specialişti la sate).

Redusele provizii de medicamente terminându-se, mai eliberăm reţete de executat la farmacia din localitate sau din comunele învecinate; soarta caşi rolul acestora rămân ipotetice.

Şi cu toate acestea am constatat cu nespusă bucurie năvala ce ne dau sătenii şi încrederea cu cari vin la noi; de aceea toate măsurile trebuesc luate ca aceste echipe de specialişti să nu înşele speranţele populaţiei şi rolul lor să nu fie minimalizat.

Dacă aceste echipe au fost înfiinţate numai pentru scopul de a da consultaţii de medicină curativă, chiar de practică aşa redusă, şi încă în faţa lor nu trebue aduşi decât anumiţi bolnavi, a căror urgenţă de tratare sau caracter de boală impune precădere; — or mai cu seamă pentru triarea prealabilă a acestoru trebue să intervină în această ocazie medicul local de circumscripţie; pentru-ca specialiştii să nu-şi piardă timpul cu ciurucuri, sau cu toate babele satelor (pe una, fata ei, învăţătoare, a purtat-o la toţi medicii echipei, la ambii ei internişti, înafară de ginecologă şi dentistă).

Personal socotim însă că rolul acestor echipe poate fi întins, nu în suprafaţă ci în adâncime.

De ce să meargă în cât mai multe centre şi să nu se mărgi-

*) Până la încheerea acestui număr, am mai făcut 2 centre, în cari am examinat 398 pacienţi noi, adică mai mulţi decât în primele 3 şedinţe, prin antrenament şi oarecare disciplină.

Impresia că nu se prezintă cei cari trebuesc examinaţi, a rămas aceiaşi. In schimb, arsenalul terapeutic s'a ameliorat.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

nească a activa în mai puţine, la început în cele mai lipsite de asistenţă medicală şi cu cazier de morbiditate sau mortalitate mai încărcat, pe cari să le „facă" familie cu familie, dresând un dosar în care fişa individului să fie pusă în cadrul cel mai indicat, al familiei.

Mergând de mai multe ori în acelaş centru, se vor face desigur mai puţine centre, dar mai complect, şi la diagnosticul „precis" stabilit, care va stabili o „Evidenţă" conformă adevărului, datele în complectare din „minutele" următoare vor veni să ţină situaţia „la curent" şi să o desăvârşească din punctul de vedere al higienei locuinţei, al condiţiilor economice particulare, ş. a.

S'ar face astfel începutul de operă care a dat atât de frumoase rezultate în „Plăşile sanitare model", profilactic odată cu curativ.

Cum socotim noi că trebue să lucreze aceste echipe?

Vom vedea într'o „Cronică" viitoare.

NOUA LEGE A INVĂŢĂMÂNTULUI SUPERIOR

Nu putem exprima toată admiraţia noastră pentru spiritul în care a fost întreprinsă noua reformă a învăţământului superior.

Simplificare, raţionalizare, selecţiune naturală prin concurs, tăerea tutulor punţilor pentru arivişti (nu s-a putut tăia şi craca de sub picioarele celor ajunşi), profesorii la datorie, studenţii la învăţătură, ş. a. multe din aceste principii salutare cari au fost respectate.

Respectate şi impuse, sub aplicarea de sancţiuni severe celor cari se vor abate din calea lor.

Jicnirile personale nu trebue să compteze în faţa scopului urmărit, aceasta a fost deviza legiuitorului, actualul Ministru al Educaţiei Naţionale, D-l Armand Călinescu, care şi pe acest teren s-a dovedit un mare reformator.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Există însă după părerea noastră câteva scăderi fatale, de mică importanţă, datorite unei scăpări din vedere sau poate unei intenţiuni deliberate a cărei raţiune ne scapă, şi pe cari ne propunem a le releva cu toată rezerva, având în vedere soliditatea ansamblului marei reforme.

In primul rând, o derogare dela principiul concursului care, dacă este concurs şi nu mai este trista „Chemare", poate permite oricui cu titluri similare să se prezinte.

Ne referim la Art. 5, care admite la concursul pentru profesori la facultatea de medicină numai pe „Şefii de serviciu spitalicesc, cu vechime de cel puţin 5 ani, din centrele universitare".

Şi o inichitate care se face nu unei singure persoane, ci unei întregi categorii de persoane, inichitate care este cu atât mai nejustificată cu cât stabileşte bariere între posesorii aceluiaşi titlu academic.

Ne referim la aliniatele respective al art. 16, care privesc încadrările docenţilor dela facultăţile de medicină şi cari nu declară conferenţiari definitivi pe docenţii „cari au trecut examenele şi au făcut curs timp de 3 ani", dar n'au fost conferenţiari onorifici.

Vom reveni cu argumente într'o „Cronică" viitoare.

D-r M. CANCIULESCU
Membru al Academiei de medicină

INTERDEPENDENȚA FUNCȚIONALA ȘI TERAPEUTICA A ORGANELOR TORACICE

Fizio-patologia infundibulului arterei pulmonare

de

Doc. D-r M. CÂNCIULESCU
Membru coresp. al Acad. de Medicină

Intre organe se stabilesc legături de dependență funcțională; — în diferite grade, după importanța și complexitatea funcțiunilor lor.

In stare normală, vecinătatea nu constitue un factor condițional de dependență.

In stare patologică, vecinătatea joacă rol în plus, influențarea făcându-se prin contiguitate, propagare directă, cale mecanică ș. a.

Din această influențare reciprocă rezultă sindrome variate și complexe, în descurcarea cărora ne ajută raționamentul patogenic și cunoștințele de ordin fizico-patologic.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In nicio altă cavitate a organismului această dependență prin vecinătate nu este mai strânsă ca în cavitatea toracică.

O piesă uzată, la o mașină ca și la om, turbură funcționarea celorlalte; — pe măsură, noi piese sunt prinse în angrenajul vicios; unele organe se pun în stare de travaliu forțat, ca să supleze lipsei de randament a altora aflate în stare de „meiopragie" funcțională; se stabilesc pentru moment echilibruri compensatoare, până când decompensarea ivită determină noi „Cicluri vicioase" favorabile sau defavorabile, primare sau secundare, mai restrânse sau mai întinse, izolate sau intricate, variabil desvoltate în spațiu și timp.

Aceste reacțiuni particulare determină „formele clinice" pe cari „speţele clinice" se grefează ca tot atâtea „cazuri individuale" greu de diagnosticat și mai greu de tratat.

Identificarea cu un moment mai de vreme ajută la corectarea la timp, la deformarea, transformarea sau suprimarea lor.

Rămân „paradoxale" numai ciclurile neînțelese, neprevăzute.

Toracele cuprinde o cutie musculo-osoasă (coloana vertebrală, coastele, sternul, mușchii intercostali și diafragmul) și o cavitate, în care se află plămânii, inima, mediastinul — cu sercasele pleura și pericardul.

Organele cuprinse se pot influența pe sine (strictura orificiului mitral duce cu vremea la dilatarea orificiului tricuspidian) sau pe celelalte (stenoza mitrală mai produce congestie în plămâni, revărsare lichidă în pleure, junghiu toracic între omoplați).

Influenţarea se poate face prin contact **direct** sau **indirect** (la distanţă):

A) CALEA IMEDIATĂ. directă, se exercitează prin **presiune** (cordul deviat de revărsările pleurale); — prin **tracţiune** (cordul deviat prin procese adesive pleuro-pulmonare); — prin **compresiune** (plămânul colabat prin aerul pătruns în cavitatea pleurală); — prin **iritaţie** (nevralgia intercostală provocată de o placă de pleurită uscată); — prin **propagare** a procesului inflamator sau neoplazic, propagare care se poate face prin **contiguitate** de ţesuturi (procesul pleural poate trece uneori la pericard) sau prin **continuitate** de ţesuturi (stomatele limfaticilor pulmonare deschizându-se în cavitatea pleurală fac ca pleurita să însoţească tuberculoza pulmonară ca umbra pe om).

De câte ori vom constata o deplasare, o deformare de contur, o deslipire sau alipire (sinechie) — atenţia trebue să ni se îndrepte înafara acelor organe.

B) CALEA MEDIATĂ. influenţarea la **distanţă** se exercită prin intermediul circulaţiei, sistemului nervos, bronşiilor, a turburărilor de hematoză, a turburărilor de statică şi de dinamică.

Turburările de circulaţie se pot exercita prin **artere** (afecţiunile scleroase ale plămânilor prin mărirea presiunei arteriale în domeniul arterei pulmonare duc la hipertrofia şi dilatarea cordului drept); — prin **vene** (când cordul stâng cedează bazele plămânilor se congestionează pasiv, prin staza ce se face în venele pulmonare); — prin **limfatice** se tuberculizează, împreună, lobul pulmonar şi grupul său respectiv ganglionar tracheo-bronşic).

Calea nervoasă deslănţue crize de **astm bronşic**, prin fenomene de vagotonie care determină contracţia muşchilor bronşici, fie că spina iritativă există în nas sau în plămâni; şi în unele **crize de angină de piept** oedemul pulmonar se produce nu atât prin flexarea cordului stâng cât prin fenomene de vasodilataţie pulmonară activă.

Bronchiile reprezintă calea pe care se poate produce însemânţarea celuilalt plămân, prin intermediul emboliilor microbiene proectate în tuse, sau prin sângele bacilifer în hemoptizie.

Turburări de hematoză: un torace deformat (scolioză, Pott) produce cianoză prin turburări respiratorii de anoxemie.

Turburări de statică şi de dinamică: forma complexurilor ventriculare pe electrocardiograme în diferitele derivaţiuni este în funcţie de orientarea diametrelor inimei, iar această orientare este în funcţie de poziţia inimei, iar poziţia inimei este în funcţie de statica organelor vecine sau este în funcţie de dinamica care a condus la hipertrofia sau dilataţia cavităţilor sale prin ridicarea regimului de presiune, şi ciclul se închide prin noţiunea masei ventriculare sau a turburărilor de conductibilitate în ramuri.

Terapeutul trebue să cunoască bine aceste cicluri vicioase, pentru-ca intervenind **direct** în mijlocul celor defavorabile, să le poată devia sensul sau suprima cursul, sau intervenind **indirect**, să creeze el cicluri favorabile (exemplu: colabarea plămânului prin pneumotorace sau frenicectomie).

Un exemplu între multe: un scleros aortico-renal cu fenomene de

hipertensiune răcește și face o bronșită; bronșita trenează, bolnavul subfebricitează, ralurile groase dela baza se eternizează, au tendință de a deveni mai fine și a inunda tot parenchimul pulmonar; — bolnavul tratat fără succes o lună de zile cu expectorante, ventuze, injecții antiinfecțioase — se vindecă în câteva zile cu un tratament ținând seamă de factorul circulator, cu regim și diuretice.

Așa se petrec lucrurile ori de câte ori nu prindem legăturile de cauzalitate, și ridicăm la rangul de complex primar o afecțiune secundară.

Pentru tratare vom împărți subiectul în 3 părți:

PARTEA I. care cuprinde noțiunile elementare asupra sinergiilor funcționale normale dintre organele aflate în torace.

Lipsa de timp ne împedecă a expune noțiunile relative la dependențele funcționale normale cari se petrec între organele toracice.

PARTEA II. va cuprinde câteva spețe clinice mai des întâlnite, precum și câteva cazuri terapeutice mai caracteristice.

Din acestea iarăși din cauza timpului rezervat nu vom prezenta decât prea puține.

PARTEA III. va prezenta expunerea anatomo-clinică a **sindromului infundibular**, descris de noi în **afecțiunile scleroase pleuro-pulmonare stângi.**

* * *

Vom prezenta câteva exemple de sinergii funcțiunile și terapeutice între organele toracelui.

Am spus că aspectele clinice sunt tablouri simptomatologice desfășurate în spațiu și timp, cari se exteriorizează prin semne numite simptome.

Fiecare semn își are o *significație patogenică*, care le anunță ivirea și le explică prezența.

Să luăm **bronșita** sau **bronșitele**, cari reprezintă pe lângă o afecțiune primară frequentă în forma acută, dar mai dese-ori o complicație secundară, precum: în rhino-tracheo-bronșita descendentă consecutivă afecțiunilor retro-cavului nasal, la copii, mai ales; — bronșita precede la rându-i emfizemul pulmonar; succede sclerozelor pleuro-pulmonare până sub aspectul extrem al bronșectaziei; este contimporană cu tuberculoza pulmonară; cu o afecțiune cardiacă decompensată.

In toate aceste împrejurări „etiologice" zise, bronșita prezintă un aspect „clinic", un tablou „anatomo-patologic", pe cari mecanismul „patogenic" ni-le explică și ne face a le bănui cu anticipație, dacă raționăm fiziologicește.

O **stenoză bronșică**, de cauze atât de variate pe care de asemenea trebue să le descifrăm poate determina o retracție a peretelui costal prin lipsa de expansiune a peretelui toracic; — prin jena adusă jocului mișcărilor respiratorii provoacă cianoza, prin anoxemie; — prin turburarea mecanicei circulatorii conduce la insuficiența cordului drept; staza la rându-i exaltă saprofitismul microbian local și aduce fenomene de infecție cu semne de inflamație, cari printr'o evoluție acută pot de-

termina o gangrenă pulmonară sau abces, iar printr'o evoluţie lentă o tuberculoză pulmonară unilaterală; — diminuţia expansiunei inspiratorii, care sub ecranul radioscopic explică fenomenul de balansare respiratorie a mediastinului, descoperit de Rist, conduce cu vremea la deplasarea permanentă a mediastinului, generatrice la rându-i de atâtea alte cicluri în organele vecine încât fără firul conducător al fizio-patologiei nu ne putem orienta.

Rachiticii şi poticii îşi au inima lor.

In pneumonie s'a spus că boala este la plămân, dar pericolul la inimă; la bătrâni mai ales.

In tuberculoza ganglio-pulmonară limfaticele transmit boala dela plămân la pleura suprajacentă, hemoptizia bacilifară o transmite în plămânul vecin, stomatele sau hiatusurile diafragmatice dela pleură la peritoneu, sau vice-versa.

Prezenţa celulei cardiace în sputa hemoptoică traduce staza cardiacă dela baze; prezenţa albuminei în cantitate de 2—3 grame la sută se constată în serositatea sau expectoraţia oedematoasă.

Influenţa pleurei este în funcţie de boala organelor vecine; oedemul a vacuo, care poate urma după o toracenteză totală, este un accident care se poate înlătura; compresiunea plămânului prin aerul introdus în cavitatea pleurală reprezintă un ciclu favorabil determinat de medic, când în mod spontan nu-l provoacă evoluţia naturală a boalei; şi atunci nu este întotdeauna favorabil.

Lipsa de timp ne împedecă a relata, oricât pe scurt, condiţiile de producere ale emfisemului pulmonar: emfisem esenţial sau secundar; emfisem hipertrofic sau vicariant; emfizem acut şi generalizat în astm; emfizem de origine cartilaginoasă (tip Freund) pasibil de intervenţie chirurgicală; emfizem interlobular asfixiant; emfizem mediastinal sufocant; emfizemul subcutanat, de supraveghiat; emfizemul des conscrits adică al recruţilor, descris de Galliard, care deşteaptă atenţia asupra unei tuberculoze latente.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Patologia mediastinului ne oferă cele mai strălucite exemple de interdependenţe paralele şi intricate; timpul nu ne permite a relata istoricul unui diverticul oesofagian şi al unei limfogranulomatoze mediastinale cu pleurezie etajată, compresie pe cordul drept şi hipocratism digital, variabil dupe cum extrăgeam lichidul prin puncţie sau ridicam presiunea intrapleurală prin introducere de aer, cazuri clinice cari au făcut obiectul unor comunicări personale.

Cordul ne oferă de asemenea exemple tipice de cicluri favorabile şi defavorabile; interioare (compresia ventriculului drept prin hipertrofia excentrică a ventricului stâng, zisul sindrom al lui Bernheim) sau exterioare; deschise sau închise.

Azi aderenţele intrapleurale şi extra-pericardice se resecă; — plastronul costal precardiac se mobilizează; plămânul se comprimă prin aer; puroiul piopneumotoracelui tuberculos se înlocueşte cu oleu, piotoracele devenind oleotorace; — deviaţiile vertebrale se redresează; cartilagiile costale se resecă în emfisem şi în tuberculoza pulmonară; peretele costal pe mare întindere în cavernele pulmonare; — frenicul în cavernele situate spre baze — toate intervenţiuni prin care se ur-

mărește punerea în contact imediat a peretelui toraco-costal cu organele cuprinse în cavitatea toracică.

* * *

SINDROMUL INFUNDIBULAR AL AFECȚIUNILOR SCLEROASE PLEUROPULMONARE

Un exemplu de cea mai complexă interdependență a organelor toracice îl oferă **Sindromul infundibular al sclerozelor pleuro-pulmonare stângi.**

Am dat acest nume unui sindrom constituit de asociația unei afecțiuni *scleroase a plămânului stâng, cu modificări importante din partea* infundibulului arterei pulmonare.

Aspectul acestui compartiment al cavității ventriculare drepte este în aceste cazuri atât de caracteristic, încât poate fi socotit ca determinând o formă specială, nouă, a acestor afecțiuni.

Un aspect clinic clar; o imagine radiologică care se deosebește de toate aspectele cunoscute ale marginei stângi a inimei în stare normală și patologică; constatări anatomo-patologice precise și putința de a le explica mecanismul fizio-patologic — îndreptățesc degajarea acestui sindrom.

In forma cea mai complectă se găsește realizat de sclerozele *pleuro-pulmonare stângi; — dar există sub forma esențială de dilatație* primitivă a infundibulului pulmonar în asteniile consecutive boalelor infecțioase acute, precum gripa, febra tifoidă, pneumonia.

Isolat de noi în 1919, a fost comunicat pentru prima oară la Cercul medico-farmaceutic din Craiova în ședințele din 1 Oct. 1919, 14 Febr. și 15 Mai 1920, având colaborator pentru partea radiologică pe d-l D-r L. Eschenasi, medic primar radiolog al Spit. Filantropia; — a servit ca lucrare pentru abilitarea noastră ca docent de medicină internă în anul 1925; — a format obiectul unei întregi serii de lucrări, între cari lucrarea intitulată: **La pulsation de l'infundibulum pulmonaire. Formes cliniques, mecanisme physio-pathologique,** comunicată la „Soc. méd. des hôpitaux din București" în ședința din 30 Martie 1927, și publicată în No. 10, din Dec. 1927, al Buletinului Societății; — lucrarea publicată cu Domnul Profesor Hațieganu în 1934, asupra ***Sindromului hiposistoliei cerebrale,*** *apărută* în revista „Mișcarea Medicală Română" No. 3/1934; — lucrarea **Afecțiunile cordului în urma tuberculozei scleroase a plămânului,** premiată de Academia Română în 1937 cu Premiul D-r L. L. Russ.

O confirmare a constatărilor noastre a fost făcută de D-nii D-ri Alexandrescu-Dersca, E. Lazeanu, C. Vasilescu în lucrarea **„Dilatație anevrismală a infundibulului arterei pulmonare cu hipertrofia și dilatația cordului drept și insuficiență cardiacă consecutivă sclerozei pleuropulmonare,** lucrare publicată în „Mișcarea Medicală Română" No. 3/1934.

Confirmarea cea mai desăvârșită a fost însă făcută în mod indirect în anul 1935 de către D-nii Joseph Génévrier și Hector Descomps în **Syndrome artériel pulmonaire dans la sinistrocardie,** lucrare publicată în Presse Médicale No. 53 din 1935.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ne-am permis a da aceste relaţii de ordin bibliografic, pentru revendicare de prioritate.

*

SCLEROZELE PLEURO-PULMONARE

Sclerozele Pleuro-Pulmonare ne-au preocupat de mult. Vom reproduce cele ce scriam în lucrarea noastră din 1925:

Această afecţiune, indiferent de cauza etiologică, care o determină, prin aderenţele strânse, pe cari le contractează cu sacul pericardic, produce o deplasare a cordului, ale cărui ax, feţe şi diametre sufer mişcări din loc şi modificări de orientare.

Mărginindu-ne la rapoartele inimei cu afecţiunile scleroase localisate asupra pleuro plămânului stâng, asupra cărora atenţia fiindu-ne îndreptată de mult timp am întreprins un studiu amănunţit, pentru moment admitem că deplasările se pot face în masă, cordul în totalitate fiind tras spre stânga şi constituind ectopia în general numită **sinistrocardie**; alteori mişcarea poate fi de **basculă**, când cordul rămânând pe loc este deviată numai baza sau vârful, **bascula** efectuându-se în sens transversal sau antero-posterior; în fine cordul poate suferi o **mişcare de torsiune**, de răsucire pe loc în jurul axului longitudinal, ceea ce va avea ca efect modificări în orientarea de privire a feţelor; o subvarietate a acesteia este **torsiunea parţială**, în care vârful rămânând pe loc se răsuceşte numai baza, casul cel mai frequent, sau invers când baza fiind fixată într'o poziţie se răsuceşte numai vârful; de cele mai multe ori toate aceste deplasări se combină, inima fiind mişcată din loc, înclinându-se şi răsucindu-se; sau combinaţiile sunt parţiale, cea ce va constitui tot atâtea varietăţi de ectopii.

Această clasificaţie, care ne aparţine, se sprijină pe observaţiuni numeroase şi este justificată de datele radiologice coroborate de constatările anatomo-patologice.

Mişcările de torsiune totală sau parţială, independent de faptul că pot rămâne isolate sau să se combine, nu se pot efectua decât spre stânga, mişcarea îndreptându-se înapoi şi înăuntru; ele sunt determinate de aderenţe, cari se inseră cu o extremitate pe sacul pericardic şi cu cealaltă pe un punct fix situat înapoi pe coloana vertebrală.

Biblioteca Universitară Cluj / Central University Library Cluj

Rolul aderenţelor îl joacă în specie masa fibroasă, care coprinde sac pericardic, vase mari, plămân, hil; retracţia se face spre coloana vertebrală.

Torsiunile parţiale, cari lasă vârful pe loc şi răsucesc numai baza, se fac deobicei şi poate numai la stânga, din cauza vecinătăţii imediate şi a contactului mai întins şi mai strâns al pericardului cu plămânul stâng.

Retracţia se face în primul rând în direcţia hilului, primul punct de sprijin mai solid, şi un urmă spre coloana vertebrală, reazim definitiv; ea se exercitează spre hil, locul originar al procesului şi către care se îndreaptă toate organele atinse de scleroză; se exercitează în bună parte şi prin intermediul ligamentelor pericardo-vertebrale, cari merg să se resolve prin fascicule lamelare în jurul arterei pulmonare stângi şi a celorlalte elemente ale hilului.

Aderenţele strânse dintre plămân, pericard, diafragm şi plastron sterno-costal — procesul cu încetul şi cu timpul generalisându-se — fixează vârful şi faţa inferioară a inimei şi facilitează torsiunea, care se exercitează mai uşor asupra bazei, şi în direcţia hilului pulmonar.

La acest proces de retracţie iau parte şi coastele prin faptul sudării sinusurilor pleurale şi al suprimării cavităţii pleurale virtuale; pentru acest motiv în aceste afecţiuni peretele toracic este deprimat, coastele sunt înfundate şi prezintă o oblicuitate mai mare, spaţiile intercostale de obiceiu inferioare sunt micşorate.

Sub claviculă retracţia costală merge până la o adevărată înfundătură, care prin permanenţa şi exagerarea ei ajută a menţine inima în poziţia nouă căpătată; se poate chiar admite că acest nou factor costal devine activ şi contribue la determinarea mişcării de torsiune descrise.

Sclerozele pleuropulmonare mai sunt însoţite de o deformaţie a coloanei vertebrale, care constă într'o scolioză; aceasta în toate casurile noastre afecta o curbură cu concavitatea la stânga; ea determină desigur scoborârea umărului şi a marginei costale inferioare de partea stângă; fără îndoială că această deformaţie vertebrală contribue în bună parte la turtirea toracelui şi deci favorizează rolul în orice cas accesoriu; dar la rându-i credem că în mod direct contribue la accentuarea mişcării torsionale a bazei inimei prin deplasarea către dreapta şi

înapoi a punctului de sprijin fix, vertebral, punct pe care se inseră ligamentul pericardo-vertebral stâng, punct către care în ultimă instanță se îndreaptă prin intermediul hilului orice proces scleros retractil al plămânului.

*

SYNDROMUL INFUNDIBULAR AL SCLEROZELOR PLEURO-PULMONARE STÂNGI.

Trecând la descrierea anatomo-clinică detaliată a primelor 2 cazuri cari au făcut obiectul comunicărilor noastre din 1919 și 1920, fără a ne opri la celelalte observații din diferitele noastre lucrări cari au complectat studiul precitat și cari au condus la vederea mai largă asupra fizio-patologiei generale a infundibulului pulmonar — vom reda descrierea acestui sindrom așa cum l'am schițat dela început, în 1919; și consemnat apoi în lucrările din 1925 și 1927; — în urmă vom trece în revistă noțiunile cari au condus la descrierea acestui sindrom, precum și noțiunile de complectare ulterioară; — și la sfârșit vom expune elementele noi cari rees din lucrarea autorilor francezi din 1935.

Aspectul clinic.

Syndromul infundibular al sclerozelor pleuro-pulmonare stângi prezintă:

1. Semne de scleroză pleuro-pulmonară

localizate la stânga sau cu predominență de partea stângă.

2. Deformații toraco-vertebrale

Deformațiile 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 localisată 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 ascuțit sau lărgindu-se, dupe cum apendicele xifoid este atras în mișcare sau rămâne pe loc.

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

3. Semne cardiace

Pulsații anormale, violente, sistolice, la nivelul spațiului II intercostal stâng, insoțite de o
sguduire puternică a peretelui toracic și
răsunet intens al timpului II în diastolă;
pulsații în mai multe spații intercostale prin contactul mai intim și pe o suprafață mai mare a peretelui costal cu ventriculul drept hipertrofiat.

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

Caractere grafice și radiologice.

Traseuri grafice. Inscripția s'a făcut cu aparatul lui Jaquet; înclinarea în decubit lateral stâng, cum recomandă Pachon, a fost ușurată prin însăși deformația toracică.

Curba socotită ca luată la vârf aparține tot ventriculului drept; identificarea s'a făcut pe cadavru; asemănarea între curbe precisează semnificația celei superioare.

Ceeace le-ar caracteriza întrucâtva ar fi:
inscripția undei auriculare A, dovadă de energia de contracție a oreietei;
constatarea undei S, sigmoidiene de închidere, pe V al flebogramei și pe linia descendentă a cardiogramei, ceeace, dupe cum am arătat într'o lucrare ante-

rioară,[1]) dovedește regimul de mare presiune sanguină, care domnește în teritoriul circulator considerat și un oare-care grad de dilatație a peretelui ventricular.

Platoul susținut al infundibulogramei mărturisește nu atât energia pulsației, cât inscripția integrală a perioadei de contracție și deci dă dovadă de posiția pulsației; într'adevăr, inscripția în decubit net dorsal, fără înclinație pe stânga, obținea curbe integrale pe infundibul și deformate, nesusținute, pe regiunile inferioare ale ventriculului.

Calqiurile, sunt luate prin transparență pe masa de autopsie; ele reprezintă configurația externă anterioară a inimei și deci a rapoartelor cu plastronul sterno costal.

Ventriculul drept formează cea mai mare parte a suprafeței anterioare ocupând și segmentul supero-extern stâng și, prin împingerea extremității superioare a șanțului interventricular anterior pe fața posterioară, luând parte pe o mică întindere și la constituirea feței posterioare a inimei.

Ventriculul stâng este redus la o fâșie mică, care se termină la vârful inimei, vârf ridicat în sus și constituind imaginea radiologică a inimei „en sabot".

Bombarea conturului inferior al inimei lipsește 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 și răspunde la spațiul II intercostal.

Inima nu părăsește poziția, rapoartele cu sternul fiind cele normale.

Fotografiile, redând mărimea naturală a organului privit pe marginea sa stângă, precizează forma și situația șanțului interventricular anterior.

Se vede cum acest șanț nu începe pe fața anterioară, ca de obiceiu, ci pe cea posterioară la 2 ctm. de marginea stângă a feței, sensibil dedesubtul și la oare-care distanță de urechiușa stângă, conturnează marginea stângă a inimei la 2 ctm. sub orificiul valvular pulmonar, scoboară descriind o curbă cu concavitatea privind la stânga și merge să împartă vârful inimei în 2 porțiuni: una superioară aparținând ventriculului stâng și alta inferioară și mai înăuntru ținând de ventriculul drept, bifiditate a vârfului, care determină imaginea en sabot; se perde în urmă pe fața posterioară.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

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

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

Radiogramele sunt fotografii ale inimei luate la distanță, deci teleradiograme.

Imaginea inimei, nu îndeajuns de clară și aceasta din cauza obscurității câmpului pulmonar stâng și intrucât-va și a celui drept, se deosebește de cea redată de calqiuri; ea reprezintă conturul inimei în viață și în poziție verticală; acea din urmă pe acela luat pe masa de autopsie.

Primele 2 radiograme dau aspectul a inimi de tip vertical; credem că acest aspect este datorit nu atât formei alungite și strâmte a toracelui, cât redresării marginei stângi a inimei, care, prin proectarea spre stânga a regiunei infundibulare, face să se peardă oblicuitatea sa normală.

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

Ortodiagrama, obținută cu foarte mare greutate din cauza obscurității câmpului pulmonar stâng, a permis să distingem în arcul ventricular 2 forme de pulsațiuni suprapuse; pulsațiile superioare se evidențiau printr'o amplitudine mai mare a mișcărilor.

În inspirații adânci conturul inferior nu se separa bine de umbra diafragmatică.

Diafragmul stâng prezintă mișcări mai reduse.

Examenul în poziții oblice nu s'a putut practica din cauza obscurității spațiului clar retro-cardiac.

De altfel poziția oblică posterioară stângă ca și cea transversă ar fi singurele capabile de a pune în evidență dilatația simplă a infundibului, dilatație care, am emis părerea, că ar constitui primul grad al oricărei dilatații ventriculare drepte.

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

---

1) Studiul grafic al închiderii valvelor sigmoide ale inimei. București, „Tipoglob". 1914

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

Frequenţa aestui syndrom se poate stabili în spitalele de tuberculoşi; noi l-am întâlnit în mai multe rânduri şi în diferite grade de schijare 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 realisează; 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.

Ar trebui căutat încă în cazurile de scolioză dorsală superioară esenţială.

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

dilataţia arterei pulmonare;
dilataţia 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 pleuropulmonară cu sau fără deformaţii toraco-rachidiene.

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

Anatomia patologică.

O reprezintă:

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

Mecanism fizio-patologic — Patogenie.

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

Avem astfel o imagine anatomică nouă.

Se întâmplă astfel ca la porţiunea ventriculară a marginei stângi să participe o cavitate nouă care prin deformaţiile speciale, ce va suferi, să formeze şi o imagine radiologică nouă.

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

Vom avea astfel şi un aspect clinic bine definit.

Mişcarea de torsiune aduce infundibulul pe marginea stângă a inimei şi dilataţia îi face pulsaţiile vizibile.

1. — ***Mecanismul torsiunei***, se săvârşeşte prin

o tracţiune lentă exercitată asupra bazei inimei, înapoi şi la stânga, în direcţia hilului pulmonar stâng şi a coloanei vertebrale; tracţiunea se exercită prin intermediul extremităţii superioare şi a feţei laterale subjacente a sacului fibros pericardic şi prin al arterei pulmonare cu ramura sa de bifurcaţie stângă.

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

Mişcarea poate fi ajutată încă prin deviarea coloanei vertebrale dorsale, care, formând o curbura cu convexitatea la dreapta, îndepărtează punctul de fixare al ligamentului pericardo-vertebral stâng şi mai cu seamă atrage hilul stâng înspre dreapta.

In tot acest timp vârful rămâne pe loc, fie că este fixat prin aderenţe, fie că mişcarea de răsucire asupra bazei este aşa de înceată, încât efectul nu se exercitează şi asupra vârfului.

Cauzele, deci afecţiunile 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 resistenţă;

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 fisiologic, excentralisarea cavităţii infundibulului din axul arterei pulmonare ar face ca coloana sanguină să isbească mai mult peretele stâng, şi cu timpul să-l destindă.

Dilataţia infundibulului poate determina în afară de mărirea generală a cavităţii ventriculare drepte, care poate lipsi, ca în observaţia 1, o lărgire a orificiului pulmonar.

Acordăm o mare valoare acestui factor.

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.

*

In cercetările de ordin grafic şi experimental făcute între 1912—1914, cari au condus la lucrarea inaugurală de teză din 1914 **„Studiul grafic al ocluziunei valvelor signoide ale inimei — Dicrotismul pulsului"**, am reuşit a înregistra diferitele aspecte ale pulsaţiilor regiunei cardiace — în special ale ventriculului drept şi ale pulsului venos jugular, scoţând în evidenţă rolul hipotonicităţii miocardului, precum şi al hipertensiunei stabilite în domeniul micei circulaţii şi al sistemului venos jugular.

Biblioteca Universitară "Iaşi" / Digitized by Google

Inregistrarea grafică a fenomenului de galop al cordului drept ne-a preocupat în deosebi.

In 1916, Lutembacher în descrierea „Sindromului triscupidian terminal" reproduce 2 fotografii pe cari dilataţia infundibulului pulmonar reese manifest din proeminenţa situată pe faţa anterioară a bazei inimei; dar pe când acest autor insistă asupra constatărilor anatomo-patologice (les trouvailles d'autopsie), nu vorbeşte de imagina clinică şi radiologică în timpul vieţei.

In 1920 Vaquez şi Bordet în cartea **Radiologie des vaisseaux de la base du coeur** vorbind de dilataţia en aval pe care stricturarea orificiului pulmonar (lesiune ideală în speţă) o produce, admit că această dilataţie interesează infundibulul şi se traduce anatomiceşte printr'o proeminenţă, precum cred că această eşitură a infundibulului dilatat, ar trebui să se recunoască la ecran în poziţia laterală, în fapt imaginea sa se confundă cu aceea a organului hipertrofiat.

In 1926 Laubry, Chaperon şi M. Tomas în „Etude radiologique du hyle et des vaisseaux pulmonaires" au relevat participaţia infundibulului pulmonar la sindromul hipertensiunei circulaţiei pulmonare, dar numai au semnalat-o întinzându-se în special deasupra orificiului pulmonar, în partea hilurilor vasculare.

Noi însă am insistat dela 1919 asupra precocităţii de participaţie

a infundibulului la sindromul hipertensiunei pulmonare; — am remarcat dilatația infundibulului înafară de orice hipertensiune, ca indice al unui cord drept astenic, dilatație pură, isolată, la indivizi convalescenți de o boală acută cari prezintau un galop al cordului drept, dilatație transitorie care dispare când miocardul și-a recuperat tonicitatea, dilatație esențială; — și am localizat la nivelul infundibulului sgomotul galopului drept.

Ne-am folosit de poziția O. P. G. sau O. A. D. și mai ales de poziția transversă sub unghiuri variabile.

Apoi am făcut o descriere complectă anatomo-clinică a sindromului, expunând: a) **Semnele clinice** prin care se traduce dilatația infundibulului arterei pulmonare: pulsații anormale violente, sistolice în spațiile 2 și 3 stângi; sguduire a peretelui toracic; răsunet diastolic; dedublare cu precesiune pulmonară sau suflu diastolic; sgomot de galop; — b) **Caracterele grafice**: inscripția ondei auriculare A, a undei sigmoidiene de închidere S pe linia descendentă a cardiogramei, a ridicăturei S pe V al flebogramei; — c) **Semnele radiologice**: în frontală, poziția în picioare, „aspect de tip vertical, prin redresarea marginei stângi a inimei care prin proectarea spre stânga a regiunei infundibulare face să se peardă oblicuitatea sa normală"; în O P G, în O A D, și în transversă sub un unghiu vecin de 85°, apariția în cadrul arcului ventricular, pe marginea stângă a inimei, a 2 pulsații, una inferioară care aparține vârfului (uneori sub aspect de coeur en sabot când la vârf participă și ventriculul drept), alta superioară care aparține infundibulului; acest aspect turbură și poziția punctului G, care parcă se ridică; dilatațiile mari dar rămase pe fața anterioară a inimei, acompaniate de dilatația trunchiului pulmonar, sunt vizibile în O A D sub forma unui lung arc proeminent, în care G nu mai este distinct, arc care înglobează ventriculul drept și artera pulmonară; în formele cu deviație la stânga și torsiune a inimei eșitura infundibulară este izolată și foarte manifestă; în inimele astenice cu galop drept preinfundibular este vizibilă sub ecran ca o pulsație ușoară la partea cu totul superioară a arcului ventricular; — d) în **Calquiurile** luate pe masa de autopsie, inima este etalată și prezintă toate detaliile sub plină lumină; — e) pe **Fotografii**, se vede cum infundibulul dilatat se așează pe marginea stângă a inimei, împingând extremitatea superioară a șanțului interventricular pe fața posterioară.

Am schițat **evoluția** care se face lent spre o dilatație totală a ventriculului drept, cu insuficiență a orificiului tricuspidian în jos și a orificiului pulmonar în sus, totul terminându-se în cadrul insuficienței cardiace totale, cu cianoză predominentă; afară numai dacă pacientul nu sucombă printr'o complicație intercurentă sau prin progresele tuberculozei pulmonare.

Am expus **mecanismul fizio-patologic** al dilatației care trebue pusă pe seama hipotonicității miocardului, în inimile astenice; — iar la pleuro-pneumopatiile scleroase trebue văzut în regimul de mare presiune care domnește în sistemul micei circulații; în constituția anatomică a infundibulului, loc de mai slabă rezistență; în situația infundibulului care îl obligă a suporta în mod precoce, integral și susținut până la sfârșitul contracției sistolice regimul presiunei intraventri-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

culare; ca ultim factor fiziologic, în excentralizarea cavității infundibulare înafara axului arterei pulmonare, ceeace face ca coloana sanguină să isbească mai mult în peretele său stâng.

In sclerozele pleuro-pulmonare stâng la factorii precitați se adaogă o **mișcare de torsiune,** mișcare care aduce infundibulul pe marginea stângă a inimei și îi face pulsațiile mai vizibile; torsiunea se exercitează asupra bazei inimei; printr'o tracțiune lentă înapoi și la stânga în direcția hilului pulmonar și a coloanei vertebrale; torsiunea este facilitată prin chiar distensiunea, odată începută, a infundibulului care devine la rându-i activă (poussante); — țesutul pulmonar de scleroză se retractă către hil și trage asupra ramurei stângi a arterei pulmonare; — sudura foilor pleurale face solidar peretele toracic, care se turtește prin schimbarea de curbură a coastelor și se deprimă; cavitatea toracică se strâmptează și o adevărată excavație se formează uneori, sub clavicula stângă, condițiuni cari țin pe loc și chiar favorizează mișcarea de torsiune începută; se adaogă încă deviația coloanei vertebrale, a cărei scolioză cu convexitatea dirijată la dreapta îndepărtează cu atât mai mult punctul de inserție terminal al ligamentului pe icardo-vertebral stâng și în consecință hilul stâng.

*

Autorii francezi Iosef Génévrier și Hector Descomps, în necunoștință desigur de constatările noastre, în „Le syndrome artériel pulmonaire dans la sinistrocardie" publicat în Presse Médicale No. 53/1935, descriu exact acelaș sindrom, adăogând:

„Ce syndrome se rencontre avec une grande fréquence, et il peut paraître surprenant qu'il n'ait pas retenu plus tôt et davantage l'attention des observateurs" — primul autor care l'a descris fiind, după ei, R. Burnand în Revue Médicale de la Suisse Romande, din 25 Oct. 1929.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Autorii adaogă mai departe:

„Nous ne pouvons pas apporter à cette affirmation (N. R. d'une sorte de sténose extra-vasculaire, par plicature des parois arterielles, pour expliquer la coïncidence constante de ces rotations du coeur avec le souffle artériel pulmonaire) de preuve tirée de vérification nécropsique".

Replicăm că atenția noastră a fost atrasă de acest sindrom dela 1919; — că ne-am bazat descrierea lui dela început și pe verificații necropsice; — că a făcut din partea noastră obiectul unei serii neîntrerupte de lucrări, în cari ne-am ridicat dela cadrul isolat al sclerozelor pleuro-pulmonare stângi la diferitele forme clinice ale pulsației infundibulare.

Descripția autorilor precitați confirmă în totul constatările noastre.

Nu le împărtășim însă părerea că torsiunea se exercitează asupra vârfului inimei; — noi susținem că torsiunea se exercitează inițial și în tot timpul asupra bazei și am expus motivele de ordin anatomic, controlate și pe masa de autopsie, cari ne fac a susține acest punct de vedere.

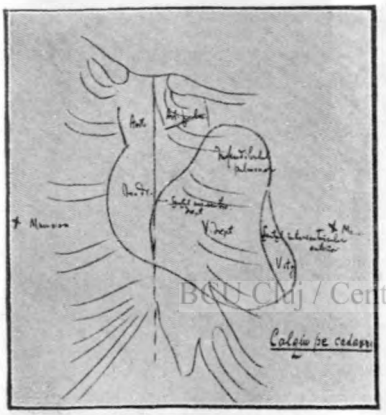
Cu privire la patogenia acestor sufluri, H. Descomps a revenit într'o comunicare specială făcută la Societatea spitalelor din Paris în Ședința din 11 Dec. 1936 (Les souffles extra-cardiaques chez les tuberculeux pulmonaires).

Autorul, care găseşte aceste sufluri mai cu seamă la bolnavii prezentând deformaţiile amintite ale infundibulului pulmonar, le explică printr'un fel de stenozare a calibrului cavităţii prin leziuni extrinseci, cari determină „un défaut de calibrage".

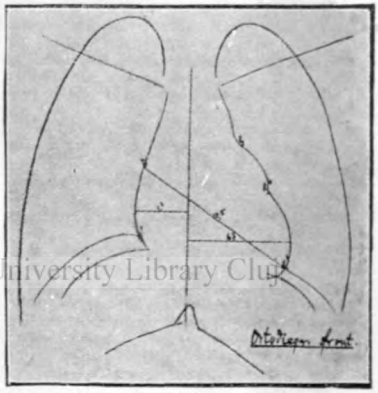
In aceiaşi şedinţă Prof. Laubry a făcut rezerve exprese asupra afirmaţiilor făcute în ceeace priveşte patogenia invocată, caşi asupra interpretării radiogramelor prezentate de autor.

De asemenea noi nu am constatat frequenţa atât de deasă a suflului descris de ei la nivelul focarului pulmonar; şi în orice caz, fără a tăgădui mecanismul invocat de autorii francezi asupra mecanismului său de producere, atunci când îl constată, aplicăm alte explicaţii de ordin fizio-patologic în producerea suflurilor cari se pot percepe în acest sindrom.

Reproducem câteva clişee din lucrările noastre anterioare.

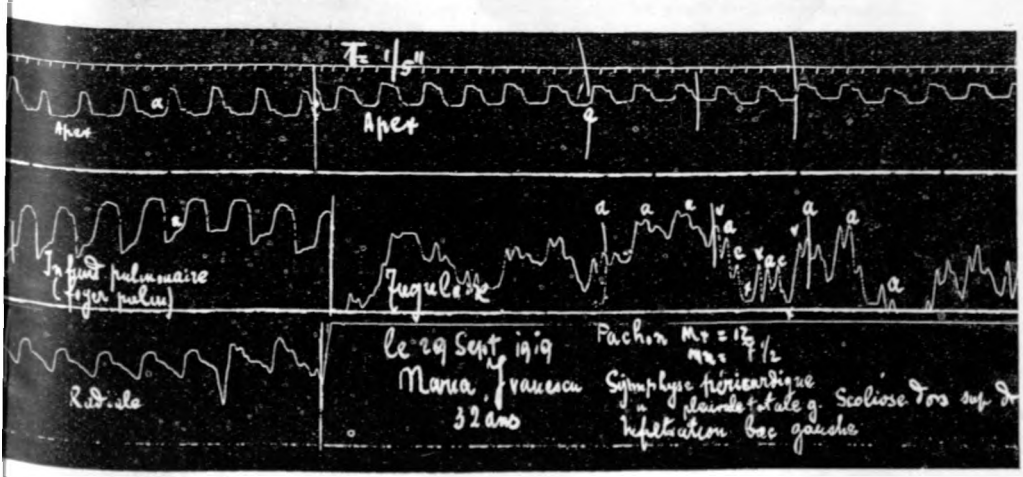


Lena D, 8 ani, Oct 1919.

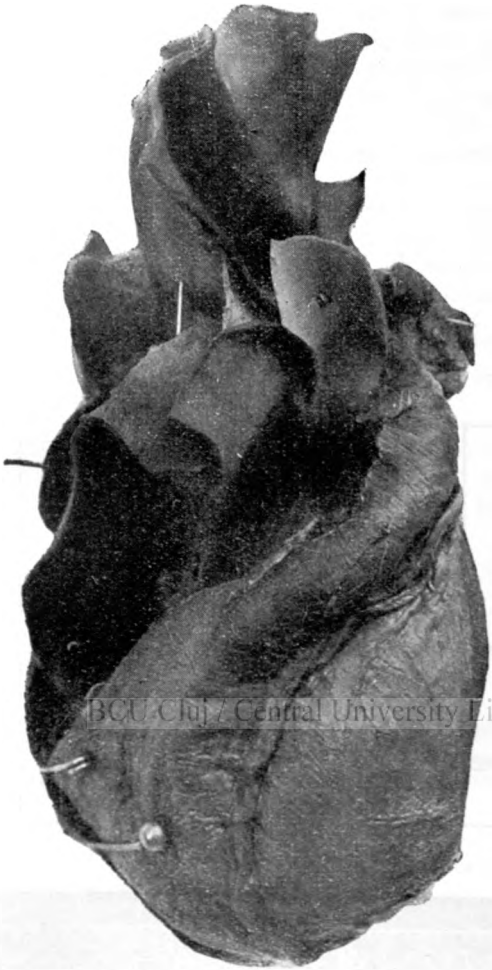


Maria I 32 ani, Sept. 1919

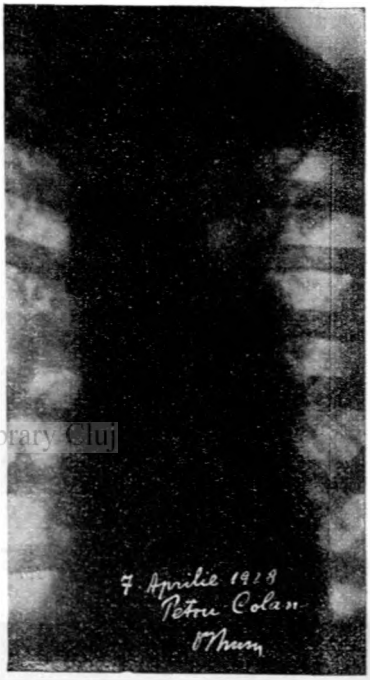
BCU Cluj / Central University Library Cluj



Maria I, 1919 — Traseuri grafice.



Lena D., 1919 — Inima fotografiată pe marginea stângă.



P. C., 1928
Teleradiogramă frontală

BCU Cluj / Central University Library Cluj

* * *

La sfârşitul conferinţei noastre trunchiate din motive de oportunitate şi de lipsă de timp, socotim că datele de mai sus, asupra interdependenţei organelor toracice, au importanţă nu numai pentru motive de ordin fizio-patologic teoretic, cât pentru concluziile de tras din punct de vedere terapeutic.

SISTEMELE LA TEKIR-GHIOL ŞI MAI ALES „à LA PIŞTYANUL"

de

D-rul I. N. DONA
Medic, Director al băilor Tekir-Ghiol.

După zeci de ani de observaţii şi experienţă, după sute de mii de cazuri cu rezultate satisfăcătoare, uneori chiar miraculoase, iată că sistemul de prescriere şi aplicare a băilor la Tekir-Ghiol, excelent până acum, tinde să se modifice, să se schimbe, în imitaţiuni (după alte practice străine.

Zic la Tekir-Ghiol şi nu în altă staţiune similară, căci nomolul şi apa d'aci, plus condiţiile telurice şi atmosferice din localitate nu pot fi comparate cu nici o altă staţiune balneară din lume.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Nomol, ape saline, există în multe locuri, chiar poate în aşezări asemănătoare, dar misterioasa şi aşa de învederata putere de tămăduire a Tekir-Ghiolului, n'am luat cunoştinţă până acum să mai fie undeva.

Care ar fi dovada acestei afirmări? Nici o interpretare ştiinţifică, nici o analiză bio-chimică n'ar putea-o da aşa de lămurit ca efectul real şi vindecător pe care l'au resimţit suferinzii cari şi-au căutat sănătatea aci. Şi trebue imediat s'o spun, acestor suferinzi, specimenele pidosnice ale umanităţii din localitate, ca într'o conspiraţie pentru cine ştie ce fapte mari, şi-au dat parcă un cuvânt de ordine, ca să nu-i cruţe nici o greutate, nici o jicnire, nici o mizerie, nici o neregulă, spre a zădărnici dărnicia binefăcătoare a apei şi nomolului. Hotelieri, birtaşi, gazde, medici, băiaşi, maseuri, stabilimente de băi, autorităţi, C.F.R., etc., toţi îşi au vina în frânarea rezultatelor cari ar fi putut fi hotărît şi mai mulţumitoare...

Trec asupra lipsei elementarului confort şi speculei locuinţelor şi hranei, călătoriei grele, taxelor exorbitante, etc. spre a spune numai că nenorocitul bolnav, pe lângă starea de nemulţumire şi enervare permanentă creată de acele condiţii de trai, trebuia să se scoale în toiul nopţilor, adesea destul de reci chiar vara, să facă de planton şi coadă cu ceasurile ca să-i vină rândul la baie, cu sălbăticie şi nereguli, cu reţete neexecutate după prescripţia medicului, cu eşirea din baie direct afară şi o cale obositoare până la locuinţa-i îndepărtată unde să-şi

facă sudaţia, cu băi făcute în pragul meselor sau toiul digestiei, cu nomol fraudat la cantitate şi calitate, înfine, un letopiseţ de mizerii şi chinueli din care putea ieşi cineva mai bolnav chiar de cum venise. Şi totuşi? totuşi bolnavii perseverau şi reveneau şi'n anii următori şi mai aduceau şi pe alţii. Ce înseamnă aceasta?

Desigur că tratamentul chiar aşa primitiv şi plin de neplăceri, avea însă un efect peste orice aşteptare, care te făcea să uiţi suferinţele îndurate. Băile au trebuit în adevăr să aibe o mare putere vindecătoare, căci altfel cine mai venea?! O altă probă şi mai peremptorie, este că lumea dându-şi seama de această realitate şi de viitorul strălucit al localităţii, a început să-şi rişte nu numai sănătatea — care e cea mai eftină — dar şi banii, învestindu-i în diverse construcţii şi întreprinderi din localitate. Şi aşa, când am venit aci, acum aproape 40 de ani, nu era decât micul sanatoriu al Eforiei, apoi o şandrama de scânduri pe malul lacului pentru băi, unde copiii trebuiau căraţi un kilometru spre a li se face bae, 2—3 grajduri în sat transformate în aşa zise hoteluri, şi stabilimentul lui Movilă în construcţie. Repede şi ca din pământ au răsărit peste tot vile, sanatorii, preventorii, stabilimente, şi cu toţi anii trişti ai războiului când ocupaţia inamică a distrus şi jefuit puţinul ce era, astăzi avem la Tekir-Ghiol trei oraşe măricele, Eforia, Carmen-Sylva şi Tekir-Ghiolul-Băi, cari privite seara de pe Mare, scânteiază de lumini, dându-ţi iluzia a cine ştie ce metropolă minunată.

Incă odată întreb: care a fost mobilul şi bagheta magică în urma căreia s'a efectuat minunea? Cu siguranţă că nămolul şi rezultatele bune ale aplicărei sale.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Iată acuma că suflă un vânt de discreditare, o tendinţă de schimbare a modului de tratament, şi în loc ca urmaşii să caute a îmbunătăţi aplicaţiunile curei şi a cruţa pe bolnavi de toate mizeriile ce le-am schiţat, doresc să schimbe, nu inovând ci maimuţărind ce se face prin alte locuri, cu cari nu poate însă să existe nici un soi de potrivealā.

Dar am pus mai sus şi pe medici, printre factorii cari cu conştiinţă sau nu, au strâns frâna rezultatelor folositoare ale băilor.

Unul din imboldurile cari i-au aţâţat mai mult la aceasta a fost concurenţa şi invidia, cursa după clienţi. A venit din întâmplare un bolnav deja examinat ca să consulte şi pe un altul, acesta a şi leşinat: vai, dacă mai făcea o baie după prescripţia confratelui era rău, rău de tot! Şi dacă confratele dăduse băi calde, îi dădea băi reci, sau dacă îi dăduse cu patru găleţi, vai, trebuia început cu două şi sudaţia numai 25 minute, auzi crimă, sudaţie 30 minute! Acest gen e practicat în special de medicii mai tineri, unii abea sosiţi, nu cunosc absolut nimic din prescripţia unei băi, nici barem gradele la cari se dă o baie omenească, şi ce frământaţi sunt săracii şi îngrijoraţi când le cade câte un bolnav, că ce nenorocire s'ar fi putut întâmpla, dacă bolnavul ar mai fi făcut o singură bae după reţeta colegului care practică poate de 15—20 ani în localitate!

A prescrie o bae e o mare artă pe care ţi-o dă o lungă experienţă şi o conştiinciozitate desăvârşită. Am comparat aceasta cu o stofă şi o

haină; fiecare croitor îi face mâneci, guler şi buzunare, dar ca să-ţi vie bine... La prescrierea unei cure intră atâţia factori încât pot spune că adesea, oricâtă experienţă ai avea, eşti supus la o frământare pe care nu ţi-o dă uneori cel mai greu diagnostic sau tratament de aplicat. Dar medicii mai au o vină în frânarea efectelor curei, prin conversaţiile ce le au, oriunde, în staţiune, pe plajă, pe promenadă, în gară, în barcă, la restaurant, etc.

Cum mai orice venit în localitate e un client al nomolului, şi ca ori ce bolnav, îl roade să spună ce face şi cum face. Imediat „dom' doctor", care adesea nici nu-i medic, fără alte detalii se pronunţă: „rău, rău că faci băi calde, sau rău că faci cu 4 găleţi, ştie el şi citează şi un caz de... moarte! Poate intenţionat exagerez nţel, dar bolnavului îi e suficient o mică aluzie care să-l şi pună la bănuială, să-i înceapă îndoiala, şi trebue ştiut şi spus, în orice lucru, în orice acţiune, trebueşte încredere, sugestia la băi ca la luarea unui medicament sau aplicarea oricărui tratament, joacă un mare rol. De factorul psihic trebuie ţinut mult cont şi niciodată să nu i-l zdruncinăm bolnavului.

Am văzut reţete prescrise de medici inauguratori de „sisteme" cari au dat temperaturi unde, sau ar fi trebuit să pui ghiaţă în baie ca să mai răceşti apa, care natural vara era mai caldă decât grădul prescris, sau dacă bolnavul ar fi făcut baia de 44—45° C ar fi eşit quasi opărit. Unii medici, în lipsă de clientelă, se aciuiază pe lângă un stabiliment sau instituţie şi acolo, în pofida celei mai elementare purtări profesionale, legale şi deontologice, refuză prescripţiile confraţilor sub pretext de răspundere şi control, în realitate spre a mai ciupi pe bolnav cu o nouă taxă şi a se face ridicol îndreptând cu 5 minute colo, cu câte o găleată dincolo, fără să fi examinat pe bolnav decât foarte superficial şi fără nimic plauzibil, pentru acea „importantă" modificare, „că dacă acel bolnav, o baie să mai fi făcut după reţeta confratelui (foarte hârşit de zeci de ani cu băile locale) era prăpădenie!

Acest monopol şi control... la pungă e o ruşine şi ar trebui stârpit.

Nu mai vorbesc de desconsiderarea breslei prin vânătoarea cu samsari a clienţilor cari sunt hărţuiţi ca la „bazaca" şi capătă astfel dela început silă şi neîncredere în localitate.

M'am abătut poate nţel dela subiect, dar am făcut această mică digresiune spre a putea lega spiritul medical contradictor în lupta pentru clientelă, cu spiritul „inovatorilor" în lupta după glorie şi în realitate tot după sfanţi. Ambele lupte având ca rezultat o discreditare a localităţii balneare, pe care medicii sunt ţinuţi s'o ajute cu osârdiie, spre propăşire şi renume.

Am spus la începutul acestui articol că acum e o tendinţă la Tekir-Ghiol de a se schimba vechile metode de aplicaţiune. Dece aceasta? pentrucă după cum am arătat, aceste metode au dat cele mai strălucite rezultate, sute de mii de bolnavi s'au folosit, şi din câteva coşmoage răsleţe, au răsărit trei oraşe, menite, dacă s'ar ajuta în adevăr şi s'ar face şi puţină reclamă, să devie staţiuni mondiale. Căci trebue adăugat că Techir-Ghiolului nu i s'a făcut nici o reclamă, e o staţiune care

BCU Cluj / Central University Library Cluj

s'a ridicat prin singurele ei merite în ciuda a nenumărate piedici. Dar dacă băile de Techir-Ghiol au dat rezultate bune, dece să le schimbăm felul de aplicaţie? Medicii, ca orice oameni, au năzbâtii. I se năzare unuia „o sistemă", hai s'o aplice! Parc'ar fi la Ruleta din Monte-Carlo. Bunăcară, un medic de viitor, venise înainte de răsboiu în capul unei instituţii de aci; imediat a suprimat băile; o voce internă îi spusese lui, că modul acesta de aplicaţie e un fleac şi cum, ca orice bun românaş trăgea la două vorbe şi o înjurătură, mi-a explicat cum nămolul nu lucrează decât prin emanaţiile şi aburii lui, deci 'l fierbea şi 'l încălzea, iar pe deasupra punea nişte grătare de lemn pe care aşeza bolnavul, „şi-l întorcea (aci o înjurătură) ca pe un mititel, şi-l rumenea ca pe un pui la grătar (altă înjurătură)". „Sistema" avea ceva intuitiv ca acţiune bună, dar bolnavii slăbeau. „Păi tocmai asta e bine" zicea confratele, să-l fac pe bolnav ţâr ca să nu mai aibă de unde pişca tuberculoza (ploaie de înjurături)!...

Acesta e un exemplu mai din vechime; alţii au venit aci şi au preconizat dimineaţa baie de Mare, după masă baie cu nămol fierbinte şi cu 20 de găleţi, şi chiar el, profesor universitar, a încercat sistemul...

Dar băile calde cu sudaţie la reumatici şi nevralgici, urmate de „plajă"?! plajă însemnând nu accepţiunea de ţârm nisipos marin, ci o desbrăcare în soare, dar şi'n vânt şi curente, unde stai cu ceasurile după sudaţie şi bae caldă, ca să-ţi cuprindă răceala toate oasele. Nici până acum nu ne-am putut desbăra de acest sistem atât de dăunător reputaţiei băilor, şi mulţi bolnavi ne reclamă mereu ca să facă şi ei barem „niţică pliajă"! De curând au început să ne reclame să le dăm şi lor să facă niţel şi „à la Piştianul".

Căci în orice lucru e şi o modă, datinele vor să se schimbe ca gătelile cucoanelor. Aşa că azi a răsărit la Tekir-Ghiol moda „à la Pistianului"! Unul, altul, au trecut pe la cu drept cuvânt celebra staţiune Cecoslovacă Pistyan şi îndată, să imităm şi noi ce se face acolo. Adică să repudiem minunatele noastre băi cu nămol, spre a le înlocui cu cataplasme, învăluiri, ca să facem un Tekir-Ghiol a la Piştian! Persoane cari în fugă sau chiar după o cură s'au entuziasmat de reputata localitate Cecoslovacă, n'au vrut să introducem altceva aci ca să piştianizeze Tekirghiolul decât „împachetările", în loc să introducă întâiu confortul, civilizaţia, curăţenia, agrementul, buna cuviinţă, cari toate acolo aduc un mare aport asupra psihicului bolnavului şi curarisirei sale. Dar pe lângă acestea, Piştyanul are şi elemente foarte bune de vindecare în diverse afecţiuni. Asta înseamnă că sunt la fel cu ale noastre? că se potriveşte aplicarea lor de acolo cu a noastră de aci, unde cu totul alte elemente joacă un rol primordial? că convine acestor elemente la noi să fie fierte şi răsfierte spre a le potrivi cu elementele de acolo cari au o termalitate naturală? Nu-i destul să fie într'un loc o apă minerală sau un nămol, spre a crede că e la fel cu altul din alte localităţi. A priori elementele nu se potrivesc, şi deci nu se poate crea similitudine şi în modul lor de aplicare. Cu atât mai mult nu se poate veni şi spune cum s'a făcut şi se face, că băile de Techir au fost o aberaţie, o cacialma, „la canal cu ciorbalâcul", sin-

Biblioteca Universitară "Carol I" din Craiova

gurul mântuitor este şi va fi „împachetajul" „à la Piştyanul". Tocmai pentru aceasta trebue să ne ridicăm spre a combate o defăimare şi propagandă nesăbuită, mai ales că acum există şi o tendinţă de decădere a staţiunilor balneare şi mai ales a Tekirghiolului.

Cauza se ştie, sărăcie mare, fiscalitate peste puterile tuturor şi mai ales în localităţile balneare, unde toată strădania oricui se duce pe taxe, înmulţirea staţiunilor de cură cu decretarea prea lesnicioasă de localităţi balne-climatice a unor neînsemnate staţiuni şi în fine la Tekir, special a dăunat avântul staţiunilor maritime de pe litoral, dela Mamaia până la Balcic. Mai se adaugă inconfortul pauperităţii, ahtiarea lumii după trai fără a-şi mai vedea de sănătate, lupta surdă a practicianului din capitală, căci un copil venit aci, toată iarna nu mai e bolnav, fapt ce loveşte la chimir! apoi neorânduiala dela băi şi sălbăticia din taxicourile ce duc la Mare şi în plus mai venim şi noi, medicii, să-i aruncăm piatra cu critici şi sisteme exotice. Băile Pistyan sunt băi excelente şi reputate, probate cu statistici şi o propagandă înţeleaptă şi bine condusă care le-a făcut cunoscute pretutindeni. Dar sunt bune la ele acolo. A aplica sistemul lor şi la noi, poate n'ar fi potrivit, şi apoi dece ar fi mai bun, sau în orice caz de ce, înainte de orice cumpănire sau statistică întemeietoare să slăvim pe acesta drept cel mai bun şi să-l ponegrim pe cel vechiu şi mult încercat?!

La această întrebare nu putem admite un răspuns de impostor. Trebuesc dovezi bazate pe timp lung şi experienţă. Sunt pseudo-savanţi care dacă le trece prin cap o idee, a doua zi deja proclamă că au constatat exactitatea lucrurilor. Au constatat-o ei, bazaţi pe nimic sau pe sugestiile unor foste şcoli nefaste, formate din minciuni şi statistici false.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La unele staţiuni, nomolul fiind în cantitate mică se întrebuinţează cu sgripţorenie, în mici cataplasme, ungeri sau învăluiri, procedee uneori pornite din spirit economicos. Acest spirit nu trebue să domnească la noi unde natura a înzestrat Tekir-Ghiolul cu o cantitate incomensurabilă de nomol, şi nici lipsa de cabine şi de loc să ducă la sistemul aplicaţiunilor sau scurtarea duratei timpului de baie, de sudaţie, de odihnă, în dauna beneficiului de vindecare a bolnavilor. S'a mai zis că băile sunt periculoase şi obositoare, mai ales pentru bolnavii de inimă sau cei slăbănogi, şi e de preferat la aceştia să se facă învăluiri sau numai cataplasme locale. Deci înlocuirea băilor prin cataplasme şi învăluiri, sistema piştianică. Vorbim aci de bolnavii de inimă cu leziuni uşoare şi compensate. Asistolicii sunt excluşi dela sine. Oricine a-văzut sau a făcut o învăluire a la Piştian, şi-a dat seama că împăturarea aceia de mumie, cu braţele strânse în lungul corpului, cu căldura şi sudoarea care te năpădesc până la un nixis îngrozitor, cu apăsarea fierbinte peste corpul în neputinţă de a mişca, pricinueşte o afaniseală aşa de istovitoare şi insuportabilă, că orice profan îşi poate da seama că o bae e cu mult mai uşor de răbdat, în ea corpul pluteşte şi îşi are mişcările slobode, densitatea apei ajută această libertate şi orice mişcare îţi scoate cu uşurinţă la suprafaţă pieptul şi abdomenul, când ai apăsări sufocante sau te simţi mai oprimat. Cred că nu e comparaţie. Dar mi-am pus totdeauna întrebarea,

dece un cardiac cu unu sau două vuete la inimă şi cu miocard bun n'ar suporta o bae, în care se face o vaso-dilatare periferică, circulaţia e uşurată, munca inimei redusă? Răspunsul îl cred că e o legendă. Aşa s'a ocupat să se zică. Acelaş cardiac căruia noi ne ferim să-l supunem la oboseala unei băi, în viaţa zilnică şi deaevea în fiecare ceas al ei, face multe, multe alte lucruri, mult mai obositoare şi periculoase pentru inimă.

Dar cel puţin, să nu adăogăm şi noi ca medici, cu ştiinţă, o nouă cauză de slăbire a inimei. Nu e însă aşa. Căci mai toţi aceşti cardiaci sunt reumatici, şi un nou atac de reumatism, după o lege stabilită, prinde şi mai abitir inima lor... Şi atunci te întrebi ce e mai bine, să fereşti pe bolnav aproape la sigur cu băile, de un alt atac reumatic cu agravarea neîndoelnică a inimei sau, cu riscul problematic de a-i obosi inima să nu-l jindueşti de beneficiul unei vindecări? Dealtfel acum am bolnavi cari îi cunosc de 30—35 ani, deşi reumatici cardiaci, vin şi fac băi de atâtea ori, se simt bine, au făcut copii, au alăptat, au dus viaţă quasi-normală, ba la unii leziunea cardiacă s'a stins s'au aşa s'a atenuat, că numai căutând cu lumânarea mai poţi zice că inima lor a fost bolnavă.

Intr'o foarte lungă carieră şi experienţă, cu mii şi mii de bolnavi ce mi-au trecut prin mâini, n'am văzut personal, la Tekir-Ghiol nici un caz de moarte din cauza băilor. S'a stabilit o tradiţie şi a fost o sperietoare necesară, pericolul cardiacului la băi, pentru a obliga lumea să consulte şi a putea face o discriminare între toţi cei cari vin la băi, cari sunt pentru cură şi cari nu, cari au în adevăr afecţiuni incompatibile cu băile de nămol, dar mai ales spre a li se aplica tratamentul conform unui uz bine stabilit şi a nu-i lăsa să facă băile alandala; apoi spre a putea ţine o statistică, face observaţiuni clinice, etc...

Cu cât vremea trece mă conving că hipertensivii suportă perfect băile, şi nu numai atât, dar majoritatea beneficiază real de ele, scăzându-le tensiunea, mai bine ca într'o staţiune de specialitate. Lucrul e explicabil ţinând seama de regularea şi uşurarea circulaţiunei după bae, de stimularea diurezei şi organelor excretorii, cari elimineazǎ substanţele dăunătoare şi crispanto-vasculare din corp, de activitatea secreţiunilor endo-glandulare, înfine multe cuvinte şi interpretări cari dau cheia faptului dovedit experimental.

Credem, că dacă stenocardicilor nu îndrăznim să le prescrim băi, este că un bolnav de anghină de piept poate sucomba în orice moment şi în orice situaţie, la masă, în pat, la o sindrofie, la o şedinţă socială sau la o partidă de plăcere. Deci şi la baie, şi nu trebue stricată reputaţia unei staţiuni cu asemenea nenorociri. Dar viitorul îşi va spune cuvântul, căci chiar acum un bolnav cu 5—6 accese zilnice şi clasice de angor şi scleroză cardio-aortică, a făcut băi, i-au dispărut accesele şi se simte bine. Poate că pe lângă efectele circulatorii ale băilor se adaugă în misterioasa lor acţiune şi absorbţia unor corpi aminaţi aflaţi în nămol, ştiind efectul foarte favorabil pe care-l au unele medicamente de acest gen în angina de piept, cum e aminofilina.

Digitized by Universitatea "Babeş-Bolyai" Cluj-Napoca

Pentrucă suntem aci la capitolul paradoxelor şi al răsturnării legendelor, aş vrea să citez şi cazurile câtorva tuberculoşi pulmonari, şi'n acelaş timp reumatici cari, în pofida restricţiilor şi contra indicaţiilor ştiinţifice au făcut totuşi băi ca să scape de dureri. La toţi le-a mers foarte bine, iar un funcţionar superior din Min. Justiţiei s'a îngrăşat după cură cu 18 kgr. deşi avea leziuni evidente radiologice şi bacili Koch.

Aceasta n'o spun spre a face din Tekir-Ghiol şi un loc de atracţie al tuberculosei interne, dar sunt observaţii demne de relevat şi urmărit, şi cine ştie ce factor trofic şi nutritiv se va descoperi că conţine acest nomol.

Intrebuinţând la unii bolnavi în loc de băi, sistemul aplicaţiilor locale şi a cataplasmelor a la Piştyan, credem că nu putem ameliora decât foarte puţin, o leziune locală, care însă este sub dependinţa unei boli generale. Aşa la reumatici, gutoşi, tuberculoşi externi, nevralgici, tot corpul e bolnav, tot corpul trebue tratat şi deseori manifestarea boalei se mută de colo până colo, aşa că numai baia generală îi va fi de folos. Rolul important al întregei suprafeţe a pielei e dealtfel bine cunoscut în oricare terapeutică balneară. Dar atunci dece bae şi nu împachetaj general a la Piştyan? In răspunsul la aceasta intră o mulţime de consideraţiuni pe care le vom da cât mai pe scurt.

Intâiu între apa şi nămolul dela Pistyan şi cel dela Tekirghiol nu e absolut nici o comparaţie şi aş conchide că nu poate fi nici similitudine de aplicaţiune. Prima staţiune are o apă sulfuroasă slabă în compoziţie, dar termală, minunată, radiiferă. Tekirul are o apă rece, însă supramineralizată, aşa de bogată în săruri, încât analizele ei se cifrează cu zecile de grame, pe când la Pistian cu centigramele şi cu o densitate foarte slabă. Un mic exemplu:

	La Tekir-Ghiol (pe litru)	La Pistyan.
Oxid de Sodiu	30.00	0.12
Oxid de magneziu	4.62	0.07
Oxdi de K.	1.26	0.01
Clorur de Na.	55.39	0.20
Hidrogen sulfurat	5.78	0.00
Sulfat de magn.	8.14	0.22
Clorur de magn.	5.00	?

Asta nu înseamnă că puterea terapeutică nu există la o apă slab mineralizată şi că nu e bun Pistyanul, dar faţă de formidabila compoziţie a Tekirului nu poate fi identitate de aplicaţie.

Apoi nămolul de Pistyan e o cenuşă vulcanică sterilă şi moartă, pe când nămolul de Tekir-Ghiol e un produs viu, organic, vegetomineral, o pastă în perpetuă frământare unde pe lângă o foarte bogată compoziţie minerală, se adaugă transformarea şi descompunerea unor reziduri de plante şi animale cari trăesc în cantitate imensă în lacul Tekir-Ghiol. Acestea sub influenţa unor microorganisme speciale dau naştere la procesuri chimice complexe de fermentare, putrefacţie şi mineralizare, cu degajări de corpi născânzi, acizi, substanţe vola-

tile, oleuri formice, substanţe tanante, etc., degajând căldură şi electricitate, cu scisiuni şi disocieri electrolitice, cu ionizări, etc., toate cari trebuesc avute în vedere când e vorba de acţiunea unui element curativ hidro-mineral.

Deci într'o parte un pământ mort şi cald din natura lui vulcanică, în altă parte o pastă vie în care miliarde de crustacei şi viermuşi şi alte insecte şi ouăle lor şi-au oprit desvoltarea spre a forma nămolul, închizând în el tot dinamismul şi energia creşterii şi vieţii lor, probabil într'o altă putere pe care încă n'o cunoaştem, dar o bănuim.

Nomolul acesta de Tekir-Ghiol îşi desvoltă mai ales toată puterea lui de acţiune când e amestecat cu apa caldă a lacului; deci în deosebi aceasta se cere în aplicaţiunile lui.

Nomolul de Tekir-Ghiol se reformează an cu an şi-l avem totdeauna proaspăt şi de origină recentă, vie, fapt care îi dă superioritatea asupra altor nămoluri şi-l face unic în lume.

Dacă insist este, că dacă luăm acest nomol şi-l fierbem cu ceasurile, cum se face acum pentru a maimuţări întrebuinţarea lui după moda „a la Piştyan" şi a face cu el împachetări în loc de băi, îl omorâm, îi distrugem mare parte din proprietăţi. Mai mult, nomolul, dacă vrem să lucreze după adevăratele lui posibilităţi terapeutice, nu e suficient să ne mulţumim a constitui din el o cataplasmă inertă, cu acţiune simplă termică, ci acest nămol fiind ca o soluţie concentrată de săruri şi fermente, când e amestecat în bae cu apa caldă a Ghiolului, se diluează, dă naştere la o mulţime de disociaţiuni moleculare sau atomice, la fenomene dialitice între organismul muiat în bae şi apa din bae, la ionizări şi corpi născânzi, cu puterea lor de acţiune şi absorbţie foarte energică, lucruri de care voim să ne lipsim prin vestita „sistemă".

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Nomolul în toată massa lui conţine multe substanţe, unele cunoscute, altele necunoscute sau bănuite, cari răspândite într'o cantitate carecare de apă, vin toate în contact cu corpul şi se pot absorbi, pe când la împachetare, numai o mică parte din o redusă cantitate de nomol vine în atingere cu corpul, restul e pierdut. Dorim aceasta? Apoi la împachetare corpul transpirând abundent se face un subţire strat de sudoare între corp şi nomol care împiedică şi el contactul intim cari ar trebui să existe. Cu atât mai mult, când vine să se adauge şi o pânză sau un săculeţ în care se pune nomolul. Se reduce astfel rolul lui absolut numai la căldură, şi atunci de ce ar mai veni lumea la Tekir, dacă ar putea lua acasă la ea un corp încălzit oarecare, o făină sau un noroiu, şi să facă băi cu el. Negreşit, căldura şi sudaţia lucrează bine mai ales în staţiuni cu confort şi agrement, dar bietul Tekir-Ghiol bazat numai pe puterea vindecătoare proprie a nomolului său care e poate însutită ca a siimilarilor străine, dacă e lipsit de aceasta şi redus numai la rolul de cataplasmă fierbinte, ne putem închipui ce faliment va da! Sau atunci întâiu să se îndeplinească barem condiţiunile de traiu şi mulţumire a staţiunilor civilizate occidentale şi apoi se poate încerca a lipsi nămolul de binefacerile lui reale şi experimentate, făcându-se inovaţii cu diverse sis-

teme copiate după străinătate cum a început să se practice deja prin sucursalele de aci.

Am rămas însă la Tekir-Ghiol tot atât de primitivi ca acum 30 de ani, şi dacă mai vine lume, e că băile de până acum îi foloseau; deci să n'o gonim şi pe aceasta piştianizând, în spirit de imitaţie, o aplicaţiune consacrată ca realmente bună.

Acest sistem „a la Piştyan", are la Tekir-Ghiol şi un **inconvenient material:** organizaţia fiind pentru băi întregi, e o întreagă dandană de făcut o împachetare, şi costul ei se ridică la circa 200 lei, preţ pe care propovăduitorii îl camufleazâ cu momeala că nu-i nevoie decât de 8—10 împachetări „cari fac mai mult decât 25 băi de ciorbalâc, cu care s'a sfârşit acum... nu e bun de nimic... sistem vetust şi perimat"!

Faţă de această rea credinţă a trebuit să luăm chiar măsuri, interzicând începerea „sistemei piştianiste", căci apoi după câteva împachetări bolnavii dela sine renunţau, nemaiputând tolera tortura giulgiului înfierbântat. Chiar cei răbdători se lipseau însă şi din cauza costului, căci ei cari se scumpeau şi la 60 de lei preţul unei băi normale, dar încă la 200 de lei!

Apoi nomolul nostru cu toată fiertura lui şi distrugerea unor principii activi, totuşi rămâne prin compoziţia lui puternică salino- sulfuroasă, mai tare şi mai greu de suportat ca altele. Dar reclama sgomotoasă şi cu impostură, practicată prin băcănii, prin bragagerii, frizerii sau cafenele, ajunsese să scorneasca o deosebită neîncredere în eficacitatea băilor, şi mulţi simţeau ahtul la inimă, că n'au făcut şi ei nişel „a la Piştianu!" Fierberea nomolului pentru împachetări, distruge desigur din el şi o mulţime de substanţe pe cari cercetările moderne în mod continuu şi perseverent le descoperă în nomoluri şi unele ape minerale. Intre altele ar fi hormonul folicular care s'a dovedit că există în nomolul de Tekir-Ghiol în cantităţi însemnate şi se ştie ce rol important joacă acesta în combaterea unor turburări dismenoreice sau de insuficienţă ovariană. Aceasta lămureşte în parte şi bunul efect al curei de Tekir în afecţiunile ginecologice. Tot în nămol s'a găsit şi hormonul sexual masculin cu efectele lui energice asupra stărilor depresive, infantilismului, senilităţii precoce, impotenţei, adipozităţii şi la femei în desvoltările mamare, în fibroame, hipermenoree, etc.

Bolnavii de acest gen, împăturiţi „a la Piştian" în nomolul fiert, pierd şi beneficiul substanţelor distruse prin căldură, şi folosinţa cantităţii lor care în baie e mult mai abundentă şi vine incontinuu în contact cu corpul prin mişcarea apei, şi în fine pierd absorbţia activată de masajul şi presiunea apei şi a curenţilor electrolitici.

S'a constatat că absorbţia acestor hormoni e reală şi importantă, căci după o jumătate de oră de şedere în baie ei dispar, deci au fost supţi prin piele.

Apa de Tekir-Ghiol fiind foarte densă prin ea însăşi şi nomolul ajutând la această condensare, se formează în baie un soiu de smântână care învăluieşte corpul într'o massă caldă şi catifelată, exercitând un soiu de masaj asupra pielei şi punând-o în contact mai intim cu diferiţii fermenţi aflaţi în apă. Ori, pe baza acestei excitaţiuni

cutanate şi a filetelor nervoase din piele, plus a acţiunei hiperemizante s'a atribuit unul din efectele cele mai importante ale băilor cu nămol. Bolnavul care stă liniştit şi împachetat cu nămol e lipsit în mare parte de acest factor terapeutic.

Roşeaţa, căldura şi sudoarea care o au bolnavii după băi nu provin atât din baie şi temperatura ei, cât din impresiunea sistemului vago-simpatic sub influenţa acelei excitaţiuni.

Diverşi cercetători au stabilit existenţa în nămol a unor **vitamine**, special a vitaminei E. Acest ferment subtil care se găseşte în lăptucă şi în orzul germinat, ar juca un rol însemnat în sterilitate şi în facultatea femeilor de a păstra sarcina. Aceasta ne-ar deschide o lumină asupra puterii băilor cu nămol în cazuri de **sterilitate**. Dar şi unele vitamine prin fierbere şi căldură mare sunt distruse.

Reacţiunea produsă de băi, mai ales la început, istoveala cu uşoară febră, inapetenţa, insomnia, exagerarea durerilor sau ivirea lor unde nici nu mai fusese a fost explicată şi comparată cu injecţiunile de vaccinuri sau substanţe proteinice, cunoscute sub numele de **proteino-terapie**. Explicaţia fenomenului a fost diferită, şi unii cred că ar fi datorită resorbţiei abundente şi puternice care se face din exudatele diferitoler fluxiuni organice sau articulare ale pacienţilor. Dar la unii există şi fără aceste exudate, şi atunci e sigur că în baie se face o absorbţie (nu resorbţie) a diverselor proteine care constituesc bogăţia nomolului şi pe cari fiertul şi împachetajul le elimină.

Dacă comparăm baia cu o proteino-terapie ştim că această metodă terapeutică cere intermitenţe în tratament, plus că la băi se mai adaugă o sguduire puternică a organismului cu oboseală şi alte fenomene, fapte cari explică absoluta necesitate a pauzelor în tratamentul balnear.

Digitized by Romanian Academy Library

Radiul care ştim că se găseşte la Tekir-Ghiol ca şi în multe alte ape minerale, s'a constatat că se slăbeşte sau se pierde prin încălzire excesivă. Faptul a fost observat mai ales de Gastein, unde isvoarele radiifere sunt reci. Pe de altă parte nomolul radiifer diluat şi amestecat în apă, disolvă într'însa şi emanaţiunile lui, mărindu-le astfel suprafaţa de penetraţiune, fenomene cari prin fierbere şi cataplasme sunt reduse sau anihilate.

Căldura are o acţiune sterilizantă, aşa dar rolul ce l-ar putea juca în băile cu nămol numărul infinit de micro-organisme, de bacterii, de microzime, plastidule şi în fine toate organismele inferioare şi fermenţii cari se găsesc în cantităţi considerabile acolo unde există fenomene de descompunere şi fermentare organică cum e nomolul, acest rol e şters odată cu fierberea. Trebue să spunem că cu toată această bogăţie în microorganisme, niciodată n'am văzut o plagă, o rană, o ulceraţie de orice natură, infectându-se prin faptul că a venit direct în contact cu apa băii sau cu nomolul

Dar dacă s'ar încerca o încălzire domoală fără răscoacere, aşa ca temperatura să nu se ridice peste 40-50 grade, lucru ce n'ar mai dăuna elementelor din nomol, totuşi cred că s'ar ivi alt inconvenient al metodei împachetajului şi anume **extrem de puternica acţiune a acestui nomol** când îl întrebuinţezi prea concentrat, o stare de quasi-

intoxicaţie, cu cefalee, limbă saburală, inapetenţă complectă, confuzie cerebrală, insomnie, urine negricioase şi o astenie care durează multă vreme; iar ca să faci sudaţie după ele îţi vine o nelinişte şi o stenahorie de înebuneşti!... Acest lucru l-am încercat personal acum 30 ani, când spre experimentare am făcut o serie de băi cu 12 până la 20 de găleţi. Nici în doi ani nu mi-am revenit după sguduirea grozavă a organismului datorită acelei cure. Chiar după băile obişnuite se cere oarecare repaus, până se reîntoarce echilibrul sdruncinat şi bolnavul să se simtă bine. Dealtfel perturbaţiile produse de băi nu se potolesc decât peste câteva luni, când se resimte şi efectul lor bun, ceeace au făcut şi pe cei dela Pistyan să promită bolnavilor, tocmai de Crăciun, un frumos cadou, adică sănătatea.

Intre o baie de nămol şi o împachetare cu nămol fiert mai există şi o **diferenţă de acţiune** pe care numai un studiu aprofundat bio-chimic l-ar putea desluşi. Două fapte sunt certe: Corpul nostru introdus în baie dă naştere la felurite fenomene între care **endosmoza** şi **exomoza**, apoi **forţe electrice** degajate de organism şi de compoziţia salină a apei, şi finalmente la fenomene de **disociare electrolitică** dând naştere la **ioni**, corpi născânzi cu o putere de acţiune specială şi o capacitate particulară de a se absorbi.

Dar nomolul şi apa minerală nu sunt o simplă pastă sau soluţie chimică, ci au compoziţie intimă, originală şi proprie... care le uneşte în mod armonios toate substanţele din înfăptuirea lor, dându-le o entitate care a fost comparată cu sufletul fiinţelor vii, o vitalitate specială pe care încălzirea sau uscarea o omoară, după cum o distruge sau o scade la orice apă minerală chiar transportul într'o localitate mai depărtată de isvor.

Rolul electrolitic şi de ionizare se exercită la Tekir-Ghiol mai ales asupra compuşilor sulfuroşi cari sunt foarte numeroşi în nomol: 2,1253, anhidridă sulfurică (combinată) şi solubilă în apă 0.1700 hidrogen sulfurat liber, 6,4416 anhidridă sulfurică insolubilă şi 4.3861 sulfurat în sulfur — deci o bogăţie mai mare ca la Piştian sau alte staţiuni).

Sulful s'a constatat că e **sufletul celulelor organismului**, că e **viaţa însăşi**, că nu există albuminoid fără sulf şi carenţa lui dă naştere la diferite boale, tocmai din acelea cari sunt favorabil influenţate de o cură balneară sulfuroasă, special poliartritele cronice. Efectul grozav de bun al nomolului în reumatismul deformant progresiv e datorit în mare parte sulfului. Dar ca organismul să-şi asigure rezerva şi complectarea sulfului de care e lipsit, trebue ca acesta să fie în stare născândă. Sulful nomolului este un sulf proteinic, provenit din albumina substanţelor organice animale cari au concurat la formaţia lui. Acest sulf în cea mai mare parte în materiile proteice e format de un nucleu sulfurat care reprezintă **cystina**, sau disulfurul de **cisteynă**. Cisteina aceasta are o mare nestabilitate, pierde uşor hidrogenul, se oxidează, se uneşte în două molecule formând un disulfur, reia hidrogenul şi se reconstitue, proprietate numită reversibilă. Hidrogenarea o poate face mai ales animalculele din compoziţia apei şi nomolului

cari reduc sulful în hidrogen sulfurat, un soiu de ferment al lor sau diastază unit cu materia albuminoidă şi solubilă în apă. Acest corp numit **filotion**, apoi **glutation** se absoarbe în organism, unde există şi în stare permanentă, provoacă oxidări, reduceri, liberări de sulf, jucând unul din cele mai importante roluri în echilibrul humoral. In ficat sulful e oxidat dând naştere taurinei, partea esenţială a bilei, cu acţiune absolut vitală în organism.

Sulful măreşte arderile, isgonind derivaţii azotici, se combină cu otrăvurile, eliminându-le sub formă de produşi sulfo-conjugaţi inofensivi. Se depune în organism special în ficat, pancreas, suprarenale, circulă în sânge constituind starea denumită tiemie. Aceasta e dozabilă ca şi glutationul, în sânge şi urină, şi după dânsa ne putem da seamă de starea de sănătate a organismului cât şi de activitatea tratamentului hidro-mineral, care trebue să-i păstreze un echilibru sulfurat normal.

O cantitate de sulf e absorbită în bae prin piele sub formă de tiofen, sulf neoxidat, degajat de nămolul proaspăt şi amestecat în apă. Acest sulf provine cum am spus din descompunerea proteinelor şi substanţelor organice, nu e un sulf teluric ca la Mehadia sau Piştyan. Când pui nomolul în apă mirosul de pucioasă devine şi mai puternic, probă că el e în perpetuă formare şi degajare. Din contra în cataplasmele cu nomol fiert, mirosul acesta caracteristic dispare şi este înlocuit cu un iz de alună râncedă.

Ne închipuim în reacţiunile acestea fine de oxidare, hidrogenare, decarboxilaţie, etc. ce dezastru poate produce o fiertură îndelungată şi ce rol imens putem intrevedea că pot juca aceşti produşi sulfuraţi în vindecarea bolnavilor.

Acelaş lucru trebue să se petreacă şi cu acizii şi bazele aminate asupra cărora nu cunosc studii precise, dar care există cu siguranţă în nomol fiind înrudite de aproape cu sulful şi glutationul.

Histidina care azi promite să realizeze vindecări miraculoase, cum deja a dovedit-o în ulcerile stomacale, e o substanţă ce se găseşte mai ales în peştii alteraţi şi săraţi. Condiţie care o îndeplineşte parcă întocmai, cu prisosinţă, micul crustaceu **Artemia salina**, care intră cu miriardele în compoziţia nomolului, unde e pus la saramură! Această histidină are o putere mare analgezică şi cicatrizantă, e hipotensivă, ameliorează circulaţia capilară, influenţează activitatea musculară mai ales fibrele netede, sistemul vago-simpatic, etc. Lucrează în doze infinitezimale, şi mai ales în injecţii **intradermice** sau prin frictiuni ale pielei, condiţii care se realizează perfect în baia cu nomol. Aci trebue poate ridicat un colţ al vălului misterios care să ne explice unele binefaceri minunate ale băilor cu nomol, în nevralgii, în ulceraţii, chiar în hipertensiune... Ca reparator biologic glutationul intră în diverse medicamente, foarte active în tuberculozele grave şi rebele, cum e Okamina cisteinată şi alte produse ce conţin glicocol (baza glutationului). Aşa am explicat o parte din binefacerile Tekir-Ghiolului în tuberculosa externă şi vindecarea rapidă a ulcerelor atone de diverse naturi.

Intr'o staţiune balneară însă nu lucrează numai o substanţă sau chiar mai multe, conţinute în ape sau nomoluri, ci acea ce s'a numit

mediul balnear, satisfacţia şi încrederea şi o mulţime alţi factori de o importanţă însemnată cum ar fi de exemplu la Gastein atmosfera radiiferă. La noi la Tekir-Ghiol am arătat într'o lucrare şi conferinţă publicată acum 3 ani asupra: „Problemei întineririi şi a prelungirii vieţii" că atmosfera aci este impregnată de clorur de magneziu, care s'a dovedit un factor primordial în această veşnică şi grea problemă. Ori o baie de Tekir-Ghiol, dacă ar fi comparată cu cunoscutul medicament Delbiază, pronat spre a realiza dezideratele de mai sus, conţine de peste 20.000 lei această substanţă la o singură baie. Bolnavul absoarbe prin piele o mică parte din clorurul magnezian, dar cât stă în baie, cât stă în cabina unde s'a frământat şi amestecat nomolul în apa împroşcată sub presiune din robinete, înhalează prin respiraţie aburii încărcaţi de stropii pulverizaţi a apei clorurate şi sulfurizate, şi beneficiază astfel de importanţa lor terapeutică. Dacă procedăm însă punând bolnavii la împachetat cu nomol fiert şi adus separat, însemnează că îi lipsim şi de această absorbţie, oricât de mică s'ar zice că ar fi ea...

Cred că s'a lungit destul şirul multelor motive cari ne-au făcut ca până la proba contrarie să susţinem că sistemele străine n'au ce căuta aci, şi că practica dela Tekir-Ghiol şi-a făcut dovada că e modul cel mai înţelept de aşezare al mijloacelor terapeutice din localitate.

Limanul de lângă Odesa, unde condiţiile erau asemănătoare cu cele dela Tekir, devenise înainte de răsboiu, salvarea Rusiei pentru nenumăraţii reumatici ai climatului ei nordic. Şi acolo se întrebuinţau aceleaşi procedee de băi, însă cu găleţi mai multe, nămolul fiind mai slab.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cu încetul am văzut în mod pe cât posibil raţional şi ştiinţific, că în Tekirul nostru practica ce se face cu băi de nomol nu poate fi dărîmată şi înlocuită cu nici un sistem, fie el chiar „a la Piştianul", îi zic aşa, că aşa i s'a întronat numele aci, şi diverşi bolnavi au şi început să vină să ne roage să le scrim şi lor cura „a la Piştianul" urmată şi de „nişică pliajă", căci aşa au auzit că e mai bine!

Să nu uităm ce factor mare de vindecare e credinţa, contagioasă ca o molimă din cele rele, mai ales când e vorba de ceva mai de modă sau neauzit, susţinut şi de reclamă.

Am ţinut să explic nu numai pe date experimentale sau empirice, dar şi prin interpretări ştiinţifice, că nu trebue să ne lăsăm minciuniţi cu pospaiuri de împrumut cari să ne zădărnicească munca mai multor decenii. Şi pe când scriam acestea mi-a venit la consultaţie o doamnă F. I. M. de 58 ani, din Topraisar, care în curs de 14 ani, a avut întâiu o pleuroperitonită tuberculoasă forma Bouland de care s'a vindecat, apoi a făcut un morb a lui Pott dorsal cu paraplegie care a ţinut-o un an şi jumătate în pat paralizată; între timp s'au ivit placarde mari de peritonită fibro-cazeoasă şi o infiltraţie a vârfului pulmonar stâng. Acum doi ani a făcut o pleurezie purulentă, vindecată cu puncţie. Intre fiecare asalt al boalei, a urmat o cură de băi. Acum e complect sănătoasă, s'a îngrăşat cu 12.500 gr., a fost bine tot anul, îşi vede de gospodărie, caria vertebrală i-a lăsat

o cocoaşă neînsemnată, vârful plămânului s'a cicatrizat, iar în abdomen abea se mai simt un soiu de brânzoaice peritoneale, sub ombilic.

Nu e aceasta o minune de rezistenţă şi capacitate de vindecare faţă de un inamic aşa de înverşunat?! E un caz între multe altele... In lucrarea mea despre „Cura de Tekir-Ghiol şi Morbul lui Pott din 1928, precum şi în marele studiu asupra Tekir-Ghiolului publicat în 1907, am arătat amănunţit cum se prescrie cura şi cum lucrează băile... Sunt de atunci mulţi ani, s'au adăugat multe lucruri şi cazuri noui, dar faptele nu m'au desminţit, nici pe mine, nici pe confraţii cari practică cu multă competinţă şi experienţă în localitate. De ce să umblăm atunci după maimuţăreli de sisteme străine sau invenţii cari nu se potrivesc, ponegrind în acelaş timp pe cele vechi, dispreţuindu-le sau aruncându-le la momente oportune surâsul acela de milă şi neîncredere, care distruge în terapeutică orice avânt de vindecare.

Mai bine să ne căsnim a introduce în părăduitul Tekir-Ghiol confortul, ordinea, curăţenia, omenia, cinstea şi traiul plăcut din staţiunile balneare străine, decât invenţia şi meşteruiala unor procedee nepotrivite, alături de defăimarea unei practici consacrate prin uz şi rezultate.

Mai credem că împăturitul „à la Piştian" va fi moartea adevăratei acţiuni a băilor cu nomol, rămânând numai efectele hiperemizante ale căldurei cataplasmelor şi împachetajelor.

Sperăm că lupta noastră va folosi şi Sănătăţii Publice şi Economiei Naţionale...

27 August 1938.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

MIDY LABORATOARELE MIDY, 4, RUE DU COLONEL MOLL — PARIS (17-e)
Noua adresă: 67, AVENUE DE WAGRAM, — PARIS (XVII-e)

PROVEINASE

MIDY

REGULATORUL
CIRCULAŢIEI VINELOR
TURBURĂRILE FORMAŢIEI ŞI LIPSEI DE MENSTRUAŢIE
Literatură şi Eşantioane. 2 la 4 comprimate pe zi.

J. E. BUCUR 8, Strada Mecet, BUCUREŞTI IV

O NOUA CONCEPŢIE DESPRE PELAGRA

de

D-r IOSIF LEONIDA
med. def. circ. Poseşti-Prahova.

Istoricul teoriei endocrine a pelagrei. Etiologia sifilitică a pelagrei. Rezultate obţinute cu opoterapie şi cu tratamente antisifilitice pe un număr de 18 cazuri de pelagră.

Tradiţia constitue uneori adevărate obstacole în progresul ştiinţelor medicale, punând un văl gros asupra realităţii şi făcând ca ştiinţa să urmeze un drum în zig-zag. Adevărul în medicină nu are precizia matematică, însă, mai mult chiar decât în filosofia pragmatică, adevărat în medicină este ceeace se poate demonstra că este util. Cu cât această demonstraţie este mai simplă şi mai clară, cu atât se impune mai mult şi când un medic reuşeşte să capteze — fie chiar prin intuiţie — un adevăr rămas până atunci necunoscut, poate reuşi cu o astfel de demonstraţie să combată şi să doboare tradiţia.

Nu voi mai face în acest articol istoricul şi critica teoriilor emise pentru a explica etiologia pelagrei şi pentru a găsi un fundament ştiinţific tratamentului acestei boli. Cititorul poate găsi, dacă îl interesează, într'o serie de articole precedente [1]), expuse teoriile: D-lui Prof. Haţieganu, d-lui Prof. Molloff, d-lui D-r Flinker, teoria avitaminozei, teoriile diverselor carenţe minerale şi de aminoacizi, cazurile clinice ale d-lui Prof. Urbach, Prof. Gougerot, Prof. Tazzarri.

Socot, însă, util a reaminti pe scurt argumentele simple şi clare, cari m'au dus în mod logic la formularea teoriei endocrine a pelagrei.

Un prim argument este de ordin statistic şi anume: din 461 cazuri de pelagră observate în circ. Poseşti — deci un număr destul de mare, care să legitimeze o concluzie — 81,3% cazuri sunt de sex femenin şi 18,7% sunt de sex masculin.

Deşi această disproporţie în repartiţia pelagrei pe sexe a fost constatată de toţi autorii, nu i s'a atribuit importanţa care o are.

Mai mult: *această disproporţie există nu numai la numărul total al pelagroşilor din întreaga circumscripţie, ci se notează la nu-*

[1]) *Iosif Leonida, Despre pelagră*, rev. Mişcarea Medicală română No. 11—12 | 1935
Idem, Pelagra şi terapia ei, rev. M. M. R. No. 7—8 | 1936.
Idem, Teoria endocrină a pelagrei, rev. M. M. R. No. 7—8 | 1937.

mărul de pelagroşi din fiecare comună în parte şi — în fiecare an — la numărul de pelagroşi noi. Nu este, deci, o coincidenţă.

Nu ştiu dacă această disproporţie s'a constatat şi în aşa zisa „pelagră experimentală", care se obţine pe animale de laborator, cu diverse regimuri avitaminozice.

Tradiţia vrea ca pelagra să fie considerată azi ca o avitaminoză şi studiile să se continuie cu asiduitate pentru a pune mâna pe o vitamină antipelagroasă — mai mult sau mai puţin evanescentă ca o himeră — care să vindece pelagra.

O scăpare din vedere împiedică de a interpreta cum se cuvine, ceeace este simplu, dar clar: disproporţia notată a repartiţiei pelagrei pe sexe.

Ori, această disproporţie ne conduce în mod logic în câmpul endocrinologiei: **glandele endocrine, în general, trebue să fie cauza acestei disproporţii.**

Şi astfel o simplă interpretare de cifre ne face să câştigăm un punct însemnat.

O nouă perspectivă se deschide înaintea noastră.

Dar, oricât ar fi de seducătoare noua perspectivă, cu incalculabile efecte medico-sociale, de a considera pelagra ca o endocrinopatie, trebue să vedem ce alte fapte sprijină acest mod de a vedea.

Un al doilea argument este tot de ordin statistic şi anume: **până la 15 ani avem 7,6% cazuri de pelagră, dela 15 ani în sus 92,4%.**

Este evident că epoca pubertăţii, epocă în care glandele endocrine îşi iau un nou ritm de activitate şi deci sunt mai susceptibile de a cădea într'un dezechilibru funcţional, spun că epoca pubertăţii prezintă o condiţiune hormonală, care favorizează apariţia pelagrei.

Iată, deci, încă o interpretare de cifre care consolidează punctul nostru de vedere. Am putea spune că **pelagra, în general, este un sindrom endocrinopatic funcţional.**

Mai înainte de a trece la expunerea altor argumente, obligat mă simt să combat din capul locului pe acei cercetători, cari, studiind anatomia patologică a pelagrei, vor să tragă anumite concluziuni de ordin practic terapeutic din constatările anumitor legiuni organice la cadavru.

Trebue să ne gândim mai întâi că la autopsie se văd leziunile ireversibile ale pelagrei, ajunsă la stadiul final, stadiu prea puţin interesant din punct de vedere practic. Dela un mort nu mai avem ce recupera, unui bolnav însă putem nădăjdui să-i redăm sănătatea.

Dacă, în general, leziunile organice constatate (v. mai jos) ar fi într'adevăr responsabile de fenomenologia clinică a pelagrei, ce se întâmplă cu aceste leziuni în timpul remisiunilor pelagrei, cari remisiuni pot avea o durată variabilă dela 1—40 ani.

D-l Prof. R. Lucksch,[2]) (Inst. de anatomie patologică din Praga), care a făcut studii asupra pelagrei în ţara noastră, a găsit la autopsie: **hydrops meningeus, stomacul contractat şi cirotic, mo-**

[2]) Medizinische Klinik No. 5 | 1938.

dificări diverse ale intestinului; în mod constant, însă, ar fi găsit dispariţia ţesutului limfatic intestinal.

Cu tot respectul cuvenit anatomiei patologice, aceste leziuni, nu ne explică nimic din fenomenologia clinică a pelagrei.

Poate ţesutul limfatic intestinal să reapară în timpul unei remisiuni a pelagrei, pentru a dispărea din nou în timpul unei recidive, pentru ca din nou să reapară în timpul unei remisiuni ş. a. m. d.?

D-l Prof. Lucksch păstrează o tăcere destul de semnificativă asupra remisiunilor pelagrei.

D-sa susţine mai departe: Pelagra este datorită alimentaţiei insuficiente şi unei substanţe toxice, care s'ar găsi în mălai. Leziunile cutanate ar fi în legătură cu iradiaţiunea solară în asociaţie cu o turburare funcţională a stomacului (absenţa ac. clorhidric, aciditatea totală scăzută). In encefalită şi în schizofrenie — unde s'a găsit aceleaşi turburări gastrice — s'ar fi obţinut eritem pelagros, expunând pacienţii la iradiaţiunea solară. Avitaminoza, care se admite în pelagră, ar fi un fenomen secundar. Mai degrabă trebue admisă o intoxicaţie endogenă, cu produse toxice ale digestiei. Profilaxia ar fi de ordin dietetic alimentar. Terapie: pulbere de stomac, pancreon, extracte de ficat şi vitamina C. S'a obţinut bune rezultate cu acest tratament.

Consideraţiunile d-lui Prof. Lucksch pe de o parte nu ne explică disproporţia repartiţiei pelagrei pe sexe, pe de altă parte nu ne explică de ce pelagra devine mult mai frequentă dela vârsta pubertăţii în sus. Observăm, ca o curiozitate, că ar fi obţinut rezultate bune cu vitamina C., pe câtă vreme noi ştiam că pelagra se poate ameliora cu vitamina B_2 sau B_6. (Azi vitamina antipelagroasă este denumită vitamina P). Incă puţin şi vom vedea defilând întregul alfabet al vitaminelor în arsenalul terapeutic al pelagrei.

Singurul punct mai luminos din toată concepţia nebuloasă a d-lui Prof. Lucksch este iradiaţiunea solară. Dar concepţia d-sale devine eronată atunci când susţine că iradiaţiunea solară produce eritemul pelagros în legătură cu turburarea funcţională a stomacului.

Am susţinut şi am dovedit cu câteva cazuri clinice, în articolele mele precedente, că, **fotosensibilitatea patologică patognomonică pentru pelagră, este un efect al unui dezechilibru endocrin, în special de insuficienţă ovariană.**

Cazurile clinice, expuse mai jos, vor documenta şi mai bine această afirmaţie.

Dacă primele două argumente, cari m'au determinat să emit ipoteza că pelagra este un sindrom endocrinopatic funcţional, au fost de ordin statistic, următoarele două argumente, cari întăresc această ipoteză, sunt de ordin clinic.

Primul argument clinic: La toate femeile pelagroase observate, ciclul menstrual este neregulat, în majoritatea cazurilor în sensul unei insuficienţe ovariene (menstruaţia vine cu întârziere de 4, 5, 8 săptămâni, durata mai scurtă ca normal — rareori mult mai lungă, până la 14 zile — hemoragie mică, — rareori prea abundentă) cu diferite turburări subiective: ameţeală, cefalee, călduri la faţă, nervozism, palpitaţiuni, etc.

Al doilea argument clinic: în toate cazurile de pelagră la copii, aceştia au atât statura cât şi greutatea inferioare celor corespunzătoare vârstei. Ori, se ştie că atât desvoltarea staturală cât şi cea ponderală sunt dominate de activitatea glandelor endocrine.

Din acest moment vom considera toate celelalte teorii ale pelagrei dintr'un punct de vedere istorico-filozofic, ca determinate de moda timpului în care au fost emise şi de tradiţia, care imprimă idei preconcepute, uneori invincibile — în mintea cercetătorilor.

Am demonstrat mai de mult că se poate obţine rezultate bune, chiar miraculoase, în pelagră, cu opoterapia ovarică (obs. XII relatată în articolul publicat în Revista M. M. R. No. 7—8/1936; obs. I relatată în articolul publicat în Revista M. M. R. No. 7—8/1937).

Era natural să continui aceste cercetări, pe un material clinic mai întins, cu preparate de ovar şi, la bărbaţi, se înţelege, cu preparate de testicul, rezervând pentru viitor a experimenta efectul altor hormoni (lob anterior de hipofiză, tiroidă, capsula suprarenală) asupra pelagrei.

Casa Farmaceutică Boehringer & Soehne din Mannheim mi-a pus la dispoziţie produsele sale: Perlatan, (hormon sexual femenin, foliculină cristalizată) sub următoarele forme: 1) comprimate, dozate 500 u. i. pe comprimat; 2) picături, dozate 400 u. i. pe c. c. sau 8 u. i. într'o picătură; 3) fiole dozate 500 u. i., 1000 u. i. (perlatan forte) şi 10.000 u. i. (perlatan extrastark) pe c. c. Anertan, (hormon sexual masculin cristalizat: propionat de testosteron), în fiole de 1 cm. c., cu dozajele: 5 mgr., 10 mgr. şi 25 mgr. pe c. c.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Sunt profund recunoscător şi exprim pe această cale viile mele mulţumiri Casei Boehringer pentru că mi-a pus la dispoziţie material suficient, pentru a putea studia efectul preparatelor ovarice şi testiculare în pelagră, pe un număr de 18 pelagroşi.

Obs. I. Gheorghe St. Fr., 5½ ani. Mama pacientului a murit de osteosarcom al maxilarului inferior. Nici un membru al familiei nu mai suferă de pelagră. La sfârşitul lui Aprilie 1938, capătă pentru prima dată eritem pelagros, care interesează mâinile, picioarele şi faţa; diaree; glosită; apetitul este discret. Înălţimea 98 cm. (normal, pentru vârsta lui ar fi 106 cm.), greutatea 15 kg. (normal 19 kg.). La 20. V. 1938 încep tratamentul, care constă în trei injecţii intramusculare pe săptămână de Anertan a 5 mgr. **După numai 4 injecţii s'a notat o ameliorare netă a eritemului.** Până la 13. IV. a făcut zece injecţii. **Revăzut la 29. VI., eritemul a dispărut complect,** persistă o mică pigmentaţie brună cu o uşoară descuamaţie pe dosul nasului. Diareea s'a ameliorat deasemenea, întrucât numărul scaunelor s'a redus la 4—5 pe zi. Revăzut la 4. VII. eritemul a dispărut complect după faţă, mâini şi picioare, a dispărut şi restul de pigmentaţie brună pe vârful nasului. **Pacientul cântăreşte 16 kg. şi are înălţimea de un metru.** A câştigat deci în 6 săptămâni un kg. în greutate şi 2 cm. în înălţime.

Acest pacient, deci, care atât statural cât şi ponderal era prost desvoltat, a profitat în urma tratamentului cu hormon masculin, cu Anertan. **Pelagra se poate considera vindecată.** Trebuie să notez că ameliorarea s'a evidenţiat mai întâi la eritem, — şi aci complect, mult mai târziu şi incomplect în ceeace priveşte diareea. Propionatul de testosteron, **Anertan-ul,** modificând situaţiunea hormonală a pacientului a anihilat fotosensibilitatea acestuia. Ordinea, în care s'a notat ameliorarea simptomelor pelagrei, în urma tratamentului, (întâi leziunile cu-

tanate, apoi turburările gastro-intestinale), ne îndreptăţeşte să ne îndoim de exactitatea afirmaţiei unor cercetători, că turburările gastro-intestinale preced, în ivirea simptomelor pelagrei, leziunile cutanate, ba ar trebui să fie considerate chiar ca o cauză a acestora (Haţieganu, Molloff, Flinker, ş. a.).

Obs. II. Niculae St. L., 5 ani şi 4 luni, mama pacientului este suferindă de pelagră din 1930; a mai avut un băiat, care a suferit şi el de pelagră şi a murit în vârstă de 4 ani. Pacientul nostru suferă de pelagră din 1936, cu recidive în 1937 şi 1938. Greutatea este de 16 kg. (normal 18,700 kg.), înălţimea 101 cm. (normal 105). La 20. V. 938 *încep tratamentul cu* Anertan, 3 injecţii a 5 mgr. pe săptămână. După 5 injecţii se notează o ameliorare considerabilă. La 17. VI. a terminat seria de 10 injecţii; eritemul a dispărut complect, copilul a devenit mai vioi, are apetit mai bun. Revăzut la 8. VII. starea generală se menţine bună; a crescut în înălţime cu 3 cm., apropiindu-se astfel de normal. Pelagra este vindecată.

Cazul acesta pare că n'ar fi favorabil ideilor susţinute de mine, ci mai degrabă ar întări teoria avitaminozei. Iată într'o familie trei membrii bolnavi de pelagră: au fost la acelaş regim alimentar, le-a lipsit aceiaşi vitamină şi efectul este acelaş: pelagra. De unde concluzia: Pelagra este o avitaminoză. Dar tot astfel s'ar putea susţine şi teoria infecto-contagioasă a pelagrei: 3 membrii dintr'o familie se îmbolnăvesc de pelagră, deoarece au fost expuşi aceleaşi cauze infecto-contagioase, aceluiaş micro-organism.

S'a dovedit că microorganismul agent etiologic al pelagrei, este o himeră. Aştept cu seninătate ziua când se va dovedi că pretinsa — până azi încă evanescentă — *vitamină antipelagroasă, este o altă* himeră.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Deocamdată, consider prezenţa a trei bolnavi de pelagră într'o familie ca o curiozitate a transmisiunei hereditare a anumitor predispoziţiuni morbide, constituţionale, curiozitate, pe care nu mi-am luat nici un angajament ca s'o elucidez.

Predispoziţiunile morbide constituţionale, în speţă, sunt în strânsă conexiune cu sistemul glandular endocrin.

Efectul opoterapiei testiculare în acest caz demonstrează cât de utilă este aplicarea practică a teoriei endocrine a pelagrei. Şi cum adevărat în medicină este ceeace se poate demonstra că este util, putem afirma că teoria endocrină a pelagrei nu este departe de adevăr.

Obs. III. Dumitru Gh. P., 11 ani. Mama pacientului a avut zece copii în vieaţă, 2 copii morţi şi două avorturi; dintre copiii în vieaţă, unul a avut deasemenea pelagră cu recidive anuale. Dumitru suferă de pelagră din Martie 1938. Greutatea 27 kg. (normal 32.500 kg.), înălţimea 1,30 m. (normal 1,36 m.). *Are eritem caracteristic pe faţă, gât, mâini şi picioare; glosită; n'are diaree.* La 20. V. 1938, încep tratamentul cu Anertan (3 injecţii pe săptămână a 5 mgr.). După 3 injecţii (7 zile) a câştigat o jumătate kgr. în greutate. După 5 injecţii (30. V.) eritemul este mult mai ameliorat. La 3. VI. cântăreşte 28,500 kgr.; la 10. VI. 29 kg.; la 13. VI. a revenit puţin eritem la mâini, însă pielea nu mai prezintă *ragade. La faţă şi gât pielea este complect normală.* Am revăzut pacientul după trei săptămâni, la 6. VII. Eritemul, care revenise puţin la mâini, a dispărut; se poate considera vindecat de pelagră; cântăreşte 30 kgr., înălţimea 1,33 m. (a câştigat 3 kg. în greutate şi 3 cm. în înălţime în 6 săptămâni).

Ţin să subliniez că am recomandat tuturor pacienţilor să nu schimbe regimul alimentar şi să nu se sustragă acţiunei razelor solare.

Avem impresia că în epoca prepuberă, Anertan-ul este mult mai eficace în restabilirea echilibrului funcţional al sistemului glandular endocrin. Creşterea în greutate şi în înălţime a fost în acest caz mult mai însemnată şi mai rapidă, ca în primele două cazuri, cari priviau copii de 5—6 ani.

Obs. IV. Victor N. Sp., 6 ani şi 3 luni. Este heredosifilitic. Suferă de pelagră de 2 ani. Anorexie şi eritem caracteristic. Înălţimea 97 cm. (normal 110 cm.), greutatea 14,500 kg. (normal 21 kg.).

Atât statural, cât şi ponderal, acest copil, ca şi cei din observaţiile precedente, este prost desvoltat. De această proastă desvoltare este responsabil, désigur heredosifilisul, care a atacat sistemul glandular endocrin.

Regularea creşterii în înălţime şi în greutate este un atribut al acestui sistem. Observăm însă, că odată cu turburarea funcţională a sistemului glandular endocrin, apare o notă nouă, necunoscută până în prezent sau, cel puţin, căreia nu i-s'a atribuit semnificaţia care o are. Individul cu sistemul glandular endocrin alterat, nu numai că se desvoltă prost statural şi ponderal, dar devine fotosensibil. Soarele, cu iradiaţiunea lui, este indicatorul acestei fotosensibilităţi. Expus mai mult timp la iradiaţiunea solară, individul capătă pelagră. Dacă n'ar fi expus mai mult timp la iradiaţiunea solară, noi n'am şti nimic despre existenţa acestei fotosensibilităţi latente, care apare odată cu turburarea funcţională a sistemului glandular endocrin. Exponenta vizibilă a acestei turburări ar fi rămas, în acest caz, numai proasta desvoltare staturală şi ponderală a individului.

Iată cum simple noţiuni de fiziologie, aplicate în patologie, poate schimba radical aspectul unei probleme şi concepţiile avute până în prezent despre pelagră.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Presupunând că pacientul a fost născut prematur şi întru cât se ştie că foliculina ajută la desvoltarea prematurilor, m'am gândit să experimentez efectul perlatanului în acest caz. Şi la 27. 5.1938 încep tratamentul cu Perlatan 500 u. i., 3 injecţii intramusculare pe săptămână. După 3 injecţii constat că micul meu pacient este relativ mai ameliorat ca ceilalţi pacienţi, cari urmează tratamentul cu Anertan. După a 7-a injecţie este mult ameliorat. După a 10-a injecţie eritemul a dispărut complect după faţă, mâini şi picioare. Capătă din întâmplare, o tuse convulsivă, căreia îi atribui faptul că n'a crescut în greutate. La 1. 7., vindecat complect de pelagră, încep un tratament antisifilitic cu iodobismutat, o injecţie intramusculară pe săptămână.

In ceeace priveşte acţiunea epitelizantă asupra pielei, şi a anihilării fotosensibilităţii la copiii de sex masculin, am impresia că hormonul sexual femenin este mai eficace decât hormonul sexual masculin. In epoca prepuberă, însă, Anertanul, este mai indicat la băeţi.

Obs. V. Aurel St. A. 8 ani jumătate. Mama moartă în urma unei naşteri distocice. A început să umble la 4 ani (rahitism). Este debil mintal şi hidrocefal. Circonferinţa craniană 55 cm. (normal este 51 cm.); Înălţimea 103 cm. (normal 125 cm.). In iarna 1937—1938 a avut diaree. Suferă de pelagră de circa 2 ani. Actualmente are eritem pe faţă, mâini, gât, piept, picioare. Pe lângă eritem, de o culoare roşie aprinsă, se notează şi desquamaţie şi ragade. Cazul acesta este unul dintre cele mai grele cazuri de pelagră. Aspectul acestui pacient este foarte impresionant. Indemnat de succesul remarcabil obţinut cu foliculină la băeţi pelagroşi, am început şi în acest caz tratamentul cu Perlatan. Alternam injecţiile de Perlatan cu iodobismutat.

La 4. VII. 1938, 1-a inj. Perlatan, 500 u. i. La 6. VII. constat, după prima injecţie de hormoni sexuali femenini, o ameliorare a eritemului. In această

zi, îi fac prima injecție de iodobismutat. La 8. VII. îi fac a doua injecție de Perlatan și constat că este ameliorat sensibil, privirea nu mai este așa rătăcită și răspunde mai bine la întrebări asupra persoanelor. Până la 5. VIII. a făcut 6 injecții Perlatan, 6 injecții iodobismutat. Pielea s'a epitelizat pe cea mai mare parte, unde era eritem; urmează o desquamație sub care se ivește porțiuni de piele normală. A crescut 6 cm. în înălțime.

Revăzut la 25. VIII.: ameliorarea s'a accentuat pe zi ce trece și într'adevăr efectul epitelizant al foliculinei, ni se pare miraculos în acest caz, care se putea considera ca un caz disperat.

In ceeace privește debilitatea mintală, prognosticul este infaust. Intrucât au fost autori cari au admis că pelagra este un sindrom secundar în bolile mintale, acest caz ni se pare interesant, deoarece demonstrează că pelagra poate fi și o coincidență patologică cu boala mintală și că poate fi ameliorată cu tratamentul oportun, chiar fără a influența boala mintală care ar fi primitivă.

Obs. VI. Stana T. B., 42 ani, suferă de doi ani de pelagră cu eritem turburări gastro-intestinale și nervoase. Anorexie; insomnie. In Aprilie 1938, îi fac 8 injecții intravenoase cu neosalvarsan. Se notează o ameliorare în ce privește amețeala și astenia. La 21. V. 938, îi administrez Perlatan, în picături, de 3 ori pe zi câte 20 picături.

Revăzut la 2. VI. după ce a luat primul flacon, afirmă că se simte mult mai bine, doarme bine (înainte avea insomnie), apetitul este foarte bun, (înainte anorexie invincibilă) și este mult mai calmă. La mâini și picioare eritemul a dispărut. Pielea este pigmentată în brun, ca un efect fiziologic al expunerii la razele solare, însă a putut munci la munca agricolă, fără a mai simți usturime. Fotosensibilitatea patologică s'a transformat într'o fotosensibilitate fiziologică, grație foliculinei. Îi mai dau un flacon. La 12. VI. îi dau al treilea flacon. Ameliorarea se accentuiază din zi în zi. Am mai revăzut această pacientă la 30. VI. și la 17. VII., este foarte bine și se poate considera vindecată.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Doza de foliculină administrată în acest caz a fost de 12.000 u. i. pe cale bucală, doză relativ mică. Totuși rezultatul a fost extraordinar de bun. Am impresia că aceasta se datorește faptului că la opoterapie s'a mai adăogat și un tratament arsenical. N'aș putea afirma cu precizie dacă sifilisul joacă, în acest caz, vreun rol; n'am nici un indiciu clinic sau serologic pentru sifilis. S'ar putea să fie și un sifilis latent sau moștenit dela a doua, a treia generație. Fără a generaliza deci, spunând că sifilisul este agentul etiologic al turburărilor endocrine, care duc la pelagră, pot, totuși, afirma că tratamentul antisifilitic potențiază efectul opoterapiei ovarice în pelagră.

Obs. VII. Joița C., 30 ani, Are cinci copii în viață. Nici un membru al familiei nu mai suferă de pelagră. Menstruația vine cu întârziere la 6—7 săptămâni, ține o singură zi și hemoragia este mică. Suferă de pelagră de 8 ani. Acuză: eritem, glosită, pirozis, amețeală, sgomote subiective, valuri de căldură la față. Anii trecuți avea și diaree; anul acesta n'are diaree.

La 20. V. 1938 încep tratamentul cu Perlatan forte (1000 u. i. pe c.c.) 3 injecții pe săptămână. După prima injecție este amelioart vizibil eritemul. Acesta dispare treptat în cursul tratamentului. Până la 13. VI. a făcut 10 injecții și pacienta afirmă că se simte mult mai bine. Persistă încă, deși atenuate, amețeala și zgomotele subiective. Revăzută la 6. VII. afirmă că atunci când stă la soare, pielea se înroșește, dar nu mai are usturime. Aceasta este important din punct de vedere social, căci a permis să muncească. Indemnat de cele constatate în Obs VI, încep un tratament antisifilitic, de data aceasta însă, pentru a exclude acțiunea tonifiantă și hemopoetică a arsenicului, cu iodobismutat. Efectul este strălucit. Dispar și sgomotele subiective și amețeala și acum, după numai 6 injecții de iodobismutat, putem considera pacienta ca vindecată.

Obs. VIII. Vasilica D. Gr., 60 ani. Are 3 copii în vieață, nici un avort. Nici un membru al familiei nu mai suferă de pelagră. A căpătat pentru prima dată eritem pelagros în Mai 1938. In Martie 1938 a avut diaree. Actualmente acuză: anorexie foarte accentuată, cefalee, amețeală, pirozis, vomismente.

La 23. V. 1938, îi administrez Perlatan comprimate, 3 pe zi, La 29. V. afirmă că are vomismente mai rare. Eritemul este puțin ameliorat. La 6. VI. eritemul este ameliorat sensibil; celelalte turburări persistă, însă atenuate. Am revăzut-o la 12 și la 19. VI. După 50 comprimate (25.000 u. i.) eritemul a dispărut, persistă usturimea când este expusă la soare. Sub formă de comprimate, Perlatanul este, deci, mai puțin eficace. Îi administez un flacon picături de Perlatan. Revăzută la 10. VII., eritemul n'a mai revenit, dar toate celelalte turburări persistă. La 31. VII. nu mai are eritem, persistă amețeala și greața. Incep un tratament antisifilitic cu neosalvarsan. Ameliorarea, care începuse cu tratamentul opoterapic, se evidențiază pe zi ce trece în urma acestui tratament.

Obs. IX. Elisaveta Gh. Sp. de 32 ani. Are 4 copii în vieață, nici un avort. Nici un membru al familiei nu suferă de pelagră. Pacienta suferă de pelagră de 2 ani. Prezintă regade labiale, glosită, pirozis, puțină diaree, eritem pelagros. La 13. V. 1938, îi administrez Perlatan comprimate. După 50 comprimate este considerabil ameliorată și se declară satisfăcută că poate să-și vadă de munca agricolă.

Obs. X. Elisaveta D. B. de 41 ani. Are 6 copii în vieață, un copil mort și 5 avorturi spontane. De 5 ani suferă de pelagră. Bărbatul și 5 copii sunt sănătoși; un băiat de 5 ani a avut eritem pelagros în 1934. Actualmente are o erupție eritemato-squamoasă caracteristică, astenie, anorexie, amețeală, dureri la membrele inferioare; este amenoreică din cauza alăptării.

La 20. V. 1938, încep tratamentul cu Perlatan (500 u. i.), 3 injecții intramusculare pe săptămână. După prima injecție este o ameliorare vizibilă. După a 4-a injecție dispare eritemul la mâini, persistă celelalte turburări. Până la 17. VI. a făcut 10 injecții. Revăzută la 4. VII. este încă ameliorată, însă a revenit fotosensibilitatea sub formă de senzație de usturime la mâini și la picioare.

La 4. VII. încep un tratament antisifilitic cu iodobismutat. După prima injecție de iodobismutat nu mai are senzația de usturime la soare și capătă poftă de mâncare. La 22. VII. a reapărut eritem cu usturime la picioare. Este de remarcat că și în acest caz efectul opoterapiei este evident; acest efect este potențiat cu un tratament antisifilitic, totuși ameliorarea este de scurtă durată, ceeace se explică cu doza totală mică de foliculină (5000 u. i.) ce i s'a administrat. La 27. VII. îi fac deci o injecție de Perlatan extrastark (10.000 u. i.). Revăzută la 26. VIII. se prezintă bine din toate punctele de vedere.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Obs. XI. Sultana C. Iv. de 45 ani, are 3 copii în viață, 2 copii morți, un avort. Suferă de pelagră de 5 ani, cu recidive în fiecare an. Menstruația vine la 3 săptămâni, ține 7 zile cu hemoragie mică. Pe lângă eritem, mai acuză amețeală, cefalee, glosită, pirozis, diaree.

La 23. V. 1938, încep tratamentul cu Perlatan (500 u. i.), 3 injecții pe săptămână. După a treia injecție se notează o ameliorare; după a 5-a injecție ameliorarea este și mai evidentă. După a 7-a injecție a dispărut diareea; după a 9-a injecție s'au ameliorat turburările nervoase și glosita; eritemul a dispărut. Până la 24. VI. a făcut 10 injecții (egal 5000 u. i.).

Revăzută după o lună, apare ca vindecată de pelagră. Acest caz, care este de o gravitate mijlocie, s'a vindecat deci cu o doză totală relativă mică de foliculină (5000 u. i.).

Obs. XII. Ruxanda N. Z., 30 ani, are 3 copii, nici un avort. Nici un membru al familiei nu mai suferă de pelagră. Pacienta suferă de foarte mulți ani, (nu poate preciza data primei apariții a eritemului) de pelagră. De câtva timp menstruația vine cu întârziere la două luni și mai mult. Acuză, pe lângă eritem, cefalee, amețeală, anorexie. Îi administrez Perlatan în picături la 23. V. 1938. După primul flacon, este prea puțin ameliorată la 2. VI.; după al doilea flacon, la 11. VI., este mult ameliorată, pentru care motiv solicită al treilea flacon de Perlatan.

Sub forma de picături Perlatanul este mai eficace ca în comprimate. Ceeace confirmă încă odată adagiul: „Corpora non agunt nisi soluta". Cu 50 comprimate a 500 u. i. (25.000 u. i.) se obține acelaș efect ca 3 flacoane a 10 c. c. cu 400 u. i. pe c. c. (12.00 u. i.).

Obs. XIII. Filofteia I. R. de 41 ani, are 6 copii în vieață, 4 copii morți în primele luni. Este o veche sifilitică. Nici un membru al familiei nu mai suferă de pelagră. În 1931 pacienta a avut prima dată pelagră, cu mici recidive anuale, de scurtă durată. În Mai 1938, capătă eritem intens pe gât, mâini și picioare, glosită, cheilită desquamativă. Acuză, pe lângă eritem, amețeală, cefalee, dureri și înfurnicături la picioare și mâini, anorexie, valuri de căldură la față. N'are diaree. Menstruația vine cu întârziere la 5—6 săptămâni și ține numai 2—3 zile, cu hemoragie mică.

La 23. VI. 1938, îi fac prima injecție de Perlatan extrastark (10.000 u. i.). După prima injecție eritemul este ameliorat. La 30. VI. a doua injecție Perl. extr. *După a doua injecție ameliorarea este foarte evidentă la eritemul dela gât*, cheilita și glosita. La 3. VII. îi fac a treia injecție de perl. extr. și la 4. VII. încep un tratament antisifilitic cu iodobismutat. Revăzută după 5 săptămâni la 7. VIII. se poate considera vindecată de pelagră.

O doză totală de 30.000 u. i. se arată suficientă în acest caz grav de pelagră de a anihila fotosensibilitatea, de a distruge acele substanțe fotodinamice, cărora se datorește fotosensibilitatea. Bineînțeles, când echilibrul endocrin a început să se restabilească grație foliculinei, tratamentul antisifilitic ne apare ca un puternic coadiuvant pentru consolidarea acestui echilibru. Cu Perl. extr. se introduce foliculină în doză masivă și astfel se reduce numărul necesar de injecții.

Să nu se creadă, însă, că un tratament antisifilitic ar fi putut vindeca pelagra pacientei noastre și fără foliculină. Ca și în celelalte observațiuni, aceste două tratamente: antisifilitic și opoterapic se complectează și se potențiază reciproc. Dacă în acest caz tratamentul antisifilitic a fost indicat, deoarece pacienta este o veche sifilitică, am văzut în observații precedente că tratamentul antisifilitic este eficace, chiar când nu avem nici un indiciu clinic sau serologic pentru sifilis. Și atunci ori sifilisul, — latent sau moștenit dela a 2-a—3-a generație — este agentul etiologic al predispoziționei morbide pelagrogene — și cu aceasta ne reîntoarcem la vechea teorie toxi-infecțioasă a pelagrei — ori tratamentele antisifilitice își pierd caracterul de specificitate pentru sifilis, putând să-și exercite acțiunea curativă și în alte împrejurări patologice, consolidând bunăoară echilibrul funcțional al sistemului glandular endocrin, care se restabilește oportun cu opoterapie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Obs. XIV. Ilinca C. D. de 36 ani, are patru copii în vieață, nici un avort. Menstruația vine la 2 săptămâni, ține 10—12 zile, cu hemoragie mare, amețeală, cefalee, anorexie, glosită, astenie; n'are diaree. Suferă de 16 ani de pelagră, cu recidive la 2—3 ani. Stare melancoliformă, insomnie, eritem pelagros.

La 25. V. 1938, prima injecție cu Perlatan forte (1000 u. i.). Se continuă cu acest preparat trei injecții pe săptămână. După prima injecție, se notează o ameliorare. După a doua injecție nu mai simte usturime la mâini și picioare, când este expusă la razele solare. Până la 13. VI. a făcut 10 injecții. Revăzută la 1. VII. nu mai are eritem; menstruația a venit la 3 săptămâni și a ținut mai puține zile: s'a regulat ciclul menstrual grație foliculinei. Persistă însă amețeala, anorexia, astenia. La 1. VIII. încep un tratament antisifilitic, care consolidează ameliorarea obținută cu opoterapie. Revăzută la 24. VIII. se poate considera ca vindecat de eritemul pelagros și ca un corolar al teoriei endocrine, ciclul menstrual își menține regularitatea.

Prin urmare, Perlatanul (foliculina), nu este numai emenagog, ci ca un adevărat regulator al funcțiunei ovariene, al menstruației. Totuși, doza totală de foliculină administrată (10.000 u. i.) n'a putut să vindece complect acest caz, nici în asociație cu un tratament antisifilitic.

Persistă anorexia, amețeala și o stare de depresiune psihică, la

care contribuie şi faptul că o fată a pacientei suferă de morbul lui Pott.

Din acest caz, se desprinde concluzia că în cazurile grave de pelagră veche, nu este indicat a pierde un timp preţios cu doze mici de foliculină. Am convingerea că s'ar fi putut obţine rezultate mult mai convingătoare cu doze mari de foliculină.

Obs. XV. Filofteia Gh. P. de 38 ani. Are un copil, nici un avort. Menstruaţia vine la 4 săptămâni, ţine 5 zile, hemoragie discretă. N'are ameţeală, nici diaree. Acuză călduri la faţă, o uşoară glosită; eritemul pelagros s'a ivit pentru prima dată la 28. VI. 1938. La 8. VII. 1938, îi fac o singură injecţie Perlatan extrastark. Aceasta a fost suficient pentru ca eritemul să dispară. În cazuri uşoare, deci, de pelagră, 10.000 u. i. de foliculină poate să constituie un fel de tratament abortiv al pelagrei.

Obs. XVI. Joiţa N. S. de 45 ani. Are 4 copii în vieaţă şi 4 copii morţi. Nici un avort. Suferă de 14 ani de pelagră. Menstruaţia, regulată ca ritm, cu hemoragie mică. Acuză: anorexie, astenie, ameţeală, cefalee, zgomote subiective. Nu are diaree, nici glosită. La 20. V. 1938, încep tratamentul cu Perlatan forte (1000 u. i.), trei injecţii intramusculare pe săptămână. După prima injecţie se notează o ameliorare generală. După a doua injecţie nu mai simte usturime la mâini şi picioare, când este expusă la razele solare. Până la 13. VI. a făcut 10 injecţii. Revăzută la 4. VII., se poate considera vindecată de pelagră. Persistă însă anorexia şi cefaleea. La această dată încep un tratament antisifilitic cu iodobismutat, în urma căruia cedează şi aceste simptome. La 26. VIII, se prezintă mulţumită că a putut să-şi vadă de munca agricolă şi se simte bine.

Obs. XVII. Sultana N. Co., de 47 ani. a avut 2 copii şi un avort între ei; unul dintre copii a murit în etate de 4 ani de Pneumonie. Suferă de pelagră de 10 ani. Alcoolism cronic. (A băut până la 1—1½ kgr. ţuică pe zi). Menstruaţia neregulată. Ameţeală, anorexie, astenie, glosită, diaree (întâi a apărut eritemul, apoi diareea). Actualmente prezintă: eritem caracteristic la mâini şi picioare cu desquamaţie, stare cachectică, diaree, plăgi de decubit, insomnie şi manie cu delir. Este un caz disperat, cu un prognostic infaust.

La 20. V. 1938, îi fac prima injecţie Perlatan extrastark. După 2 zile eritemul şi desquamaţia încep să dispară vizibil. La 25. V. îi administrez 2 fiole de Perlatan extrastark (20.000 u. i.). La 30 V. constat că eritemul şi desquamaţia au dispărut complect. Starea generală însă, este foarte proastă, ceeace atribui şi septicemiei secundare escarelor. Persistă diareea, insomnia, anorexia şi starea mintală confuză, simptome cari n'au fost influenţate de loc de foliculină.

Întrerup tratamentul, deoarece nu mai avem posibilitatea materială să tratez această pacientă şi de septicemie. La 14. VI. 1938, sucombă. Acest caz ne ilustrează în modul cel mai evident că fotosensibilitatea, a cărei expresie clinică este eritemul, se poate combate cu succes cu foliculină. În etiologia acestui caz, găsim alcoolismul cronic şi posibil o infecţie sifilitică latentă. Dacă foliculina vindecă pelagra, nu putem pretinde să vindece şi complicaţiile. Tratamentul cu foliculină a intervenit prea târziu, când apăruseră de mult escarele, septicemia şi starea de cachecsie, pentru a putea vindeca această pacientă. A mai fost însă timp ca să vedem cu ochii noştri dispariţia eritemului: Quod erat demonstrandum.

Obs. XVIII. Radu T. Z. de 50 ani, căsătorit. Alcoolic moderat. În 1933 a fost operat de ulcer gastric. Nu consumă mălai stricat, totuşi alimentaţia este cam insuficientă. În Martie 1938, prezintă pentru prima dată pelagră cu diaree, eritem (a apărut înaintea diareei) glosită, ameţeală, furnicături la extremităţi, cefalee; epigastralgie pirozis. Impotenţă sexuală şi libido dispărut.

La 23. V. 1938, prima injecţie intramusculară Anertan 10 mgr. După prima injecţie glosita şi eritemul apar puţin ameliorate. După a treia injecţie (30. V.) se constată: diareea s'a ameliorat (trei scaune pe zi în loc de 6—7); nu mai are pirozis. Continui tratamentul cu 3 injecţii pe săptămână. Treptat eritemul roşu aprins şi cu ragade dispar, iar pielea capătă un aspect normal. Nici o ameliorare în ce priveşte funcţiunea sexuală. Ceeace mă determină să-i injectez Anertan 25 mgr. La 24. VI. se constată că este mult ameliorat; persistă o mică porţiune din faţa dorsală a ambelor mâini cu eritem şi senzaţie de usturime, când sunt expuse la soare.

Văzând că nici dozele masive de Anertan nu reușesc să epitelizeze porțiunea de piele care mai prezinta eritem, mă gândesc să recurg la Peralatan în picături, dat fiind că hormonul sexual femenin a reușit eficace — mult mai eficace decât chiar Anertanul în cazuri de pelagră la copii de sex masculin.

Contrar așteptărilor, foliculina la pacientul nostru nu numai că nu a ameliorat nimic, dar a făcut să reapară desquamație la față și la buze și senzația de usturime la mâini. Aceasta mi se pare o experiență foarte interesantă: foliculina, care anihilează fotosensibilitatea la femei și la băeți pelagroși, accentuează această fotosensibilitate la bărbați adulți.

Incep un tratament antisifilitic cu iodobismutat. După prima injecție de iodobismutat, dispare senzația de usturime, care reapăruse după picăturile de Perlatan, iar porțiunea de eritem după fața dorsală a mâinilor, începe să se micșoreze. Alternativ cu injecțiile de iodobismutat, îi injectez și Anertan 25 mgr. Revăzut pacientul la 29. VIII. după o doză totală de 240 mgr. Anertan, se poate considera vindecat de pelagră. Intr'adevăr, eritemul a dispărut complect ca și senzația de usturime; diareea s'a ameliorat considerabil. Persistă impotența sexuală, care nu a fost influențată câtuși de puțin de Anertan. Pacientul acuză o durere vie localizată la ombilic, care pare să fie în raport cu o recidivă de ulcer.

CONCLUZII:

In majoritatea cazurilor de pelagră, s'a observat că într'o familie se îmbolnăvește un individ de pelagră, iar restul familiei nu prezintă această boală. Acest fapt, în aparență simplu, are totuși o importanță decisivă, întrucât combate toate teoriile, cari atribuie pelagra unei carențe oarecare (aminoacizi, Fe, K, vitamine), sau unui factor toxi-infecțios.

Acolo unde rareori, totuși, s'a observat mai mulți membri dintr'o familie bolnavi de pelagră, (obs. II, III, X), (dar niciodată nu s'a observat o familie întreagă de pelagroși), aceasta se poate atribui transmisiunii hereditare a anumitor predispoziții morbide pelagrogene, în conexiune cu sistemul glandular endocrin.

Ca tratament, în cazurile recente și puține grave de pelagră la femei este suficientă o doză relativ mică de foliculină (Perlatan) în injecții sau pe acle bucală (comprimate, picături). Picăturile sunt aproximativ de două ori mai eficace decât comprimatele. In cazurile vechi și grave de pelagră la femei, dozele masive de foliculină, au un efect mult mai rapid.

Tratamentul foliculinic trebuie să intervie la timp util, pentru a fi eficace. Chiar în cazurile cele mai avansate de pelagră, foliculina face să dispară eritemul. Insuccesul notat în obs. XVII, se datorește faptului că am intervenit prea târziu când pacienta prezenta escare și o stare de septicemie.

La copii de sex masculin pelagroși, Anertanul are acelaș efect bun ca și foliculina la femei. Paralel cu ameliorarea eritemului, se ameliorează toate simptomele pelagrei. Anertanul face ca băiatul să crească repede în înălțime și în greutate, în special în vârsta prepuberă. La copii de sex masculin mai mici, de 5—6 ani, foliculina este mult mai eficace decât propionatul de testosteron (v. obs. IV și V).

La bărbați adulți pelagroși, foliculina este contra indicată, întrucât accentuează fotosensibilitatea (v. obs. XVIII). Cu doze mari de Anertan, am obținut la unicul pacient, care l'am avut în tratament, o ameliorare considerabilă, aproape egală cu vindecarea. Un inconvenient serios este că propionatul de testosteron este foarte scump și puțin accesibil unor oameni săraci, cum sunt deobiceiu pelagroșii.

In toate cazurile, fie că sifilisul joacă sau nu vreun rol în etiologia pelagrei, tratamentul antisifilitic, cu neosalvarsan sau cu bismut, multiplică şi potenţiază eficacitatea opoterapiei.

Teoria endocrină a pelagrei, care a avut ca punct de plecare argumente statistice, şi clinice, este coroborată de efectele bune obţinute cu opoterapia foliculinică (Perlatan) şi testiculară (Anertan).

Eficacitaeta — şi deci utilitatea — opoterapiei în pelagră, dovedeşte temeinicia ideilor susţinute de mine din 1935, anume: **„Pelagra nu este o avitaminoză, ci o endocrinopatie".**

Dacă în substanţele cari conţin vitamine, se găsesc eventual şi substanţe oestrogene, sau dacă glandele endocrine acumulează sau elaborează vitamina, aceasta este o enigmă, care nu ne este dat nouă să o rezolvăm.

Este suficient că teoria endocrină a pelagrei să sugereze ideia de a nu mai căuta leacul pelagrei pe căi întortochiate, de a abandona concepţia că alimentaţia insuficientă este cauza pelagrei şi că profilaxia pelagrei s'ar putea realiza cu uscătorii de porumb.

O profilaxie a pelagrei ni se pare că s'ar putea executa printr'o campanie continuă antisifilitică, prin combaterea sinceră a alcoolismului şi prin măsuri de eugenie, dat fiindcă se constată o transmisiune hereditară a pelagrei la prima şi la a doua generaţie.

IOSIF LEONIDA. *Une nouvelle conception sur la pellagre.*
L'auteur montre dans cet article les bons effets qu'il a obtenu dans le traitement de la pellagre avec la foliculine (Perlatan) et avec le propionate de testosteron (Anertan). Il a administré la folliculine aussi chez les enfants de sexe masculin, en obtenant des résultats meilleurs qu'avec l'Anertan.—Chez l'adulte il est bon d'administrer des doses massives de folliculine et d'Anertan. Chez l'homme adulte la folliculine est formellement contre indiquée, parce quelle augmente la fotosensibilitè. Un traitement antisyphilitique arsénical ou bismutique augmente toujours l'efficacité de l'opoterapie Comme un effet secondaire de l'Anertan on a note une rapide augmentation du poids et de la taille (3 kgrs. et 3 cm. en 6 semaines). L'auteur a l'intention d'étudier aussi l'effet de la thyroide, du lobe antérieur de l'hypopyse, et de la surrénale sur la pellagre. Dorénavant, il faut considéré la pellagre non plus comme une avitaminose, mais comme une endocrinopathie.

IOSIF LEONIDA: *Eine neue Auffassung über die Pelagra.*
Verfasser zeigt die guten Erfolge des Perlatans und des Anertans auf die Pelagra. Beim jungen Knaben hat man so gar schönere Erfolge mit Perlatan als mit Anertan. Beim Erwachsenen muss man grosse Dosen von Follicu'in und Testosteronpropionat anwenden. Ob wohl man mit Folliculin gute Erfolge beim Knaben erzielen kann, ist die Folliculin kontra indiziert beim Manne, weil sie die Fotosensibilität steigert. Sine energische antilluetische Kur, gleichzeitig oder nach einer Hormontherapie, verstärkt die antipellagröse Wirkung dieser letzteren. Man soll die Pellagra nicht mehr als eine B^2—B^5—oder P—Awitaminose, sondern als eine Störung der Endocrinen Secretion auffassen, die gut und sehr schnell mit sexuellen männlichen und besonders weiblichen Hormonen zu beeinflussen ist.

IOSIF LEONIDA: *„Una nuova concezione sulla pellagra".*
L'autore mostra in quest «articolo gli ottimi risultati ottenuti coll'opoterapia ovarica (Perlatan) e testicolare (Anertan) nella pellagra. L'eritemo sparisce presto sotto l'influenza di questi ormoni. Nei fanciulli maschi, nell'epoca prepubere, si ottiene coll'Anertan un rapido accrescimento in lunghezza ed un aumento del peso. La pellagra guarisce col restabilirsi dell'quilibrio funzionale del sistema endocrino. Nei bimi piu piccoli (5—6 anni) i risultati che si ottiene col'Perlatan sono di gran lunga migliori di quelli ottenutti coll'Anertan. Negli adulti bisogna adoperare dosi massive. Nell'uomo adulto, la folliculina é assolutamente contro indicata, in quanto essa aumenta la fotosensibilita.
Un energico trattamento antiluetico rende l'opoterapia molto piu eficace, senza poter dire ce in tutti i casi la sifilide abbia no un'importanza etiologicá.
D'ora inuanzi la Pellagra non è piu da considerarsi come un'avitaminosi, bensi come una vera endocrinopatia.

Auto-rezumate

DIRECTIVE NOI IN PROFILAXIA TUBERCULOZEI IN COPILARIE ŞI ADOLESCENŢA

de

D-r M. NASTA

Directivele după care s'a condus profilaxia tuberculozei în general şi la vârsta copilăriei şi adolescenţei în special au fost inspirate de concepţia care până nu de mult o aveam asupra patogeniei tuberculozei. In această concepţie infecţia tuberculoasă contractată în timpul primei copilării era momentul dominant care decidea de viitorul individului. Infecţie în general massivă, pe un organism virgin, în acelaş timp înzestrat cu o slabă putere de apărare, atât din punct de vedere al morbidităţii şi mortalităţii imediate cât şi din acela al posibilităţilor ulterioare de redeşteptare, această contaminare era aceia care trebuia mai ales şi în primul rând evitată.

Imbolnăvirile ulterioare erau considerate în majoritatea cazurilor ca redeşteptări a focarelor latente rămase din această perioadă, subt influenţa diverşilor factori predispozanţi, intrinseci, pubertate, sarcină, lactaţie, etc., sau extrinseci ca surmenajul, bolile intercurente, schimbarea de mediu, etc. In al doilea rând se atribuia un rol important reinfecţiilor, după unii ca punct de plecare al unui nou proces, după alţii mai ales ca factor reactivant, prin acţiune tuberculinică, a vechilor leziuni latente. In fine, într'o proporţie mai redusă şi numai în cazuri speciale se admitea posibilitatea infecţiei contractate în tinereţe sau chiar la vârsta adultă, de individul care necontaminat încă în copilărie, venea la această dată pentru prima oară în contact cu virusul tuberculos, reacţionând, prin însăşi acest fapt în acelaş fel ca şi copilul, adică printr'o morbiditate mare şi cu caracter de deosebită gravitate.

Concepţia aceasta se bizuia în primul rând pe evidenta şi necontestabila gravitate a tuberculozei în primii ani ai vieţei, pe relativa ei benignitate în a doua copilărie, pe caracterul de relativă cronicitate şi evoluţie localizată a boalei la adult, tuberculoză de reinfecţie exo sau endogenă, în fine pe convingerea bazată pe anchete epidemiologice, datând de oarecare vreme, că în general şi mai ales la oraşe infecţia tuberculoasă, tradusă prin reacţia pozitivă la tuberculină, este aproape universală la adolescent şi adultul tânăr.

Pe temeiul acestei concepţii patogenice directivele profilactice care

se impuneau şi care aplicate cu perseverenţă s'au dovedit de altfel a fi de o mare eficacitate au fost următoarele:

a) Apărarea cea mai riguros posibilă a noului născut şi a copilului în primii ani, de contamianarea tuberculoasă prin separarea de adultul contagios fie izolând pe acesta în sanatoriu, fie plasând copilul în creşe sau plasament familial, şi în fine în ultimii ani, complectând această izolare prin augmentarea rezistenţei specifice a noului născut prin vaccinarea antituberculoasă cu B. C. G.

b) Odată trecută această perioadă cea mai critică a primilor ani, rămânând în picioare acelaş comandament imperios al apărăreii de contagiune, de astă dată însă mai greu de realizat, de oarece la infecţia familială încep să se adauge infecţiile accidentale extrafamiliale, necunoscute şi deci inevitabile, se adaugă măsurile de augmentare a rezistenţei prin regim de viaţă igienică, alimentaţie şi climat favorabil, a celor care au fost expuşi contagiunei. La ceeace se practică în primii ani, şi ce autorii germani numesc „Expositionsprophylaxie" se adaugă acuma profilaxia prin ameliorarea terenului: „Konstitutionsprophylaxie". Aci îşi au locul preventoriile, şcolile în aer liber, cantinele, coloniile şcolare, ca măsuri colective sau aplicarea aceloraşi regimuri în mod individual. Cum din motivele pe care le-am amintit mai sus, evitarea contagiunei la aceste vârste, a doua copilărie şi adolescenţă, devine mai greu de realizat, acest al doilea aspect al profilaxiei ajunge să treacă pe primul plan al preocupărilor, şi aceasta până la vârsta adultă.

Cu alte cuvinte de aci 'nainte nu mai putem face alta decât, după ce am căutat să evităm pe cât posibil contagiunea, să luăm apoi faţă de cei care totuşi s'au infectat măsurile de apărare faţă de o redeşteptare a infecţiei lor, prin augmentarea rezistenţei lor.

Biblioteca Universitatea "Ovidius" Constanta

Numărul acestora este însă foarte mare, şi experienţa ne arată că dintre cei infectaţi, din fericire nu toţi, dar totuşi o parte destul de însemnată se îmbolnăvesc, şi anume într'o proporţie care de unii autori (Et. Bernard) a fost apreciată cam la 50%, în decursul anilor. Desigur că dacă tuturor acestor tineri care s'au infectat sau care mai sunt încă expuşi a se infecta am putea să le oferim acel optimum de condiţiuni de traiu, şi aceasta în mod permanent, procentul acelora care s'ar îmbolnăvi ar fi foarte redus. Un astfel de ideal însă, ştim cu toţii că este irealizabil şi că va rămâne încă multă vreme de domeniul acelei „Utopia" visate de Thomas Morus.

In practică, problema care se pune este cum să procedăm ca mijloacele fatal limitate de care dispunem să le aplicăm acelora care sunt cei mai ameninţaţi, când anume şi subt ce formă, pentru ca să aibe cea mai mare eficacitate.

Câteva date noui de cea mai mare importanţă, asupra influenţei momentului şi modului cum se face infecţia tuberculoasă la diferite vârste şi în special în aceia a copilăriei şi adolescenţei au venit să ne aducă în această privinţă lămuriri extrem de preţioase.

Astfel în ţările occidentale şi nordice ale Europei ca şi în Statele Unite ale Americei, anchetele epidemiologice întreprinse în ultimii ani, au arătat că procentul acelora ce reacţionează pozitiv la tuberculină, este mult mai mic decât se credea mai 'nainte, şi că maximul acestei frec-

venţe este atins mult mai tardiv decât arătau statisticele făcute acum câteva decenii. Lucrul se explică prin aceia că odată cu scăderea mortalităţii şi morbidităţii tuberculoase în urma măsurilor de profilaxie, internare şi tratament, focarele de tuberculoză, isvor al contagiunei, au fost mult reduse şi odată cu aceasta şi răspândirea nu numai a boalei, dar şi a infecţiei latente.

Această situaţie a adus în câmpul de observaţie al cercetătorilor numeroşi indivizi, întregi colectivităţi, studenţi, militari, infirmieri, care încă nefiind infectaţi în momentul cercetărei s'a putut urmări prin supravegherea lor metodică momentul şi felul în care se produce infecţia, precum şi consecinţele imediate şi îndepărtate ale acestei infecţii, lucru care a fost realizat practicându-se sistematic la intervale regulate reacţia la tuberculină, examenul clinic şi radiologic, şi aceasta mai mulţi ani dearândul.

Aceste cercetări au confirmat în primul rând, faptul pe care-l semnalasem mai sus, că printre adolescenţi şi tinerii adulţi, chiar din populaţia oraşelor, mai mulţi încă atunci când e vorba de cei provenind dela ţară, numărul acelora care nu reacţionează la tuberculină este încă destul de mare. S'a văzut în al doilea rând că în anumite medii mai ales, ca de pildă cel spitalicesc, studenţi în medicină, infirmiere, acei care contractă infecţia la această vârstă, şi la care o reacţie la tuberculină până aci negativă devine pozitivă, se produce adică un „viraj", sunt destul de numeroşi.

Cu această ocazie s'a putut stabili însă că vechea concepţie a gravităţii excepţionale a primoinfecţiei, a acelei infecţii pe teren virgin care era considerată, oricare ar fi vârsta la care se produce, ca de egală gravitate cu infecţia sugarului, nu este verificată. Trebue să recunoaştem astăzi, că această concepţie era bazată pe observarea unor cazuri speciale, rurali transplantaţi la oraş, indigeni din ţări tropicale, etc., unde pe lângă factorul primoinfecţie, se adăugau şi o serie de alţi factori depresivi ai rezistenţii şi agravatori ai infecţiei ca lipsă de igenă, promiscuitatea, etc., care se apropiau de condiţiunile în care se produce infecţia la sugar.

Dealtfel chiar pentru exemplul cel mai demonstrativ adus în sprijinul primei teze, acea tuberculoză a Senegalezilor din timpul războiului, dată ca exemplu tipic de tuberculoză cu caracter infantil, evoluând la adultul virgin de infecţie, infirmarea a fost adusă în ultimii ani prin constatarea că de când contingentele senagaleze sunt aduse în Franţa pe timp de pace, după o aclimatare progresivă şi mai ales supuse unui regim de viaţă igienic pe care împrejurările din vremea războiului nu le permiteau, morbiditatea lor e mult redusă, iar caracterul boalei nu mai prezintă nici aspectul, nici gravitatea acelei descrise în timpul războiului.

La individul adolescent sau adult, care contractă infecţia trăind în condiţiunile obicinuite de viaţă ale orăşanului occidental, această infecţie, sau rămâne latentă, fără nici-o expresie clinică sau dă naştere la manifestări care pot lua toate aspectele clinice ale tuberculozei întâlnite atât la adolescent cât şi la adult, adică, pleurezie, corticopleurită, formă pneumonică, fibrocazeoasă sau forme acute diseminate, mai rar forme gangliopulmonare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ceeace însă este mai cu deosebire important este că, atunci când asemenea manifestări patologice se produc, ele apar în cursul primelor şase luni, cel mult un an dela infecţie.

Această constatare extrem de importantă şi din care decurg hotărîtoare indicaţiuni de profilaxie, se datoreşte în primul rând cercetărilor făcute la adultul tânăr de **Scheel** dela Oslo şi de **Courcoux** şi colaboratorii săi. Ea este confirmată în ceeace priveşte copilul de **Vallgren** dela Götteborg care a stabilit aceiaşi frecvenţă în primele 6 luni până la un an, pentru meningita tuberculoasă şi de **Debré** şi colaboratorii săi pentru vârsta şcolară.

Iată dar o preţioasă indicaţie pentru profilaxia tuberculozei la aceste vârste. In cazurile în care nu am putut evita infecţia putem şti care sunt indivizii cei mai ameninţaţi şi care e momentul cel mai indicat pentru a interveni cu măsurile de apărare. De aci 'nainte nu ne vom mărgini numai să cercetăm prin practica reacţiei la tuberculină care sunt cei infectaţi, ci va trebui să depistăm pe aceia care sunt recent infectaţi, aceia la care s'a produs de curând virajul. Pentru aceasta însă e nevoie ca practica reacţiei la tuberculină să devină o măsură periodic aplicată, dacă nu la fiecare 6 luni dar cel puţin odată pe an. atât la copilul de vârsta şcolară cât şi la adolescent şi adultul tânăr. Cu chipul acesta vom depista pe toţi cei infectaţi recent şi-i vom supune unui regim apropriat, cură de repaus, aeraţie, alimentaţie. Numărul celor indicaţi astfel pentru acest adevărat „tratament preventiv" va fi mai limitat, în schimb vom putea să le dăm o atenţie mai mare să facem pentru ei sacrificii mai importante, convinşi că şi necesitatea acestora e mai imperioasă, şi eficacitatea lor mai mare.

Digitized by Romanian Academy Library and Foundation

Desigur că acest tratament preventiv nu poate fi standardizat, ci trebue individualizat, după starea generală a copilului, condiţiile lui de traiu, constituţia lui. Astfel unii autori recomandă numai o supraveghere mai atentă, alţii întreruperea studiilor şcolare şi un repauz moderat, alţii în fine o adevărată cură sanatorială de câteva luni, care să permită organismului să înfrunte şi să vindece în cele mai bune condiţiuni leziunea de primoinfecţie, cât mai este în faza evolutivă.

La această metodă de depistare ne-am permite să sugerăm încă o complectare. Chiar admiţând că practica anuală a reacţiei la tuberculină ar intra în uzul curent în şcoli, licee, armată, universitate, totuşi se va întâmpla mereu, şi mai ales în primii ani până la generalizarea metodei ca numeroşi copii să fie găsiţi cu o reacţie pozitivă, fără ca să putem şti dacă infecţia e de dată recentă sau nu, din cauză că e prima dată când copilul e supus reacţiei. Faţă de aceste cazuri credem că intensitatea reacţiei este încă o indicaţie preţioasă, deşi nu de aceiaşi preciziune ca virajul.

In adevăr din cercetările noastre asupra valoarei diagnostice şi pronostice a intradermoreacţiei la tuberculină, din care o parte a fost comunicată cu ocazia unui colocviu precedent, reiese că există, la copil cel puţin, un paralelism destul de strâns între activitatea leziunei tuberculoase şi intensitatea reacţiei la tuberculină. Astfel la copilul până la doi ani am arătat că acest paralelism este confirmat pe deoparte prin însăşi evoluţia clinică, pe de alta prin prezenţa bacilului Koch în con-

ţinutul gastric, care este mult mai frecventă la copiii cu reacţii intense decât la cei cu reacţii moderate sau slabe. Deasemenea pentru copiii de vârsta şcolară am arătat că frecvenţa proceselor active ca şi a sechelelor parenchimatoase sau ganglionare, de oarecare importanţă e mult mai mare la cei cu reacţii intense. In fine în cercetări întreprinse cu Doamna Dr. Şeicaru şi nepublicate încă, ne-am putut convinge că la toţi copiii de şcoală la care am surprins momentul infecţiei, prin virajul reacţiei la tuberculină, această reacţie era întotdeauna de o foarte mare intensitate.

Aşa dar, în cazul când împrejurările nu ne permit să apreciem dacă o infecţei e de dată recentă, din lipsa unui examen anterior care să ne informeze asupra situaţiei precedente, vom putea trage concluzii destul de preţioase din intensitatea reacţiei la tuberculină, considerând pe toţi copiii care reacţionează intens, ca făcând parte din categoria acelora care au nevoie de supraveghere atentă sau chiar de tratament preventiv.

In fine sunt autori ca **Bezançon, Debré, Sayé,** care şi-au pus întrebarea, dacă nu ar fi indicat ca această augmentare de rezistenţă menită să asigure victoria organismului asupra infecţiei, în momentele în care se decide soarta luptei, şi pe care prin măsurile preconizate mai sus căutăm să o realizăm **„după"** ce infecţia s'a produs, nu ar fi mai logic să o realizăm **„înainte"**, şi aceasta prin vaccinarea subcutanată cu B. C. G. a adolescenţilor şi tinerilor care nu reacţionează la tuberculină. **Bezançon** preconizează această măsură pentru grupurile de indivizi mai cu deosebire expuşi contagiunei, cum ar fi studenţii în medicină, şi infirmierele; **Sayé** merge mai departe şi preconizează măsură pentru toţi tinerii şi adolescenţii anergici. Eficacitatea măsurei a fost dealtfel cu succes dovedită de **Heimbeck** dela Oslo, care cum se ştie, după ce a constatat la infirmierele spitalului Ulevaal, o mai mare morbiditate tuberculoasă la acelea care la începutul stagiului spitalicesc erau anergice decât la acelea care erau alergice, s'a hotărît să determine această alergie prin vaccinarea subcutanată cu B. C. G. Rezultatul a fost că morbiditatea celor devenite alergice în urma vaccinărei a scăzut la a 10-a parte din ce era pentru cele anergice.

In această privinţă credem că chiar dacă nu s'ar generaliza metoda aşa cum o cere **Sayé**, aplicarea ei în măsură mai limitată dar la momente prielnic alese, ar avea darul de a-i da pe lângă o eficacitate maximă o mai mare uşurinţă de aplicare.

Cum foarte bine a scos la iveală **Bezançon** în cursul discuţiunei la raportul lui **Scheele** prezentat la Lisabona asupra primoinfecţiei la adolescent şi adult, dacă este adevărat şi de netăgăduit că, astăzi mai ales, infecţia tuberculoasă nu se mai produce numai în copilărie, ci din ce în ce mai des şi la vârstele următoare, nu e mai puţin adevărat că îmbolnăvirea se produce, şi aceasta independent de faptul dacă e vorba de o reinfecţie sau o primoinfecţie, tot mai ales şi cu mai mare frecvenţă la anumite vârste, anumite perioade critice, la pubertate şi tinereţe. Prin urmare dacă e adevărat că orice infecţie poate da naştere la boală, acelea care se produc în aceste momente critice sunt mai cu deosebire periculoase şi sunt acelea care trebuesc mai ales

combătute fie prin măsurile de care am vorbit până acuma, luate după infecţie, fie prin cele luate înainte, ca vaccinarea.

Aşa dar, fără a preconiza o vaccinare a tuturor celor anergici, şi aceasta la orice vârstă s'ar găsi ei, deşi aceasta ar oferi cea mai mare siguranţă şi ca măsură individuală se poate recomanda, dar ca măsură colectivă este greu realizabilă, o aplicare a acesteia în afară de momentul naşterei şi a primilor doi sau trei ani, la începerea şi terminarea învăţământului primar, apoi la terminarea gimnaziului şi a liceului, pentru cei ce urmează aceste şcoli, în cursul premilităriei sau a primului an de serviciu militar pentru cei care nu au mai putut fi controlaţi şi vaccinaţi până aci, ar reduce această măsură profilactică în limite practic realizabile şi de o eficacitate, credem dacă nu absolută, dar totuşi de o netăgăduită valoare.

Dacă prin asocierea tuturor acestor măsuri, adică reacţia la tuberculină periodică, depistare a infecţiilor recente şi supunerea celor infectaţi la un regim preventiv, vaccinarea anergicilor acolo unde se poate practica şi mai ales la vârstele critice şi la cei mai cu deosebire expuşi contagiunei vom ajunge să reducem într'o proporţie simţitoare numărul îmbolnăvirilor care succed într'o măsură destul de însemnată şi la scurt interval primoinfecţiunei, încă putem spune că am realizat o operă profilactică importantă.

Personal însă, avem convingerea că efectul acestor măsuri preventive depăşeşte influenţa lor asupra acestei morbidităţi imediate, şi că nu numai acest pronostic apropiat dar şi cel îndepărtat, în ceeace priveşte deci morbiditatea tardivă prin redeşteptarea leziunilor latente rămase de pe urma acestor infecţiuni va fi sensibil ameliorat.

Digitized by Biblioteca Universitară "Iaşi"

Ar fi prea lung ca în cadrul unei expuneri limitate să arătăm toate argumentele care pledează pentru ipoteza, de altfel admisă de numeroşi cercetători, după care frecvenţa şi gravitatea îmbolnăvirilor tardive prin redeşteptare de focare latente, este într'o strânsă legătură cu gravitatea primoinfecţiei, care a determinat aceste focare şi ca o consecinţă cu însăşi importanţa acestora. Cu alte cuvinte o primoinfecţiune discretă, care a determinat mici reacţii inflamatorii care s'au resorbit aproape cu desăvârşire, va reprezinta pentru viitorul individului o mult mai mică ameninţare decât una de pe urma căreia s'a constituit în organism un focar de oarecare importanţă, a cărui rezoluţie sau cicatrizare nu va fi decât foarte tardivă şi poate niciodată definitivă, organismul rămânând în permanenţă purtător al unei leziuni latente cu un potenţial de redeşteptare destul de însemnat.

Aşa se explică de ce tuberculoza, chiar subt forma ei proprie adultului, e mult mai frecventă la descendenţii tuberculoşilor, fapt de observaţie seculară, fiindcă aceştia în timpul copilăriei au fost expuşi unei infecţiuni massive şi continue care a determinat leziuni locale importante, de unde au pornit noile procese evolutive la vârsta adultă, sau în celelalte momente critice, ca pubertatea, sarcină, etc. Astfel deşi în viaţa celui contaminat avem două perioade diferite de mai mare morbiditate şi mortalitate, avem însă un singur moment care este determinant atât pentru pronosticul imediat cât şi pentru cel îndepărtat şi acesta este gravitatea primoinfecţiunei.

Dacă prin urmare putem prin măsurile pe care le-am preconizat mai sus să reducem morbiditatea imediată consecutivă primoinfecţiei, oricare ar fi vârsta la care se produce ea, cu atât mai mult vom influenţa favorabil evoluţia focarelor mai puţin importante, prea puţin grave pentru a determina o îmbolnăvire imediată, dar totuşi suficiente pentru a lăsa în organism o continuă ameninţare care se va traduce prin boală la o vârstă mai târzie.

Iată dar că atât în ceeace priveşte consecinţele imediate cât şi cele îndepărtate ale primoinfecţiei tuberculoase, depistarea precoce a acesteia ne va permite să aplicăm măsurile de profilaxie enumerate mai sus, tocmai acelora care sunt cu deosebire ameninţaţi, şi aplicând-o numai acestora vom putea concentra mijloacele noastre acolo unde ştim că vor fi eficace, pe câtă vreme întrebuinţarea lor fără discernământ la un număr cât mai mare, dar inegal de interesant nu părea decât să dilueze aceste mijloace şi de multe ori să le reducă la complectă ineficacitate. Profilaxia ca şi strategia e dominată de acelaş principiu: „a găsi punctul slab al duşmanului, sau pe acela care reprezintă cea mai mare ameninţare şi a concentra acolo toate puterile, e întotdeauna mai eficace decât diluarea lor pe tot frontul".

Îmbogăţită cu aceste noui directive credem că profilaxia tuberculozei la vârsta copilăriei şi a adolescenţei, şi dincolo de acestea chiar la adult, va înregistra importante succese, graţie unei mai raţionale şi eficace utilizări a mijloacelor de apărare de care dispunem.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

M. NASTA: *Nouvelles directives de la prophylaxie de la tuberculose de l'enfance et de l'adolescence.*

Les données les plus récentes sur l'épidemiologie et la pathogénie de la tuberculose nous ont enseigné que l'infection tuberculeuse se contractait avec une presque egale fréquence à tous les âges, et non seulement pendant la première enfance; et qu'à n'importe quel âge cette infection peut *détérminer*, ou bien la maladie à brève échéance, ou bien un foyer latent qui sera le point de départ d'une *réactivation tardive*.

Il est vrai que la morbidité due à la primoinfection diffère selon l'âge, mais à tous les âges son maximum se trouve situé entre les six premiers mois et la fin de la première année qui ont suivi l'infection. Il est donc de première importance de surprendere le moment où la primoinfection se produit, ce qui se traduit par le virage, apparition d'une cuti positive chez un *individu* jusqu'alors négatif. La réaction tuberculinique, sisthématiquement repetée, au moins une fois par an permettra de dépister la plupart de ces individus récemment inféctés, et de les soumettre à un régime de repos, de ménagement, ou même de traitement hygiénodiététique, selon certains auteurs, destiné à permettre à l'organisme de surmonter avec le moindre risque les effets de la primoinfection.

A ces mesures applicables, une fois l'infection produite il est logique d'ajouter des mesures préventives, comme la vaccination par le B. C. G., chez ceux qui n'ont pas encore été infectés, et de les mettre ainsi dans un état de resistance accrue, pour le moment ou ils auraient à affronter l'infection. Si l'on tient compte du fait que la gravité de la primoinfection a des répércussions non seulement sur le pronostic immediat, mais aussi bien sur l'avenir éloigné, c'est à dire sur la morbidité et la mortalité de l'âge adulte,il est aisément admissible que des mesures comme celles que nous préconisons, et qui ont pour conséquence d'attenuer la gravité de la primoinfection, auront une portée qui dépassera de beaucoup le problème limité seulement à l'enfance et à l'adolescence, mais contribueront a une amelioration de la prophylaxie de la tuberculose en général.

M. NASTA: *Neue Richtlinien der Prophylaxe der Tuberkulose im Kindheit — u. Jünglingsalter.*

Die letzten Ergebnisse der Epidemiologie. — Pathogenie der Tuberkulose haben uns gelehrt, dass die Tuberkuloseinfektion zu allen Altern, u. fasst mit gleicher Häufigkeit stattfindet u. dass auch in jedem Alter entweder in kurzer Frist Erkrankung oder Ansetzen eines latenten Herdes, der eine für die Zukunft ständige Bedrohung bleibt stattfinden kann. Nichtdestoweniger bleibt fest, dass die, in kurzer Frist der Erstinfektion folgende Erkrankung nicht zu allen Lebensaltern mit gleicher Häufigkeit einsetzt; aber zu allen Zeiten erfolgt diese Erkrankung, wenn sie eimal einsetzt, mit grosser Häufigkeit im Laufe der ersten sechs Monate bis höchstens Anfang des ersten Jahres.

Infolgedessen ist es von grösster Wichtigkeit, des Augenblickes in dem die Infektion stattfindet gewahr zu werden, was man durch den vom negativen zum positiven Umschlag der Tuberkulinreaktion feststellen kann.

Alljährliche, oder wenn möglich allhalbjährliche Tuberkulinprüfung würde Erfassung aller solcher Neuinfektionen gestatten, und die ihr ausgesetzten Kinder oder Jugendliche könnten u. müsten demzufolge einer Schonungstherapie unterzogen werden, welche ihnen gestatten würde die kritische Zeit, welche dieser Erstinfektion folgt mit grösster Wahrscheinlicheit einer vollständigen Heilung zu überwinden. Zu diesen, eine Erkrankung vorbeugenden Massnahmen, die nach erfolgter Infektion, in Gang gesetzt werden, ist es zweckmässig eine Steigerung der Wiederstandskraft schon im Voraus, durch spezifische Schutzimpfung aller anergischen beizufügen.

Wenn man berücksichtigt dass die Schwere der Erstinfektion nicht nur für die kurz darauf folgende Zeitperiode, sondern auch für die entfernte Zukunft des Infizierten ausschlaggebend ist, so ist wohl anzunehmen dass diese Massnahmen, die eine günstige Umwandlung dieser Erstinfektion zur Folge haben werden „ipso facto", auch auf die entferntere, spätere Morbiditat u. Mortalität vorteilhaft einwirken müssen, u. dadurch im allgemeinen Rahmen der Tuberkulosebekämpfung einen nicht zu vernachlässigenden Platz einnehmen müssen.

M. NASTA: *Nouve direttive nella profilassi della Tuberculosi nell'infanzia e l'adolescenza.*

Biblioteca Gonzaga - Archivio Storico Gonzaga

Le recentissime connoscenzze che sonno statto aquistate sull'epidemiologia e la patogenia della tuberculosi ci hanno dimostrato che l'infezione tubercolare si puo contrattare con quasi uguale frequenza a tutte le etta, e non comme si credeva qualque tempo fa soltanto e principalmente durante la prima infanzia, e che a qualsiasi momento o ettà, quasta infezione puo rimanere latente, costituendo una minaccia per l'avenire, o invece fra poco svilupparsi in malattia.

E vero che non a ogni etta, questa morbidita succedante alla primoinfezione, e la stessa, ma a tutte le etta, quando la malattia avienne, la sua massima frequenza e dalle sei mesi a un anno dopo l'infezione, cioe dire che esiste una perioda critica mentre la qualle conviene dare all'organismo l'aiuto necessarper vincere la minaccia de la malattia e forse della morte. Quest'aiuto, sara rapresentato della cura di riposo, l'igiene alimentaria, il cambio di clima, per alcuni mesi, subitto doppo che abbiamo scoperto, mediante una reazzione tubercolinica, da negativa diventata positiva, che l'infezione si e produtta. A queste misure posteriore a l'infezione, e logico aggiungere, prima di questa, l'aumento de la resistenza specifica dell'organismo a mezzo de la vaccinazione antitubercolare.

Sarra dunque necessario pratticare sistematicamente e in modo annuale, la reaziona tuberculinica per scoprire tutti quelli che son no statti recentamente infetatti, oben quelli che fin ora sonno ancora al statto anergico, adoperando secondo il caso una o l'altra delle misure idonee suscitate.

Se si considera che la gravità della primoinfezione, e fattore determinante non solo del prossimo sviluppo del processo patologico, ma anche, e in stessa misura, del suo allontanato avennire, si puo ammetere che le misure che racomandiamo hanno un posto di non scarsa portatta 'nel complesso della profilassi della tuberculosi.

Auto-resumate.

TRATAMENTUL BILITIASEI (LITIASA BILIARA ŞI RENALA) CU APELE MINERALE DIN „SLANICUL-MOLDOVEI"

de

D-r LEON RODESCU

Medic Balneolog confirmat la Slănicul-Moldovei,
Membru al Societăţii de Therapeutică din Paris
şi al Soc. de Gastro-Enterologie din Paris.

Prin Bilitiasă se înţelege *coexistenţa litiasei biliare cu cea renală.* Adeseori se observă la acelaş bolnav succedându-se sau alternând crize de colici hepatice şi nefritice. Senaca a observat 98 cazuri de Bilitiasă din 166 de cholelitiasă. Bouchard a observat 34%. Willemin găseşte studiind 70 cazuri de cholelitiasă, că la 45 bolnavi litiasa renală a precedat cholelitiasa, de 5 ori a însoţit-o şi de 20 ori a urmat-o.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Chauffard şi Debray au găsit, că din 19 cazuri de litiasă biliară, la 18 litiasa renală a apărut mai întâi. S'ar părea, că litiasa renală ar fi o cauză predispozantă a *litiasei biliare. La litiasicii renali* se observă pe lângă hyperuricemie şi hypercholesterinemie, ceeace arată o predispoziţie pentru litiasa biliară, pe când litiasicii biliari sunt hyperuricemici.

Rouzaud, Schneider şi Germès susţin că ficatul e mai întâi în joc în hyperuricemie.

Cum trebuie să tratăm aceste cazuri? Să tratăm litiasa biliară sau pe cea renală?

Trebuie să observăm care din cele 2 litiase e în perioada de *repaus sau de evoluţie şi tratăm mai ales pe aceia, care este în evoluţie.* Tratamentul medicamentos şi dietetic se apropie în ambele cazuri.

Noi am observat la Slănicul Moldovei, în ultimii ani 109 cazuri de Bilitiasă, dintre care 39 cu oxalurie concomitentă şi 7 cazuri însoţite de gută cronică. In privinţa tratamentului, după cum spune Rouzaud am avut în vedere mai ales ficatul, tratând cu apele de Slănic-Moldova litiasa biliară, după cum a fost aciditatea gastrică, recomandând No. 3, 1 bis la bolnavii cu Hyperaciditate şi 6.8.10 la cei cu Hypoaciditate. Bolnavii beau apa fiind culcaţi, apa fiind călduţă (Willaret şi Medicii din Vittel). Prin acest tratament am avut un efect bun şi asupra litiasei renale. Am avut ocazia să observ, că în

timpul curei cu apele de Slănic, bolnavii cari fac o criză au mai totdeauna mai întâi o colică renală şi mai târziu uneori o colică hepatică.

Am observat că, cristalele de oxalaţi de Calciu, pun mai mult timp ca să dispară din urină, ele mai persistă câtva timp în mică cantitate, pentru a dispare cu totul, pe când cristalele de uraţi dispar mai repede.

După tratamentul cu apele de Slănic-Moldova se observă o scădere a acidului uric din sânge, ceeace a observat şi D. **Prof. Tudoran** cu apele de Slănic şi **Rouzaud** cu apele de Vichy, o scădere a oxalaţilor şi uraţilor din urină şi apoi dispariţia lor. Deasemenea apele de Slănic-Moldova produc scăderea colesterinei în sânge.

Cum lucrează apele? D. **Prof. Marcel Labbé** atribue hyperuricemia unui defect de solubilitate în raport cu un pH prea acid şi cu o concentraţie urinară prea ridicată.

Apele de Slănic, fiind cloruro-sodice, alcaline, ele fac urina mai puţin acidă influenţând pHul urinar, favorizează solubilizarea uraţilor şi oxalaţilor şi împiedică precipitarea lor.

Pfeifer, Posner şi **Schreiber** au arătat că, coloizii intervin în litogenesă. Lichtwitz a arătat că alcalinitatea modifică echilibrul coloizilor, care menţin acidul uric în suspensie în urină. Bicarbonatul de Sodiu din apele de Slănic scade tensiunea superficială a urinei şi pare să menţină coloizii urinari în stare de a împiedica precipitarea uraţilor şi oxalaţilor.

Apele acţionând asupra ficatului mai au un efect şi asupra metabolismului purinelor. Sub influenţa clorului de sodiu din apele de Slănic, schimburile nutritive se măresc şi se activează eliminarea acidului uric. Perturbările solubilităţii atât a uraţilor şi oxalaţilor, cât cât şi a cholesterinei din humorile organismului se explică şi prin Hydrotropie, descrisă de D. **Prof. Willaret, Just. Besancon** şi **P. Barbier**, adică proprietatea, ce au unele substanţe de a uşura disolvarea corpurilor insolubile, fără să formeze cu ele o combinaţie chimică definitivă şi fără să le transforme în stare coloidală.

E probabil că apele de Slănic-Moldova uşurează solubilitatea uraţilor, oxalaţilor şi a colesterinii prin mărirea cantităţii de substanţe hydrotropice.

Apele fiind diuretice, au şi un efect de spălare a sângelui şi ţesuturilor de antrenare a uraţior şi oxalaţilor.

Apele de Slănic prin acţiunea lor asupra lesiunilor intestinale, influenţează infecţia colibacilară şi deci şi Syndromul Entero-Renal a lui **Heitz-Boyer** şi deci şi formaţia calculelor.

Apele de Slănic fiind Radioactive (**Prof. Hurmuzescu** şi **Severin**) au şi un efect sedativ asupra durerilor. Dar apele din Slănicul-Moldovei au un efect salutar şi asupra litiasei biliare. D. Agregat **Băltăceanu** a arătat că apele de Slănic fluidifică şi micşorează cantitatea de bilă secretată. D. **Prof. Bacaloglu** şi **Prof. Tudoranu** au găsit pe om o mărire a secreţiei. Apele din Slănicul-Moldovei au o acţiune colecystokinetică şi drenează vesicula biliară, concentraţia bilei se măreşte, colesterina scade în sânge şi în bilă, epiteliul vesicular se modifică în bine. Apele au o acţiune de repaos sau excitantă asupra căilor biliare

extrahepatice. Ele refac secreţia mucinei, modifică procesul inflamator şi mărind calciu în sânge, normalizează tonusul sistemului nervos vegetativ. Apele din Slănicul Moldovei fac deci să dispară crizele atât cele cysto-hepatice, cât şi cele nefritice.

CONTRAINDICAŢII: cura este contraindicată în Hipertensiune mare în caz de tendinţă la Hematurii când bănuim un calcul renal voluminos, în oedemuri. Prof. Richter arată că în oedemuri sunt contraindicate curele de Karlsbad sau Marienbad. Cred deci că şi cura de Slănic e contraindicată în aceste cazuri.

Cura mai e contraindicată, dacă suntem în prezenţa unei infecţii în basinet, în turburări vesicale (stasă, iritaţie), în nefrite grave, în angio cholecystite acute, în cirose litiasice.

In timpul unei crize fie cystico-hepatice, fie nefritice, cura e contraindicată. Apoi după trecerea crizei, vom face tratamentul mai ales după organul, ce predomină. Vom suprima orice procedeu hydrotherapic violent. Putem de băi călduţe prelungite, duşuri submarine calde, aplicaţii calde de nămol. Toate acestea au un efect calmant.

CONCLUZIUNI: 1. Prin Bilitiază se înţelege coexistenţa litiasei biliare cu cea renală.

2. La litiasicii renali se observă hyperuricemie şi hypercolesterinemie, ceiace arată o predispoziţie pentru litiasa biliară, pe când litiasicii biliari nu sunt hyperuricemici.

3. Ca tratament trebuie să avem în vedere care din cele 2 litiase este în perioada de repaus sau de evoluţie şi tratăm pe aceia care este în evoluţie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

4. In ultimii ani am tratat la Slănicul-Moldovei 109 cazuri de Bilitiasă, dintre care 39 cu oxalurie şi 7 cu gută cronică.

5. Tratamentul cu apele de Slănic-Moldova l-am făcut la aceşti bolnavi, după cum a fost aciditatea gastrică: No. 3,1 bis la bolnavi cu hyperaciditate, şi No. 6,8,10 la cei cu hypoaciditate, bolnavii bând apa călduţă în poziţie declivă.

6. Am observat că în timpul curei bolnavii cari fac o criză, o fac cele mai adeseori mai întâi la rinichi şi mai târziu la ficat.

7. Deasemenea oxalaţii pun mai multă rezistenţă, până se răresc şi dispar din urină, pe când uraţii dispar mai repede.

8. După tratamentul cu apele de Slănic-Moldova se observă o scădere a acidului uric în sânge şi urină precum şi o scădere a colesterinei în sânge.

9. Apele din Slănic lucrează modificând pH-ul din sânge şi urină alcalizând humorile organismului, modificând echilibrul coloizilor, au un efect asupra metabolismului, purinelor: e probabil că măresc solubilitatea uraţilor, oxalaţilor şi cholesterinei din humorile organismului prin mărirea cantităţii de substanţe hydrotropice.

Prin acţiunea lor diuretică au un efect de spălare şi antrenare a uraţilor şi oxalaţilor etc. Apele influenţează în bine asupra Syndromului Entero-Renal a lui Heitz-Bayer şi deci asupra formaţiei calculilor.

Ele fiind radioactive, au un efect sedativ asupra durerilor.

Apele de Slănic-Moldova au un efect salutar şi asupra litiasei biliare fluidifică bila, măresc secreţia bilei, au o acţiune colecystokynetică. Ele au o acţiune de repaus sau excitantă asupra căilor biliare extrahepatice, ele modifică procesul inflamator.

10. Deci apele din Slănicul-Moldovei fac să dispară crizele atât colecysto hepatice, cât şi nefretice.

11. Contraindicaţii: hypertensiune mare, hematurii, oedemuri, calculi renali voluminoşi, nefrite grave, infecţii în basinet, turburări vesicale, angiocholecystite acute, cirose, crizele.

BIBLIOGRAFIE

Achoff uhd Bacmeister: Die cholelithiasis, Iéna 1909. — *Nusperger Ludwig:* Der gegenwärtige Stand der Pathologie u. Therapie gallensteinkr. (Saml. Zw. Abhandl. d. Verd T. III; H. 3). — *Anfrecht:* Die Hepatalgie. (Ther der gegenw. 1931; H. 12). — *Baraduc etc.:* Clin. Hydrol (Masson, 1909). — *Beer:* Intrahepatische cholelitiasis. (Arch. f. kl. chir. p. 115). — *Bergouignan:* T. hydromineral des lithiases urinaires (Pr. therm et clim. No. 49, 1932). — *Carnot Paul, Villaret et Cachera:* Thérap. hydro-clim. des mal. du foie 1935 (Masson). — *Chauffard:* T-té m col Bouchard (Masson). La Lithiase Bil. (Masson). La Bilithiase (Soc. Therm. et clim. No. 22 E. 1927). — *Chauffard et Debray:* Pr. Méd. 31 Janv. 1925. — *Chaufard et Laederich:* T-té Gilbert-Carnot. — *Chiray et Pavel:* La vesicule biliaire (Masson). — *Debove, Achard, Castaignet:* T-té m-dies du foie (Masson). — *Dieulafoy:* Pathol. Int- (Masson). — *Durand G. et M. E. Binut:* La typhlo-colecystite (Masson). — *Dreyfus Camille:* Nouv. points de vue sur la lith. bil. (Rev. Mal foie No. 6, 1930). — *Eppinger Hans:* Leberkrankheiten (Springer 1937). — *Fiessinger Nöel:* Role du foie dans la pathogénie de la lith. bil. (Congrès Vichy 1932). — *Gilbert et ses élèves:* T-té mal. foie (Baillière). — *Gormet A.:* Lithiase généralisée des voies bil. à sympt. frustes. (La Loire Méd. nov. 1925). — *Koster:* Intrahepatic Lithiasis (Amér. J. Méd. Méd Sc. 1931 No. 1). — *Klemperer:* Berl. kl. Wschr. No. 52, 1901. — *Kraus u. Brugsch:* Spsz. Pathol. u. Ther inn. Kr. Bd. VI (Urb & Schw, Berlin). — *Loeper, Ravier et Tonnet:* L'oxalémie (J. M. Fr. Juin 1924). — *Mousseaux:* Remarques sur t-m hydrom lith. bil. (S-té M-ne Paris 1913). — *Niculescu Gh. şi Colab.:* Bull. Inst. Baln. Prof. Theohari (Buc. 1—2; 1927 şi 3—4; 1928). — *Paillard:* J. M. Fr. No. 11; 1923 — *Papin E.:* La Lithogénèse Rénale. (Pr. Therm et clim. No 77, E. 1936). — *Parturier:* Leç. d'Hépatologie 29 Mars 1929,—Les Syndromes Hép.—Le T-m de Syndr. Hép. bil.— *Parturier:* Colique hep. et choc protéinique (Pr. méd. 29 Oct. 1924). Les syndr. Hép. Endocriniens Vigot F-res ed 1935). *Posner:* Spez. Pathol. u. Ther lu. kv. (Brugsch u. Schittenhelme. — *Rathery:* Páris-Méd. No. 16; 1924. *Richter:* Spez. Pathol. u. Ther. inn Kr. Kraus u. Brugsch (T. III, 1920). — *Robin Albert:* T-té Thérap. appliquée et Thérap. usuelle du Praticien (Vigot F-res). — *Rodescu Leon:* L'action des eaux de Slănic-Moldova sur l'Hépatomégalie ds la lith. bil. (Rev. mal. foie, Paris No. 1, 1934 şi Mişc. Med. Rom. 1937; No. 5—6).—Typhlo-colecistita şi şi tratamentul său cu apele din Sl.-Mold. Mişc. Med. Rom. No. 3—4; 1935).— Le t-m de la bilithiase aux eaux de Sl.-Mold. (Pr. Therm et clim. No. 3360; 79-e an. 15 Febr. 1938). — *Roger:* Physiologie du Foie. (Masson). — *Rouzaud, Schneider et Germès:* T-m Hydrominéral de l'Uricemie et de la Goutte (Paris, Med. No. 35; 1924). — *Roxsing:* Pathog. des calculs bil. (Masson 1925). — *Singher:* Verhandl III u. X Tagung Verdaungs kr. (S. Karger, Berlin. —*Theohari:* Therap. B. ficatului.—Therap. B. rinichiului —T-m Hydromineral al B. stomacului, ficatului (Buc Cartea Rom.). — *Tudoran:* Slănicul-Med. (Rev. Med. chir. Iaşi An. 43, No. 1) — *Tudoran şi Băltăceanu:* Băile şi apele din Slănic-Mold. (Iaşi 1924). — *Villaret et Just. Bezançon:* Séance S-té Hydrol. Paris 1-er Mars 1937 (Pr Méd. No. 32, 1937). — *Villaret et Just Bezançon:* Clin. et Ther. Hydro-clim. (Masson 1932).

1) Par bilithiase on entend la coéxistence de la lithiase biliaire avec la lithiase rénale.

2) Chez les lithiasiques rénaux on observe l'hyperuricémie et l'hypercolestérinhémie, ce qui montre une prédisposition pour la lithiase biliaire tandis que les lithiasiques biliaires ne sont pas des hyperuricémiques.

3) Comme traitement nous devons avoir en vue laquelle des 2 lithiases est dans la période de repos ou d'évolution et nous traitons celle qui est en évolution.

4) Dans ces dernières années nous avons traité à Slănicul Moldovei 109 cas de bilithiase, parmi lesquels 39 avec de l'oxalurie et 7 avec de la goutte chronique.

5) Le traitement avec les eaux de Slănic-Moldova nous l'avons fait chez ces malades, d'après leur acidité gastrique: No. 3 et 1 bis chez les malades avec de l'hypoacidité et No. 6, 8, 10 chez ceux avec de l'hypoacidité, les malades prennant l'eau chaude en position déclive.

6) Nous avons observé que pendant la cure, les malades qui font une crise, la font le plus souvent d'abord aux reins et plus tard au foie.

7) De même que les oxalates resistent davantage, jusqu'à ce qu'ils deviennent plus rares et disparraissent de l'urine, tandis que les urates disparaissent plus rapidement.

8) Après le traitement avec les eaux de Slănicul Moldovei on observe une diminuation de l'acide urique dans le sang et dans l'urine et une diminuation de la cholestérine dans le sang.

9) Les eaux de Slănic-Moldova agissent en modifiant le pH du sang et de l'urine alcalinisant les humeurs de l'organisme, modifiant l'équilibre des colloides, elles ont un effet sur le métabolisme des purines, il est probable qu'elles augmentent la solubilité des urates, oxalates et de la cholésterine des humeurs de l'organisme par l'augmentation de la quantite de substances hydrotropiques.

Par leur action diurétique, elles ont un effet de lavage et d'entrainement des urates et des oxalates etc. Les eaux ont un effet favorable sur le syndrome entéro-rénal de Heitz Boyer et en conséquence sur la formation des calculs. Les eaux etant radioactives ont un effet sédatif sur les douleurs. Les eaux de Slănic-Moldova ont un effet salutaire de même sur la lithiase biliaire, fluidifiant la bile, elles augmentent la sécretion biliaire, elles ont une action cholecystokinétique. Elles ont une action de repos ou excitante sur les voies biliaires extrahépatiques, elles modifient le processus inflammateur.

10) Donc les eaux de Slănic-Moldovei font disparaître les crises, tant cholecysto-hépatiques que néphrétiques.

11 Contreindications: grande hypertension artérielle, hématuries, oedèmes, calculs rénaux volumineux, néphrites graves, infections du bassinet, troubles vésicaux, angyocholécystites aigues, cirrhoses, des crises.

1) Unter Bilitiase versteht man das gleichzeitige Bestehen der biliären Lithiase und der Nierenlitiase.

2) Bei den Nieren-Lithiasikern bemerkt man die Hyperuricemie und die Hypercolesterinemie, was auf eine Empfaenglichkeit fuer die biliaere Litiase hinweist, waehrend die biliaeren Lithiasiker nicht hyperuricemiker sind.

3) Bei Behandlung muessen wir vor Augen haben, welche von den beiden Litiasen in der Ruheperiode und welche in der Fortentwicklung sich befindet und man behandelt die jenige. welche in Entwicklungbegriffen ist

4) In den letzten Jahren haben wir in Slănicul Moldovei 109 Faelle von Bilithiase behandelt, von denen 39 mit Oxalurie und 7 mit chronischer Gicht.

5) Wir haben die Behandlung bei diesen Kranken mit dem Wasser von Slănicul Moldovei je nach der gastrischen Acidität vorgenommen: No. 3, 1 bis bei Kranken mit Hyperacidität und No. 6, 8, 10 bei den jenigen mit Hypoacidität, wobei die Kranken laues Wasser in abschüssiger Lage getrunken haben.

6) Wir haben beobachtet, dass die Kranken, welche waehrend der Behandlung eine Krise durchmachen, dieselbe in den meisten Faellen vorerst in der Niere und nachher in der Leber zu verzeichnen haben.

7) Ebenso, dass die Oxalate mehr Widerstand entgegensetzen, bis sie seltener werden und aus dem Urin verschwinden, waehrend Urate rascher werschwinden.

8 Nach Behandlung mit dem Wasser von Slănicul Moldovei macht sich eine Abnahme des Acid-Urique im Blute und Urin bemerkbar, ebenso wie eine Abnahme des Cholesterins im Blute.

9) Das Waser von Slănicul Moldovei wirkt durch eine Aenderung des pH. im Blute und Urin, indem es die Feuchtigkeiten des Organismus alkalinisiert und des Gleichgewicht der Colloiden aendert, und hat einen Einfluss auf den Metabolismus der Purine. Es ist wahrscheinlich, dass es die Aufloesbarkeit der Urate, Oxalate und Cholesterine in der Feuchtigkeit des Organismus erhoeht, dadurch, dass es die Menger der hydrotropischen Substanzen vermehrt.

Durch ihr diuretische Taetigkeit haben sie ein waschende und fortreisende Wirkung auf die Urate und Oxalate zur Folge. Das Wasser hat einen guenstigen Einfluss auf den entero-renalen Syndrom von *Heitz Boyer* und daher auf die Formation der Kalkuls

Da sie radioaktiv sind, haben sie eine lindernde Wirkung auf die Schmerzen. Das Wasser von Slănicul Moldovei hat einen heilenden Einfluss auf die biliaere Lithiase, verfluessigt die Bile, erhoeht die Sekretion der Bile und hat eine cholecystokinetische Action. Sie haben auf die biliären extrahepatischen Kanäle eine ruhende oder erregende Wirkung, sie aendern den Entzuendunge-Prozess.

10) Das Waser von Slănicul Moldovei verursacht daher das Verschwinden sowohl der cholecystischshepatischen, als auch der nephretischen Krisen.

11) *Gegenteiliges.* Grosse arterische Hypertension, Hematurie, Oedeme, voluminöse renale Kalkuls, schwere Nephritis, Infectionen im Becken, Gefaess-Stoerungen, akute Angyocholecystites, Cirrhose, Krisen.

1) By Lithiase is understood the coexistence of the Biliar Lithiase with the Renal Lithiase.

2) With the Renal Lithiasics one can observe the Hyperuricemie and the Hypercolesterinemie, which evidences a predisposition for the Biliar Lithiase, whilst the Biliar Lithiasics are no Hyperuricemics.

3) As treatment we must have in view which one of the 2 Lithiases is in the period of rest or evolution and only thatwhichis in evolution should be treated.

4) For the last time we have treated at Slănicul Moldovei 109 cases of Bilithiase, amongst which 39 with Oxalurie and 7 with chronical Goutte.

5) The treament by the waters of Slănicul Moldovei has been applied to these sick persons according to the gastric acidity: No. 3 and 1 bis with Patients with Hyperacidity and No. 6, 8, 10 with those with Hypoacidity, the patients drinking the warm water in declive position.

6) We have observed that the patients who undergo a crisis during the cure, have same in the reins in most cases and afterwards in the liver.

7) The same, that the Oxalates resist more up to their getting rare and and disappearing from the urine, whilst the Urates disappear more rapidly.

8) After the treatment with the waters of Slănicul Moldovei a diminuation of the Acide Uric in the urin and in the blood as well as a diminuation of the Cholesterine in the blood may be observed.

9) The Waters of Slănicul Moldovei are operating by modifying the pH of the blood and urine, alcalinising the humours of the organism; modifying the equilibrium of the Colloides they have an effect on the metabolisme of the urine. It is probable that they increase the solubility of the Urates, Oxalates and Cholesterine of the humours of the organism by increasing the quantity of the hydrotropiques substance.

By their diuretic action they have an effect of washing an carrying away of the Urates, Oxalates etc. The waters have a favourable effect on the Entero-Renal-Syndrome of *Heitz Boyer* and, consequently, on the formation of the calculus. The waters being radio-active, they have an sedative effect on the pains. The Waters of Slănicul Moldovei have a salutary efect also on the Biliar Lithiase; fluidifying the Bile, they increase the Biliar Secretion, having a cholecystokinetic action. They have a resting or exciting action on the Biliar Extrahepatic ways, they modify the inflammation processus.

10) The Waters of Slănicul Moldovei cause both the cholecystic-hepatic, and the nephretic crisises to disappear.

11) *Counter indications.* Great arteric Hypertension, Hematurie, Oedeme, voluminous renal calculus, heavy Nephritis, infections of the bassinet, vase-troubles, acute angyocholecistes, Cirrhose, crisis.

Auto-rezumate.

DOUĂ CAZURI DE REINFECȚIE SIFILITICĂ

de

D-r M. SACEANU

Sifilsiul, pe măsură ce a fost mai bine studiat și cunoscut, a pus problema reinfecții; problemă care a pasionat pe sifiligrafii tutulor timpurilor.

Majoritatea autorilor din secolul al XIX-lea, în urma dogmei lui Ricord „la vérole ne se double pas", negau existența reinfecțiilor, afară doar de excepții rare.

A. Fournier spunea: „sauf exceptions prodigieusement rares, la vérole ne se double jamais".

Opiniunea aceasta era susținută în alte țări de Hebra, Drysdale, Graziansky, Pellizari, etc. De altfel a fost și concluzia articolului lui Hudelo (1891): „Tout syphilitique, en cour de syphilis, se trouve, du faite même de l'infection dont il est porteur, en état d'immunité et n'est ni reinoculable, ni reinfectable".

Cu toate acestea, Diday, Augagneur, Carle în Franța, iar în alte țări Hutchinson, Neumann, Kaposi, Finger, Kolner, Neisser, Pospelov, Tarnowsky, etc., combăteau afirmațiunea lui Ricord și admiteau reinfecția.

Astfel stătea lucrurile pe vremea mercurului și iodurului de potasiu.

Introducerea arsenobenzolilor în terapeutica sifilisului pe de-o parte, sifilisul experimental pe de alta, au schimbat aspectul chestiunei.

De unde John, în statistica sa referitoare la bolnavii tratați cu mercur, n'a putut aduna decât 356 cazuri de reinfecție, publicate în timp de 65 ani, din contră Benario numai în 5 ani după introducerea salvarsanului a putut aduna 112 cazuri. Deși multe din cazurile raportate de Benario nu pot fi admise ca reinfecții, de oarece nu întrunesc condițiile impuse mai târziu pentru diagnosticul de reinfecție, totuși, un număr destul de însemnat, pot fi reținute.

Definiția și conceptul reinfecții sunt strâns legate de problema imunității și a vindecării sifilisului.

„Reinfecția, înseamnă o infecție nouă la un sifilitic vindecat sau în tot cazul a cărui stare refractară sau allergică au dispărut complect, traducându-se ca și prima infecție, la scadențele obișnuite, prin celelalte manifestațiuni ulterioare ale infecțiunei". (D-l Prof. S. Nicolau).

Ea nu trebue confundată cu superinfecţia care-i o infecţie nouă pe un organism încă nevindecat.

Azi, reinfecţia este admisă de aproape toţi sifiligrafii. Singura divergenţă care mai există, constă în semnificaţia doctrinară ce trebue să i se dea.

Majoritatea o consideră ca o probă sigură de vindecare. Alţii (Gennerich, Zimmern, Joseph, Riecke, etc.), faţă de lipsa oricărui criteriu de certitudine în vindecarea sifilisului, se abţin să se pronunţe asupra acestui punct.

Pentru înlăturarea oricărei erori în diagnosticul reinfecţii, s'au pus o serie de condiţiuni, cari, după R. Bernard, sunt în număr de 15:

1) Diagnosticul incontestabil al primului sifilis: treponeme, adenopatie, sero-reacţie;

2) Tratamentul să fi fost energic şi suficient;

3) Absenţa de semne clinice şi serologice timp de luni sau ani (după autori);

4) Declaraţia vindecării primului sifilis trebue să fi fost dată cu toate garanţiile, y compris. L. C. R.;

5) Declaraţia aceasta să fi fost confirmată prin reactivarea lui Milian;

6) Intre cele două sifilise trebue să nu fi fost recidive;

7) Intervalul dintre sfârşitul tratamentului primului sifilis şi apariţia celui de al doilea şancru, să fi fost destul de lung;

8) Trebue să existe posibilitatea de infecţie (coit) în intervalul normal;

BCU Cluj / Central University Library Cluj

9) Este de dorit confruntarea;

10) A doua leziune iniţială trebue să fie diagnosticată cu precizie: incubaţie normală, treponeme, sero-reacţia Bordet-Wassermann întâi negativă, apoi pozitivă;

11) Localizarea şancrului trebue să fie diferită;

12) Şi chiar să aibă sediu în alte regiuni;

13) Adenopatia celui de al doilea şancru de asemeni;

14) Exantem necesar pentru confirmarea şancrului;

15) Observarea celor două sifilise de acelaş medic sau de doi specialişti.

Greu pot fi satisfăcute toate condiţiile puse de R. Bernard, şi cu toate acestea cazuri sigure de reinfecţie au fost relatate în literatură.

In cele două observaţii pe care le raportez azi, multe din condiţiile impuse sunt îndeplinite.

OBSERV. I. — B... funcţionar la C. F. R., m'a consultat în Februarie 1930, pentru un şancru situat pe faţa ventrală a şanţului balano-prepuţial, în apropiere de marginea dreaptă a frenului, cu toate aparenţele unui sifilom primar.

Data de 4 zile.

Examenul ultramicroscopic al serozităţii a decelat treponeme tipice.

In antecedente neagă orice altă afecţiune venerică afară de blenoragie.

S'a instituit tratamentul: Neosalvarsan, dozele 1—4, ultima repetată până la doza totală de 5,70 gr. şi 30 injecţii zilnice cu câte 0,01 ctgr. cianur de mercur.

Pauză o lună.

Seriile 2—3—4 sunt făcute cu aceleaşi doze şi aceiaşi cantitate de Neo-

salvarsan căruia i s'a asociat de data aceasta injecţii intramusculare cu Bismut şi Arqueritol.

In anul al 2-lea s'a făcut acelaş tratament. Neosalvarsan asociat cu Bismut şi Arqueritol, cu pauză între serii tot de o lună.

In anul al 3-lea—4-lea s'au făcut numai câte 3 serii de injecţii (2 cu Bismut şi 1 cu Arqueritol).

Atât în cursul primei serii de injecţii cât şi la începutul seriilor ulterioare, sero-reacţia Bordet-Wassermann a fost constant negativă.

In tot timpul tratamentului cât şi după încetarea lui, nu s'a observat nici-o recidivă, iar examenul clinic al sistemului nervos şi cardio-vascular n'a decelat nimic anormal.

In anul al 5-lea se face reactivarea lui Milian care dă un rezultat negativ.

La finele aceluiaşi an se face examenul L. C. R. care s'a găsit normal citologic, chimic şi biologic.

In Ianuarie 1936 se duce la Bucureşti pentru a urma o şcoală, unde are un raport sexual cu o prostituată.

La 3 zile după raport, apare o blenoragie pe care şi-o tratează singur, iar la 25 zile a observat un şancru, situat de data aceasta, pe faţa dorsală a penisului. Se tratează cu pudră de dermatol şi o pomadă cu sulfat de cupru.

La scadenţele obişnuite apar rozeolă, sifilide papulo-erozive pe testicule, plăci mucoase amigdaliene, micro-poliadenopatie, seroreacţia Bordet-Wassermann pozitivă.

Este starea în care este consultat de mine în Aprilie, când se institue tratamentul arseno-mercurial.

OBSERV. II. — Locot. P... s'a prezentat în 1926 cu sifilis I-II: sifilom primar al şanţului balano-prepuţial, (faţa dorsală a penisului), sifilide papulo-scuamoase diseminate, laringită specifică, plăci mucoase amigdaliene, micro-poliadenopatie, sero-reacţia Bordet-Wassermann intens pozitivă.

S'a instituit tratamentul cu Neosalvarsan I-IV, ultima doză repetată până la un total de 6,90 gr., şi injecţii zilnice cu cât 0,01 ctgr. cianur de mercur; în total 30 injecţii.

Pauză o lună.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Sero-reacţia Bordet-Wassermann a fost negativă la începutul serii a II-a.

S'au mai făcut în primul an încă 3 serii de Neosalvarsan, dozele I-IV, fiecare serie cu 5,10 gr., asociate cu Bismut şi Arqueritol.

Sero-reacţia Bordet-Wassermann făcută la începutul fiecărei serii a fost constant negativă.

In anul II-III-IV se fac câte 3 serii, alternând Bismutul cu Arqueritolul.

Examenul L. C. R. n'a putut fi făcut la finele tratamentului, cu toate insistenţele depuse.

A încetat orice tratament şi orice control serologic şi clinic.

A revenit în luna 1936, cu un şancru situat de data aceasta pe partea dreaptă a glandului, pe care l-a tratat singur cu tot felul de caustice şi pudre. Şi-a făcut chiar, la o săptămână după apariţia şancrului, şi o sero-reacţie care a dat un rezultat negativ.

Nu s'a putut face examenul ultramicroscopic.

Bolnavul dispare, timp de 2 săptămâni, în care timp îşi tratează şancrul cu o pomadă calomelată care-l vindecă.

In Iulie 1936, revine, de data aceasta cu rozeolă tipică şi seroreacţia pozitivă, când se începe tratamentul mercuro-arsenical.

Aceste două cazuri le socotesc ca reinfecţii sifilitice tipice, de oarece au survenit în primul caz la peste 2 ani dela încetarea oricărui tratament şi în al doilea după 6 ani; ambele n'au prezentat, atât în cursul tratamentului, cât şi după încetarea lui, recidive clinice, nici în situ (pseudoreinfecţie), nici generale şi sero-reacţia a fost negativă; au fost observate de acelaş medic; au avut posibilitatea de infecţie; al doilea şancru a fost urmat la scadenţele reglementare atât de sero-reacţie pozitivă, cât şi de accidente secundare.

Doar în cazul al doilea nu s'a examinat lichidul cefalo-rachidian şi nu s'a făcut reactivarea Gennerich-Milian.

Numărul cazurilor de reinfecţie s'a mărit dela introducerea arsenobenzolilor în tratamentul sifilisului.

Cu toate acestea, ele sunt rare în comparaţie cu numărul destul de însemnat de sifilitici cari se tratează.

Raritatea reinfecţiilor s'ar putea explica în două feluri. Pe de-o parte un număr mare de sifilitici, odată tratamentul terminat, se căsătoresc şi deci scapă de orice infecţie nouă, iar pe de altă parte ar putea fi invocată ca un argument puternic al nevindecării sifilisului, decât în cazuri excepţionale. Mai mult, s'a mai invocat şi faptul că la prostituate, cari prin meseria lor, se găsesc în condiţii prielnice de-a se reinfecta, procentul reinfecţiilor nu-i mai mare decât cel obişnuit.

In fine, dacă ne transpunem în domeniul ştiinţific, pentru explicarea rarităţii reinfecţiilor, s'ar putea face două supoziţii: sau că vindecarea reală a sifilisului nu s'ar obţine decât în cazuri excepţionale, sau că imunitatea căpătată în cursul primei infecţii n'ar dispărea la toţi bolnavii odată cu vindecarea sifilisului.

In fine, s'ar mai putea presupune că reinfecţiile n'ar fi decât rezultatul inoculării unor rase treponemice deosebite decât acelea ale primei infecţii. Deci omul, ca şi iepurile, n'ar prezenta o pan-imunitate faţă de diversele rase de treponeme.

Problema rămâne deschisă. Ea cere noi cercetări.

THIODACAINE MIDY

INJECŢII LOCALE — FIOLE DE 20 cc.

Tratamentul local al DURERII reumatice

THIODERAZINE MIDY

INJECŢII INTRAMUSCULARE — FIOLE DE 5 cc.

Tratamentul general al REUMATISMULUI CRONIC

PIPERAZINE MIDY

GRANULATĂ EFERVESCENTĂ

ANTI-URICUL TIP

LITERATURĂ ŞI ESANTIOANE LA:
I. E. BUCUR, STR. MECET, 8 — BUCUREŞTI-IV

ACCIDENTUL PRIMAR (ŞANCRUL LIMFOGRANULOMATOS) IN BOALA LUI NICOLAS ŞI FAVRE

de

Conf. D-r FL. EM. SARAŢEANU
Medic-şef de consultaţii dermato-sifiligrafice la Spitalul Brâncovenesc.

Pe măsură ce se acordă o atenţiune mai mare leziunii genitale iniţiale în limfogranulomatoză venerică, caracterele sale devin din ce în ce mai cunoscute.

Intr'un mare număr de cazuri, această leziune nu se observă. După diversele statistici existente, la care se adaogă şi statistica personală a autorului pe 101 bolnavi, procentul mijlociu de cazuri în cari accidentul primar limfogranulomatos a putut fi observat, se ridică la aproximativ 45%.

Un caracter principal al şancrului limfogranulomatos este polimorfismul său. El poate imita frequent herpesul şi mai rar, şancrul simplu şi şancrul sifilitic. Incubaţia lui este în mediu de 20—30 zile, cu un minimum de 8—10 zile şi un maximum de 2—3 luni. Sediul şancrului limfogranulomatos este variabil. El se poate desvolta în orice regiune din sfera genitală. Localizările extragenitale sunt rare. Unic în majoritatea cazurilor, şancrul limfogranulomatos poate fi şi multiplu, leziunile prezentând acelaş tip ori tipuri diferite.

Apariţia adenopatiei regionale faţă de începutul şancrului limfogranulomatos este variabilă, ganglionii prinzându-se în mediu între 3—15 zile, după ivirea accidentului primar.

Durata şancrului limfogranulomatos depinde de tipul căruia aparţine. Cele mici şi superficiale se vindecă în câteva zile (5—15), în timp ce acelea cu infiltraţie accentuată a bazei şi dimensiuni mai mari pot dura mai multe săptămâni ori chiar mai mult.

Caracterele histopatologice permit recunoaşterea naturii leziunii.

Şancrul limfogranulomatos se poate transforma uneori în ulcer cronic genital, care constituie astfel o continuare şi o transformare a accidentului iniţial limfogranulomatos. Frequent la femee, mai ales în mediul prostituatelor, ulcerul cronic genital este rar la bărbat. Atât şancrul limfogranulomatos cât şi ulcerul cronic sunt leziuni contagioase, putând transmite boala mai departe.

Din cauza polimorfismului, diagnosticul şancrului limfogranulomatos necesită uneori cercetări de ordin bacteriologic, biologic, serologic şi chiar histologic, pentru a putea fi diferenţiat. Aceste cercetări sunt şi mai necesare în cazuri de

infecţiune mixtă limfogranulomatoasă şi ducreiniană ori limfogranulomatoasă şi sifilitică, etc. Asemenea asociaţii imprimă caractere particulare adenopatiei şi uneori produc modificări pasagere ale stării alergice.

Incă înainte ca şcoala dermato-venerică lioneză să atragă atenţiunea asupra originii veneriene a limfogranulomatozei subacute, existenţa unor leziuni genitale în această boală fusese semnalată, însă nu se insistase prea mult asupra lor (**Nélaton, Marion** şi **Gandy, Pigeon** şi **Tanton,** etc.), relaţiunea dintre aceste leziuni ale părţilor genitale şi adenopatia regională care domină tabloul clinic al infecţiunii fiind stabilită mai târziu prin lucrările cari au dus la identificarea acestei boli venerice, de către **Nicolas, Durand** şi **Favre** (1913—1914).

Date referitoare la accidentul primar limfogranulomatos, se mai găsesc în teza lui **Gaté** (1913), în publicaţiile lui **Ravaut** (1921—1922), în lucrările din 1921—1922 ale lui **Bory,** care a studiat deaproape şancrul limfogranulomatos atât din punct de vedere clinic cât şi histopatologic, în teza lui **Phylactos** din 1922, teză lucrată după inspiraţia şi sub directivele lui Favre, în raportul Prof. **Nicolas** şi **Favre** dela primul Congres al dermatologilor şi sifiligrafilor de limbă franceză, ţinut la Paris în 1922, etc.

Ulterior, când limfogranulomatoza subacută a fost încadrată în mod definitiv între bolile contagioase venerice şi în special după 1930, atenţiunea acordată leziunii iniţiale a fost din ce în ce mai mare, aşa că în prezent, caracterele accidentului primar limfogranulomatos — denumit încă: **ulcer venerian adenogen** (Nicolas şi Favre), **ulcer simplu adenogen al părţilor genitale, şancru limfogranulomatos** sau **micro-şancru poradenic** (Bory) — au devenit din ce în ce mai bine cunoscute.

Digitized by Google Digitized by Google

Intr'un mare număr din cazurile cu boala lui Nicolas şi Favre, şancrul limfogranulomatos nu se observă.

Aşa de exemplu, într'o statistică datorită Prof. **Nicolau** şi D-r **Banciu** (1932), din 38 de cazuri (36 bărbaţi şi 2 femei), numai 11 bolnavi au afirmat că au avut la început o ulceraţiune genitală de durată scurtă, la 9 din ei leziunea existând încă, când au venit să consulte. Din această statistică ar reeşi deci un procent de 28,9% de şancre limfogranulomatoase observate.

O cifră aproximativ identică, au dat şi autorii englezi **Anwyl-Davies, King** şi **Findlay** în 1933. După aceştia, proporţia accidentului primar limfogranulomatos a fost observată în 29,8% din cazuri.

Din 106 cazuri cu boala lui Nicolas şi Favre, cari s'au prezentat la consultaţiunile dermato-sifiligrafice dela Spitalul Brâncovenesc în cursul anilor 1936 şi 1937, numai 35 de bolnavi au observat o leziune genitală anterioară adenopatiei şi din aceştia numai la 11 din ei mai perzista leziunea în momentul când s'a prezentat pentru a fi examinaţi. Faţă de numărul total al bolnavilor, procentul în care şancrul limfogranulomatos a fost observat, este deci de 33%.

Intr'o statistică pe 101 cazuri, datorită lui **G. Prats** (1936), şancrul limfogranulomatos a putut fi observat la 44 bolnavi, adică într'un procent de 43,5%, iar în aceea, pe 73 cazuri, a lui **Sézary** şi

Drain (1935), proporţia în care şancru limfogranulomatos a fost constatat se ridică la 45% din cazuri.

Un procent mai mare, de 50% leziuni genitale primare limfogranulomatoase, rezultă din cele 16 cazuri cari au făcut obiectul tezei lui Phylactos, din 1922, cifră foarte apropiată de aceea pe care a dat-o şi **Hellerström** în 1929. Acest ultim autor semnalează că accidentul primar limfogranulomatos a existat la 25 din 48 de cazuri (46 bărbaţi şi 2 femei), adică într'un procent de 52.8%.

O cifră şi mai mare reese dintr'un grup de 23 cazuri observate şi publicate de **Ravaut, Boulin** şi **Rabeau** (1924). Din cele 23 cazuri, 15 adică 65.2% prezentau ori prezentase accidente primare limfogranulomatoase.

In fine, aproximativ acelaş procent rezultă şi din 28 de observaţiuni ale lui **Quiroga** şi **Bosc** (1935), deoarece 18 bolnavi din 28, adică 64.2% au prezentat o leziune genitală iniţială, precedând adenopatia cu câteva zile, 11 dintre ei având încă accidentul primar în momentul examinării.

Rezultă deci, din aceste diverse statistici, un procent mijlociu de 45.8% cazuri, în cari accidentul primar limfogranulomatos a putut fi observat.

Deşi, — după cum observă Sézary — virusul limfogranulomatos ar fi mai puţin dermotrop decât agentul sifilisului, prin faptul că „adesea nu dă nici o leziune primară, ori dacă o produce, ea este mai adesea minimă", neconstatarea accidentului primar în aproximativ jumătate din cazurile cu boala lui Nicolas şi Favre se explică mai curând nu prin neexistenţa lui cât prin faptul că fiind în genere mic, nedureros şi efemer, el scapă atenţiunii bolnavului şi uneori chiar observaţiunii medicului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Un caracter principal al accidentului primar limfogranulomatos este polimorfismul său, leziunea putând îmbrăca aspecte diferite.

Bory recunoaşte două tipuri: **un tip folicular herpetiform sau eroziv şi un tip sifiloid, infiltrat.**

Phylactos, în teza sa, distinge: **o formă ulceroasă superficială sau herpetiformă** — tipul cel mai frequent, — **o formă papuloasă şi o formă nodulară.**

Prof. **Nicolau** şi D-r **Banciu** descriu ca cea mai frequentă **forma superficială de tip eroziv sau subulceros, varietatea care imită şancrul simplu şi varietatea sifiloidă** fiind mai rare.

Sézary, care s'a ocupat mai de aproape cu studiul şancrului limfogranulomatos, distinge cinci tipuri: **tipul herpetiform; tipul şancreliform**, care poate imita şancrul simplu; **tipul sifiloid; tipul nodular şi tipul în pânză infiltrată** („en nappe infiltrée"). Ca frequenţă, acest autor dă următoarele procente: 73% pentru tipul herpetiform, 12% pentru tipul sifiloid, 9% pentru tipul nodular, 6% pentru tipul şancreliform şi 3% pentru tipul în pânză infiltrată.

Incubaţia şancrului limfogranulomatos nu se poate estima cu preciziune, deoarece de cele mai multe ori bolnavii nu pot stabili data contactului infectant.

Pe baza cazurilor unde contactul infectant a fost unic şi s'a putut

stabili data lui în mod precis, incubaţiunea accidentului primar limfogranulomatos pare să fie în mediu cam de 20—30 de zile, uneori durând mai puţin, alteori mai mult. Termenul cel mai scurt ar fi după majoritatea părerilor 8—10 zile, iar cel mai lung de 2—3 luni.

In ce priveşte inocularile experimentale, concluziunile la cari au dus, nu sunt mai precise. In rarele cazuri unde inocularea la om, cu material infecţios uman (broiaj de ganglioni, puroi ganglionar) a dat un rezultat pozitiv, cum sunt cele câteva cazuri ale lui **Chevallier** şi **Bernard**, nu se poate vorbi de o leziune la locul inocularii, asemănătoare cu accidentul primar limfogranulomatos, observat în practică.

In genere, se produce după o fază de latenţă de aproximativ 2 zile, un nodul cu bază roşie infiltrată, care atinge apogeul către a 10-a zi, apoi descreşte încet şi dispare. Leziunea nu se erodează, nici nu se ulcerează. Acest accident de inoculare poate avea însă o scadenţă variabilă, apărând în unele cazuri mult mai târziu, după 1—2 luni. Pe baza acestor constatări, Chevalier şi Bernard se gândesc dacă unii noduli cutanaţi, ca şi unele adenopatii fugace, ori din contră cronice, dar moderate şi fără tendinţă la supuraţie, observate în practică, n'ar putea fi varietăţi ale boalei lui Nicolas şi Favre.

Tipul herpetiform de şancru limfogranulomatos — cel mai frequent întâlnit — se manifestă ca o eroziune ori o ulceraţiune cu totul superficială, indolentă, mică cât o gămălie de ac, un bob de mei ori cel mult un bob de linte, neregulat rotundă, cu margini nedeslipite. De culoare roşie deschisă, leziunea prezintă un fund plan ori uşor deprimat, o bază moale neinfiltrată şi o suprafaţă netedă, secretând prin presiune o serozitate gălbue clară. Leziunea are o asemănare cu herpesul şi totuşi se deosebeşte prin forma sa mai puţin regulată şi prin lipsa de policiclism a marginilor.

In genere puţin durabilă, ea se vindecă de obicei fără urme, în câteva zile (5—10 maximum 15). La această regulă pare totuşi să existe şi excepţiuni în ce priveşte durata leziunii. Astfel, **Nicolas, Rousset** şi **Colas** citează un caz de microşancru limfogranulomatos superficial, care a durat în total mai mult de 40 de zile.

Această formă, care ca frequenţă predomină, scapă totuşi foarte adesea atenţiunii bolnavului, de oarece are dimensiuni mici, e indolară şi de durată scurtă. Medicul însuşi, pentru a o găsi, trebue să facă un examen minuţios al bolnavului.

Tipul ulceros, care poate imita şancrul simplu, se întâlneşte rar. Această formă se manifestă ca o leziune indolară, ori prea puţin sensibilă la presiune, în mediu cât un bob de linte, neregulat rotundă ori ovalară, cu margini deslipite, cu fund scobit, roşu ori roşu-cenuşiu, granulos, mai curat în genere decât al şancrului simplu, sângerând uşor la presiune şi secretând o serozitate tulbure, uşor purulentă.

Baza ulceraţiunii, mai mult sau mai puţin împăstată, poate imprima uneori leziuni o reliefare papuloasă care face ca şancrul limfogranulomatos să semene cu un şancru simplu papulos (Phylactos). Această formă poate dura câteva săptămâni şi chiar mai mult şi lasă de obicei cicatrice.

Tipul sifiloid, se observă de asemenea rar. Leziunea are un caracter eroziv ori ulceros superficial, dimensiuni variabile, margini ne-

deslipite, formă rotundă ori ovalară, contur regulat, culoare roşie şi fund neted, curat, lucitor sau acoperit în parte ori în total de o pseudomembrană cenuşie. Ceea ce caracterizează în special această formă este infiltraţia densă a bazei sale, care îi imprimă o duritate ca aceea a bazei unui sifilom primar.

Şancrul limfogranulomatos cu tip sifiloid, poate dura câteva săptămâni şi uneori chiar mai mult.

S'a mai semnalat încă şi un tip nodular, de către **Bory, Gaté, Ravaut, Scheikevitch** şi **Héraux, Phylactos, Ravaut, Boulin** şi **Rabeau, Sézary** şi **Facquet**, etc., sub forma unui nodul dermic indolor, mai mult sau mai puţin rotund, mobil, de dimensiuni variabile, putând ajunge uneori până la acelea ale unei alune şi care se poate fistuliza. Această formă se întâlneşte relativ rar şi poate avea uneori o durată lungă.

Sézary remarcă că atât tipul sifiloid cât şi cel care imită şancrul simplu, sunt în definitiv tot leziuni nodulare, erodate ori ulcerate, în cari însă infiltratul variază, fiind mai dens în forma sifiloidă şi mai difuz în cea şancreliformă.

Sediul şancrului limfogranulomatos, este variabil. El poate ocupa indiferent orice regiune din sfera genitală, putându-se dezvolta chiar în interiorul canalului uretral, în care caz dă naştere unei uşoare scurgeri seroase ori sero-purulente. Sediul de predilecţie îl formează însă prepuţul, şanţul balano-prepuţial şi glandul la bărbat şi furculiţa la femee.

Ceva mai mult, şancrul limfogranulomatos poate apărea şi în alte teritorii, nu numai în regiunea genitală. S'au citat astfel şancre limfogranulomatoase ale cavităţii bucale — în urma cunilinguismului — cu sediul lingual[1]) **(Buschke, Curth, Prof. Nicolau, Bloom, Skorpil)**, amigdalian **(Prof. Nicolau)** şi chiar la degetele mânii **(Kolin, J. Pitha** şi **F. Skorpil**[2]). Relativ la această ultimă localizare, există şi unele observaţiuni de infecţiune limfogranulomatoasă digitală neveneriană, de chirurgi cari s'au rănit în timp ce interveneau pentru enucleare de ganglioni limfogranulomatoşi **(Klotz, Favre, Hellerström)**. In toate aceste cazuri, leziunea era însoţită şi de adenopatie regională caracteristică[3]).

Unic în majoritatea cazurilor, şancrul limfogranulomatos poate fi şi multiplu (cam în 10% din cazuri), leziunile prezentând acelaş tip ori tipuri diferite[4]).

Apariţia adenopatiei regionale faţă de începutul şancrului limfogranulomatos este variabilă, ganglionii prinzându-se în mediu între 3—15 zile după ivirea accidentului primar. S'au citat totuşi cazuri unde şan-

---

[1]) Intr'un caz a lui *Bloom*, durata şancrului lingual a trecut de 6 luni, iar în cazul lui *Curth*, a fost urmat de elefantiasis al treimei anterioare a limbei.

[2]) O asemenea localizare se găseşte menţionată şi în lucrările lui *Nélaton*: mici eroziuni fără importanţă ale degetului mic, de mai mult timp cicatrizate, intr'un caz unde adenita caracteristică avea ca sediu faţa internă a braţului (cit de *Phylactos*).

[3]) In inoculările digitale, adenita limfogranulomatoasă poate avea un sediu cubital ori axilar, fapt explicat prin dispoziţia anatomică a căilor limfatice. In caz de infecţiune în regiunea degetului mare, ori a arătătorului, adenita e axilară în timp ce pentru restul degetelor, ea are un sediu cubital (*F. Skorpil*).

[4]) Intr'un caz pe care l-am putut observa, existau trei leziuni şancroase limfogranulomatoase, din cari două cu tip herpetiform şi unul cu tip ulceros, imitând de aproape un şancru simplu. Alături de adenopatie care era tipică, diversele probe: r. Frei, r. Ito, autoinocularea, ultramicroscopia, r. Frei cu serozitatea şancroasă şi serologia, ne-au precizat prin rezultatele obţinute, natura limfogranulomoasă a leziunilor genitale.

Digitized by Romanian Academy Library (www.acad.ro)

crul limfogranulomatos a apărut în acelaş timp cu adenopatia, ori chiar în urma ei. (Sézary, Chevallier şi Bernard, Gaté şi Michel, etc.).

Durata şancrului limfogranulomatos variază cu tipul căruia aparţine. Cele herpetiforme se vindecă în 5—10 maximum 15 zile, pe când cele cu infiltraţie accentuată a bazei şi cu dimensiuni mai mari pot dura mai multe săptămâni ori chiar mai mult, în acest ultim caz accidentul primar limfogranulomatos putând căpăta toate caracterele unui adevărat ulcer cronic [5]).

Examenul histopatologic al şancrului limfogranulomatos arată următorul aspect (Bory, Favre, Phylactos):

La nivelul şancrului epidermul lipseşte. Sub ulceraţiune există o infiltraţie celulară densă care se substituie elementelor normale ale dermului şi vase de neoformaţie. Infiltraţia celulară e compusă din diverse varietăţi de celule (plasmazellen, mastzellen, mononucleare, celule cu protoplasmă acidofilă, etc.) cu predominenţă accentuată de plasmazellen.

In regiunea superficială a infiltratului celular şi chiar sub ulceraţiune, celulele polinucleare lipsesc, element care diferenţiază şancrul limfogranulomatos de şancrul simplu, întrucât în acesta din urmă există un infiltrat bogat în leucocite polinucleare, care din zona ulceroasă pătrunde profund în derm sub o formă cuneiformă (Favre).

In profunzimea infiltratului celular, celulele plasmatice sunt numeroase, constituind în unele puncte totalitatea infiltratului (plasmom pur), pe când în altele sunt amestecate cu alte varietăţi de celule şi în special cu celule acidofile.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In această zonă profundă a infiltraţiei, fără nici o relaţie cu ulceraţia superficială, se găsesc micro-abcese cu marginile înconjurate de celule acidofile şi polinucleare neutrofile, al căror număr creşte pe măsură ce se apropie de cavitatea abcesului.

In cavitatea microabcesului se găsesc: celule polinucleare, celule acidofile şi corpusculi cromatofili (resturi nucleare) incluşi în majoritate în celulele acidofile.

Şancrul limfogranulomatos poate transmite boala mai departe. Virulenţa lui a putut fi dovedită clinic (în cazurile conjugale) cât şi pe cale experimentală. In acest sens inocularea intracerebrală cu material şancros (un şancru dela un bărbat şi un şancru dela o femee) făcută de Löhe, Rosenfeld, Schlossberger şi Krumeich au dat rezultate pozitive. Virulenţa infecţiunii astfel obţinută, n'a scăzut nici după patru treceri pe cobai, de oarece dela aceştia a putut fi retransmisă la maimuţe.

---

[5]) Intr'unul din cazurile noastre, la un bărbat, şancrul limfogranulomatos cu o durată de 7 luni şi cu sediu în şanţul balanoprepuţial se transformase în ulcer cronic. Intr'un al 2-lea caz, tot la un bărbat, şancrul limfogranulomatos sub forma unui nodul cât o alună şi care : poi s'a fistulizat prezentând o ulceraţiune în pâlnie, era situat în şanţul balanoprepuţial şi dura de 4 luni

Extirpat în vederea unui examen histopatologic şi al preparării unui antigen Frei, plaga s'a închis aproape complect în trei săptămâni, rămânând la marginea ei un punct cât o gămălie de ac. Mica porţiune punctiformă încă nevindecată a continuat apoi să se dezvolte lent, ajungând în alte trei săptămâni la mărimea unui bob de mazăre. Toate probele bacteriologice şi biologice repetate, au arătat natura ei limfogranulomatoasă. Faptul explicat prin aceea că extirparea n'a cuprins probabil tot infiltratul subjacent, dovedea în acelaş timp tendinţa de cronicitate, arătată încă de la început de leziunea primară limfogranulomatoasă (*Fl. Sărăţeanu*. Ulcer cronic limfogranulomatos la un bărbat. Gazeta Internilor 1936, No. 1, p. 3 — *Fl. Sărăţeanu şi V. Constantinescu*. Şancru limfogranulomatos prelungit al penisului România Medicală, 1 Mai 193', No 9 pag. 127.)

Pe măsură ce se studiază mai atent accidentul primar limfogranulomatos, filiaţiunea dintre această leziune şi ulcerul cronic genital, apare tot mai evidentă.

Contrar altor păreri, cum este de exemplu aceea a Prof. **Cedecreutz**, după care ulcerul cronic ar fi o leziune autonomă, un focar limfogranulomatos al căilor limfatice, care supurând ar provoca o ulceraţiune cu mers cronic, faptele de observaţiune confirmă ipoteza **Prof. Nicolau**, în sensul că ulcerul cronic nu apare ca o leziune independentă, ci constituie o continuare şi o transformare a şancrului limfogranulomatos.

Frequent la femee, mai ales în mediul prostituatelor, ulcerul cronic este rar la bărbat, după cum o dovedesc rarele observaţiuni publicate până în prezent (Prof. **Nicolau, Lépinay** şi **Grévin**, Prof. **Cedercreutz, Săraţeanu**).

Transformarea şancrului limfogranulomatos în ulcer cronic, pare a se face sub influenţa unor factori de iritaţie locală (traumatisme sexuale repetate, secreţiuni, murdărie, etc.) şi poate şi a altor factori încă neprecizaţi.

Cea mai mare tendinţă la prelungire şi transformare în ulcer cronic, par să o aibă şancrele limfogranulomatoase cu bază infiltrată, iar în ce priveşte sediul, cele cari ocupă pragul la femee şi şanţul balanoprepuţial la bărbat.

Ca şi accidentul primar, ulcerul cronic este contagios, putând transmite infecţiunea mai departe, după cum rezultă din fapte de observaţiune clinică (**Reiss**, Prof. **Nicolau**), precum şi din rezultatele pozitive ale inoculărilor experimentale la maimuţe (**Löhe** şi **Rosenfeld**).

Digitized by Romanian Academy Library Cluj

* * *

Prin adăogarea limfogranulomatozei subacute la grupul boalelor venerice, domeniul diagnosticului diferenţial al leziunilor din regiunea genitală s'a mărit şi într'o oarecare măsură s'a îngreunat, — cu toate caracterele tipice ale adenitei limfogranulomatoase — pentru că pe de o parte poliformismul şancrului limfogranulomatos, iar pe de altă parte posibilitatea mixturilor, ne obligă uneori la examene multiple de laborator, bacteriologice, biologice şi chiar histo-patologice, pentru a le putea diferenţia.

Şancrul limfogranulomatos poate imita — după tipul clinic căruia aparţine: herpesul, şancrul simplu, sifilomul primar, leziunile erozive ori ulceroase banale, etc.; dar deşi putând imita una ori alta dintre aceste leziuni, el prezintă totuşi o fizionomie aparte, caracterizată în special prin dimensiunile în genere mici ale leziunii, printr'o culoare roşie deschisă şi margini uneori mai mult sau mai puţin reliefate, elemente care permit o diferenţiere pentru un ochi exersat.

Tipul herpetiform diferă de leziunile herpetice prin mai puţina lui regularitate, prin unicitatea frequentă a leziunii, prin lipsa de policiclism a marginilor sale şi prin absenţa de senzaţiuni subiective.

Tipul şancreliform, care poate imita şancrul simplu, este ca şi acesta o leziune ulceroasă cu margini deslipite, însă indoloră ori prea puţin sensibilă, senzaţiune care contrastează cu durerea vie a şancrului

simplu. Fundul lui este în genere mai curat ca al şancrului simplu, secreţiunea deşi tulbure este mai seroasă şi mai puţin purulentă, iar baza sa este mai mult sau mai puţin infiltrată.

Tipul sifiloid, nedureros ca şi sifilomul primar ori prea puţin sensibil, poate imita de aproape accidentul primar sifilitic în ce priveşte forma, conturul, marginile, suprafaţa, fundul şi secreţiunea. Culoarea şancrului limfogranulomatos sifiloid este însă în genere de un roşu mai deschis decât aceea a sifilomului primar.

Un sprijin puternic pentru diagnosticul şancrului limfogranulomatos — dacă leziunea persistă şi după interesarea ganglionilor regionali — este adenopatia [6]), de oarece cu excepţia fazei incipiente când ganglionii au un aspect mai mult sau mai puţin sifiloid, ea prezintă caracterele speciale cunoscute [7]).

Mai adesea însă suntem nevoiţi să recurgem la examene de laborator: căutarea bacililor Ducrey, reacţiunea Ito şi autoinocularea pentru tipul şancreliform, ultramicroscopia şi serologia pentru tipul sifiloid şi chiar pentru cel herpetiform (care ar putea imita uneori şancrul sifilitic herpetiform).

Pentru a confirma natura limfogranulomatoasă a unei leziuni genitale, pe lângă lipsa bacililor Ducrey şi a treponemelor, pe lângă o autoinoculare şi o serologie negative, bolnavul trebue să mai prezinte încă o reacţiune Ito negativă şi o reacţiune Frei pozitivă (dacă leziunea e mai veche de 2 săptămâni). In plus se va controla acţiunea antigenică pentru r. Frei, a secreţiunii leziunii şi la nevoe se va extirpa chiar leziunea şancroasă pentru a o controla pe cale histopatologică, cât şi pe cale biologică, în sensul că se va prepara din materialul şancros un antigen cu care se va încerca r. Frei la bolnavul dela care provine, la alţi bolnavi cu boala lui Nicolas şi Favre, precum şi la persoane sănătoase, cari servesc ca martori.

Biblioteca Universitară Iaşi

In executarea acestor probe trebue să ţinem însă seama de unele particularităţi ale lor.

In caz de serologie pozitivă, bolnavul neavând antecedente specifice, iar leziunile având totuşi un aspect clinic de limfogranulomatoză subacută, se va repeta ceva mai târziu examenul serologic, având în vedere că în boala lui Nicolas şi Favre, pot exista rezultate pozitive nespecifice de intensitate mijlocie ori slabă şi tranzitorii.

Acest fapt constatat de **Ravaut** şi **Rabeau, Gregorio, Freudenthal, Levaditi, Pinard** şi **Robert, Pisacane,** etc., a fost observat şi de noi încă de mult în unele cazuri de altminteri rare şi în special la început, când bolnavul are şi manifestaţiuni generale. In asemenea cazuri, rezultatul pozitiv dispare dela sine, mai târziu.

Reacţiunea Frei este în prezent singurul argument biologic pentru

---

[6]) Existenţa unei leziuni limfogranulomatoase genitale, neinsoţită de adenopatie, pare excepţională. In acest sens, *A. Sézary* şi *R. Joseph* au publicat cazul unei femei cu o leziune primară limfogranulomatoasă neinsoţită de ganglioni regionali. Toate probele au fost negative afară de r. Frei, care a fost pozitivă. Bărbatul bolnavei avea adenopatie dublă inguinală şi iliacă şi r. Frei pozitivă.

[7]) S'au citat totuşi cazuri de adenopatie limfogranulomatoasă atipică, fie din punct de vedere evolutiv, fie din punct de vedere al localizarei ori din punct de vedere al aspectului clinic. A se vedea în acest punct de vedere: *P. Chevallier* şi *J. Bernard*. Adenopatiile inguinale, F. Alcan, 1932 *O. Manizares*: Formele ganglionare atipice ale boalei Nicolas-Favre. Actas dermo-sifiliograficas 1 36, no. 8, p. 743.

a demonstra natura limfogranulomatoasă a unei leziuni. Nu trebue uitat însă că această reacţiune devine pozitivă cam după 10—15 zile în mediu dela manifestarea boalei, atingând maximul după 4—6 săptămâni (Prof. Nicolau şi D-r Banciu). In cazul unei leziuni suspecte de şancru limfogranulomatos, cu o vârstă sub două săptămâni, o r. Frei negativă nu are deci nici o valoare.

Ceva mai mult, r. Frei poate fi negativă chiar şi după apariţia adenopatiei, câtă vreme pielea care acopere ganglionii este încă normală, devenind pozitivă abia după ce fenomenele inflamatorii au interesat şi ţesutul cutanat (Frei, Nicolas).

Pe de altă parte, poate exista o r. Frei pozitivă, leziunea genitală fiind totuşi de altă natură, în cazul când bolnavul a avut în trecut o limfogranulomatoză subacută, deoarece alergia cutanată limfogranulomatoasă odată desvoltată, se menţine în mod permanent.

Ca şi r. Frei, reacţiunea Ito poate fi pozitivă multă vreme după vindecarea şancrului simplu, întrucât alergia cutanată ducreyniană odată ce s'a produs, rămâne stabilă. De aceea, această reacţiune ca şi r. Frei „n'au o valoare diagnostică actuală" (Prof. Nicolau).

Sunt cazuri unde aspectul leziunii genitale, contrastând cu acela al adenopatiei, face să se pue şi chestiunea unei mixturi posibile. Asociaţia infecţiunilor ducreyniană, sifilitică şi limfogranulomatoasă imprimă însă anumite caractere particulare, mai curând adenopatiei [8]) decât accidentului primar, pentru că infecţiunea limfogranulomatoasă nu schimbă caracterele clinice ale unui şancru simplu ori pe acelea ale unui şancru sifilitic, la nivelul cărora există şi poarta de intrare a ei.

In cazuri de infecţiune mixtă ducreyniană şi limfogranulomatoasă în acelaş punct, provenite din acelaş contact infectant, şancrul simplu este acela care apare mai întâi şi care predomină. El nu-şi schimbă caracterele sale clinice nici mai târziu, când ar fi timpul manifestării locale a limfogranulomatozei veneriene.

Se citează însă şi cazuri, cum este acela descris de Lépinay şi Grevin, unde leziunea avea toate caracterele de şancru simplu, cu baccili Ducrey în secreţiune şi care a terminat prin pierderea caracterelor ducreyniene, persistând apoi sub forma unei ulceraţiuni cronice limfogranulomatoase.

Infecţiunea succesivă limfogranulomatoasă şi ducreyniană este de asemenea posibilă şi în acest caz se explică mai adesea prin infec-

[8]) Infecţiunile mixte produc modificări în aspectul clinic al adenopatiei şi al evoluţiei ei modificări asupra cărora nu este însă locul că să insistăm. Menţionăm totuşi între alte particularităţi ale adenopatiilor mixte, următoarele: In adenopatia mixtă limfogranulomatoasă şi sifilitică, tratamentul antisifilitic ar influenţa mai mult sau mai puţin şi limfogranulomatoza asociată, scurtându-i evoluţia (*Petger, Gay* şi *Prieto*, etc.). După *Sézary* şi *Lenègre* tratamentul antisifilitic n'ar modifica însă decât adenopatia sifilitică, procesul ganglionar limfogranulomatos rămânând neinfluenţat

Tot referitor la adenopatia mixtă sifilo-limfogranulomatoasă, reamintim un caz observat de noi (*Fl. Sărăţeanu*. Infecţiune dublă limfogranulomatoasă şi sifilitică. Autosuperinfecţie sifilitică cu punct de plecare ganglionar. Spitalul, 1936. No. 10, pag. 384) unde fistulizarea adenopatiei a condus la autosuperinfecţie sifilitică, cu punct de plecare ganglionar. Acest tablou clinic special de superinfecţie, pus în evidenţă pentru prima oară de *Prof. Nicolau* apoi observat şi în alte cazuri de *Vătămanu* şi *Dănulescu*, precum şi de *Drăgoescu*, fusese constatat la bolnavi cu asociaţie de sifilis şi şancru simplu cu bubon supurat ori cu adenopatie sifilitică deschisă din greşală.

In ce priveşte adenopatia mixtă limfogranulomatoasă şi ducreyniană, o particularitate a ei - între altele — este că se şancrizează foarte rar, în cazul când a fost deschisă chirurgical ori s'a fistulizat, ca şi cum virulenţa baciluiui Ducrey ar diminua prin faptul asociaţiei cu limfogranulomatoza (*C. Demetrescu*).

Biblioteca Universitară Iaşi
ROMANIA

tarea cu streptobacili Ducrey a unui şancru limfogranulomatos, în urma unui nou contact sexual. Faptul este posibil, având în vedere că indolenţa accidentului primar limfogranulomatos ori prea puţina lui sensibilitate nu împiedică raporturile sexuale.

Incubaţia şancrului sifilitic şi a şancrului limfogranulomatos fiind cam aceeaşi, scena poate fi deschisă de unul sau altul dintre ele, când infecţiunea s'a făcut în acelaş punct, în urma aceluiaş contact infectant. In tot cazul, cel care predomină este şancrul sifilitic.

Se citează totuşi unele observaţiuni de inoculare dublă limfogranulomatoasă şi sifilitică prin acelaş raport sexual, unde incubaţia sifilisului a fost mai lungă, ca şi cum s'ar fi produs o întârziere a apariţiei sifilomului primar, prin infecţiunea limfogranulomatoasă concomitentă (St. Teodorescu).

Ambele leziuni fiind indolore ori prea puţin sensibile, infecţiunea mixtă succesivă printr'un nou contact sexual este posibilă în amândouă sensurile.

In cazurile de mixturi, s'au semnalat şi modificări pasagere ale stării alergice, cari din punct de vedere practic pot îngreuna uneori diagnosticul. In caz de infecţiune dublă, limfogranulomatoasă şi sifilitică (sifilis manifest), reacţiunea Frei poate fi negativă tot aşa cum poate exista o r. Ito negativă în caz de asociaţie a şancrului simplu cu un sifilis.

In asemenea cazuri, de infecţiune dublă limfogranulomatoasă şi sifilitică, cu r. Frei negativă, ea se poate pozitiva prin tratamentul specific al sifilisului asociat, acesta având proprietatea de a schimba starea de anergie a bolnavului (Frei, Nicolas, Favre şi Leboeuf). Chevallier recunoaşte de asemenea că în caz de asociaţie a boalei Nicolas-Favre cu o infecţiune sifilitică, r. Frei poate lipsi uneori, însă numai în cazuri excepţionale de sifilis asociat, malign.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Aceeaşi anergie limfogranulomatoasă poate exista şi în caz de limfogranulomatoză subacută, evoluând paralel cu un şancru simplu (Frei). Dacă bolnavul are o limfogranulomatoză veneriană şi a avut în trecut un şancru simplu, reacţiunile Frei şi Ito sunt de obicei pozitive. In caz de evoluţie paralelă însă, una din cele două reacţiuni poate fi uneori negativă. (Nicolas, Favre şi Leboeuf).

BIBLIOGRAFIE

1) Anwyl-Davies Th., A. J. King şi G. Marshall Findlay: Limfogranuloma inguinale (Poradenitis nostras), cu observaţiuni asupra leziunilor primare. (Lancet, 1933, II, p. 289). — 2) Baboneix, Touraine şi Lafont: Valoarea r. Frei (100 reacţii de control la copil). (Bull. de la Soc. franç. de Derm. et de Syphil. 1935). — 3) Banciu A. şi D. Aricescu: Şancăre limfogranulomatoase sifiloide. (Soc. Rom. de Derm. şi Sifiligr. 1937, şedinţa din 9 Aprilie). — 4) Bejarano J. şi G. Calotaynd: Forma inaparentă a limfogranulomatozei veneriene sau boala lui Nicolas-Favre. (Actos dermo-sifiliograficas 1934, Ianuarie, No. 4, p. 265). — 5) Bloom D.: Limfogranulomatoză inguinală a limbei şi ganglionilor cervicali. (Arch. of. Dermat. and Syphil. 1933, vol. 28, No. 6, p. 810. Ref. Zentralbl. f. Haut u. Geschlechtskr. 1934, Bd. XLVIII, p. 249 şi Ann. de Dermat. et Syphil. 1934, p. 545). — 6) Bory L.: Şancrul limfogranulomatos. (Bull. de la Soc. franç. de Dermat. et de Syphil. 1921, p. 451). — 7) Bory L.: Şancru şi bubon poradenic. (Nouveau Traité de Médecine 1934, Fasc. V, p. 33). — 8) Buschke:

Infecţiune limfogranulomatoasă extragenitală. (Soc. germ. derm. din Berlin. Şed. din 12 Mai 1931. Ref. Zentralbl. f. Haut v. Geschlechtskr. 1922, Bd. XXXIX, p. 496). — 9) **Buschke:** Infecţiune cu limfogranulomatoză inguinală a limbei. (Soc. germ. derm. din Berlin. Şed. din 10 Noembrie 1931. Ref. Zentralbl. f. Haut u. Geschlechtskr. 1932, Bd. XL, p. 153). — 10) **Canizares O.:** Formele atipice ale boalei Nicolas-Favre. (Actas dermatofiliograficas 1936, Mai, No. 8, p. 743). — 11) **Cedercreutz A.:** Ulcerul cronic al penisului în boala Nicolas-Favre. (Ann. de Dermat. et de Syphil 1934, p. 552). — 12) **Chevallier P. şi J. Bernard:** Variaţiunile virulenţei experimentale a poradenitei inguinale la om. (Bull. de la Soc. franç. de Dermat. et de Syphiligr. 1932, p. 763). — 13) **Chevallier P. şi J. Bernard:** Reacţiunea Frei în cursul poradenitelor inguinale sigure. (Bull. de la Soc. franç. de Dermat. et de Syphil. 1932, p. 769. — 14) **Chevallier P. şi J. Bernard:** Adenopatiile inguinale. (Libr. F. Alcan, Paris, 1932). — 15) **Curth W.:** Un caz de limfogranulomatoză extragenitală. (Arch. of Dermat. and Syphil. 1933, vol. 28, No. 3, p. 376. Ref. Ann. des mal. vénér. 1934, p. 45). — 16) **Demetrescu M. C.:** Diagnosticul buboanelor limfogranulomatoase mixte, în lumina noilor cercetări. (Teză din Clinica Dermato-Sif. a Fac. de Med. din Bucureşti, 1937, No. 4652). — 17) **Durand M., J. Nicolas şi M, Favre,** Limfogranulomatoză inguinală subacută de origină genitală probabilă, poate veneriană. (Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris, 1913, Febr. 6). — 18) **Freudenthal:** Wassermann nespecific în limfogranulomatoza inguinală. (Dtsche med. Wochenschr. 1930, II, p. 2216). — 19) **Gaté J.:** Limfogranulomaoza inguinală subacută, cu focare purulente intraganglionare, de origină genitală probabilă şi poate veneriană. (Teza No. 93, Lyon, 1913). — 20) **Gaté J. şi P. Michel:** Un caz de boala lui Nicolas şi Favre bilaterală, cu adenopatii iliace foarte mari şi accident primitiv ulceros atipic. (Bull. de la Soc. franç. de Dermat. et Syphil. 1929, p. 289). — 21) **Gaté J. şi J. Charpy:** Valoarea respectivă a r. Frei şi acţiunii injecţiilor intravenoase de Dmelcos în diagnosticul diferenţial al boalei Nicolas-Favre şi a bubonului şancrelos. (Bull. de la Soc. franç. de Dermat. et de Syphil. 1931, p. 487. — 22) **Gregorio E. de.:** Contribuţiuni la studiul alergiei în limfogranulomatoza subacută inguinală. (Ann. des mal. vénér. 1935, No. 10, p. 717). — 23) **Hashimoto şi Koyama:** Purtătoarele de germeni în limfogranulomatoza inguinală. (The Japan Journ. of Dermat. and Urology. 1935, t. 38, No. 6, p. 133). — 24) **Hellerström S.:** Contribuţie la cunoaşterea limfogranulomatozei inguinale. (Acta dermato-vener. 1929, suppl. Bd. I, p. 1). — 25) **Hellerström S.:** Experienţe cu intradermoreacţiunea în boala lui Nicolas şi Favre. (Bul. de la Soc. franç. de Derm. et de Syphil. 1931. — 26) **Juvin M.:** Un caz de boala Nicolas-Favre conjugală. (Bull. de la Soc. franç. de Dermat. et de Syphil. 1935, p. 686). — 27) **Kolin O., J. Pitha şi F. Skorpil:** Contaminare extragenitală cu limfogranulomatoză inguinală. (Cas. lek. cesk. 1934, p. 491. Ref. Zentralbl. f. Haut u. Geschlechtskr. 1935, Bd. XLIX, p. 375). — 28) **Lépinay şi Grévin:** Apropos de două cazuri de boala Nicolas-Favre (contaminare maritală). (Bull. de la Soc. franç. de Dermat. et de Syphil. 1932, p. 823). — 29) **Lépinay şi Grévin:** Contribuţie la studiul r. Frei. (Bull. de la Soc. franç. de Dermat. et de Syphil. 1933, p. 782). — 30) **Levaditi C., M. Pinard şi P. Robert:** Un caz de boala Nicolas-Favre, verificat prin inoculare la maimuţe. (Bull. de la Soc. franç. de Dermat. et de Syphil. 1931, No. 3, p. 455. — 31) **Löhe H. şi H. Rosenfeld:** Date noi asupra formelor tardive limfogranulomatoase inguinale (estiomene). (Med. Kl. 1932, II, p. 1486. Ref. Zentrabl. f. Haut u. Geschlchtskr. 1933, Bd. XVIII, p. 788). — 32) **Löhe H., H. Rosenfeld, H. Schlossberger şi R. Krumeich:** Transmiterea accidentului primar limfogranulomatos la creerul maimuţei; retransmitere la maimuţă, după patru treceri pe cobai. (Med. Klin. 1933, I, p. 577. Ref. Zentralbl. f. Haut u. Geschlchtskr. 1933, Bd. XLV, p. 527). — 33) **Löhe H. şi A. Rosenfeld:** Cercetări experimentalea supra limfogranulomatozei inguinale. (Dermat. Zeitschr. 1933, Bd. LXVI, p. 112). — 34) **Löhe H. şi H. Schlossberger:** Noi rezultate clinice şi experimentale, referitoare la limfogranulomatoza inguinală. (Dermat. Zeitschr. 1935, Bd. LXXII, fasc. 2, p. 70). — 35) **Marion G. şi Ch. Gandy:** Adenita subacută inguinală cu focare purulente intraganglionare, pretinsă „simplă". (Arch. génér. de Médecine 1901, p. 129. — 36) **Nélaton A.:** *Adenita subacută simplă, cu focare purulente intraganglionare.* Lecţie de clinică chirurgicală. (Semaine Médicale 1890, p. 402). — 37) **Nicolas J., M. Durand şi M. Favre:** Asupra unei va-

Biblioteca Universitatea "Ovidius" Constanta

rietăţi de adenită inguinală subacută cu focare purulente intraganglionare, neşancreloasă, netuberculoasă, de origină genitală probabilă, poate venerienă: limfogranulomatoza localizată şi supurată a reg. inguinale. (Congr. intern. de Méd. Londra, 1914, sect. XIII Dermat. şi Sifil.). — 38) **Nicolas J. şi M. Favre:** Limfogranulomatoza inguinală subacută. (Raport la primul Congres al Dermatol. de limbă franceză, Paris, 1922). — 39) **Nicolas J., M. Favre şi F. Leboeuf:** Intradermoreacţiunea la diverse antigene specifice în boala lui Nicolas şi Favre. Modalităţile sale. Variaţiunile în cursul asociaţiei sifilisului cu şancrul simplu. (Bull. de la Soc. franç. de Dermat. et Syphil. 1931, p. 552). — 40) **Nicolas J., M. Favre şi F. Leboeuf:** Reacţiunile cutanate la antigene nespecifice (antig. şancrelos şi tuberculină) în boala Nicolas şi Favre. (Bull. dela Soc. franç. de Dermat. et de Syphil. 1931, p. 558). — 41) **Nicolas J., M. Favre, F. Leboeuf şi J. Charpy:** Nou caz de anergie la antigenul limfogranulomatos într'o asociaţie de boala Nicolas-Favre şi sifilis. (Bull. de la Soc. franç. de Dermat. et de Syphil. 1932, p. 21, R. L.). — 42) **Nicolas J., J. Rousset şi J. Colas:** Microşancru poradenic cu persistenţă neobişnuit de lungă. (Bull. de la Soc. franç. de Dermat. et de Syphil. 1936, p. 532). — 43) **Nicolau S.:** Ulcer cronic limfogranulomatos al penisului. (Ann. de mal. vénér. 1934, p. 721). — 44) **Nicolau S.:** Limfogranulomatoza subacută. (Raport la Congr. IX intern. de dermatol., Budapesta, 1935, Vol. I, p. 619). — 45) **Nicolau S.:** Limfogranulomatoza subacută (boala lui Nicolas şi Favre). (Rev. de medicină legală 1936, an. I, No. 3—4). — 46) **Nicolau S.:** Şancru limfogranulomatos prelungit sau transformarea şancrului în ulcer cronic vulvar. (Bull. de la Soc. franç. de Dermatol. et de Syphil. 1936, p. 318). — 47) **Nicolau S. şi A. Banciu:** Contribuţie la studiul limfogranulomaotzei inguinale (boala lui Nicolas şi Favre). (Ann. de Dermatol. et de Syphil. 1932, p. 332). — 48) **Phylactos A.:** Limfogranulomatoza ganglionilor inguinali (Ulcer venerian adenogen). Relaţiunile sale cu bubonul climatic. (Teză, Lyon, 1922). — 49) **Pigeon şi Tanton:** Contribuţie la studiul unei varietăţi particulare de adenite inguinale (adenite climaterice cu bacili fluorescenţi). (Arch. génér. de Médecine, 1908, p. 76). — 50) **Pisacane C.:** Contribuţie la studiul boalei Nicolas-Favre. (Arh. ital. di Dermatol. Sifiliogr. e Venereol 1935, Januarie, fasc. I, p. 66). — 51) **Prats G.:** Contribuţie la studiul limfogr. inguinale subacute (101 cazuri). Rev. argent. de Dermatosifil. 1935, T. 19, p. 196. Ref. Ann. de Dermatol. et de Syphil. 1936, p. 409). — 52) **Quiroga M. şi P. Bosc:** Şancrul limfogranulomatos (boala Nicolas-Favre). (Rev. argent. de Dermatosifiligr. 1935, Noembrie, T. 19, p. 210, Ref. Ann. de Dermat. et de Syphil. 1936, p. 410). — 53) **Ravaut P. şi Scheikevitsch:** Limfogranulomatoza ganglionilor inguinali. Frequenţa acestei afecţiuni (prezentare de piese). (Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 1921, p. 310). — 54) **Ravaut P. şi Rabeau:** R. B. W. pasager pozitivă şi oscilantă în cursul afecţiunii denumită limfogr. ing. subacută a gangl. inguinali. (Ann. de Dermatol. et de Syphil. 1922, Febr., p. 80). — 55) **Ravaut P. Boulin şi Rabeau:** Studiu asupra poradenolimfitei. (Ann. de Dermatol. et de Syphil. 1924 p. 463. — 56) **Reiss Fr.,** Chestiunea infecţiozităţii aşa numitului sindrom genito-rectal ca urmare tardivă a limfogr. inguinale. (Klin. Woch., 1932, II, p. 2031). — 57) **Reiss Fr.:** Limfogr. inguinală; sindrom genito-rectal la partener. (Soc. dermatol. germ. din Berlin. Şed. din 10 Mai 1932. Ref. Zentralbl. f. Haut u. Geschlchskr. 1932, Bd. XLII, p. 33. — 58) **Saby, Leboeuf şi Bourdon:** Boala lui Nicolas-Favre, cu anergie persistentă. (Bull. de la Soc. franç. de Dermatol. et de Syphil. 1936, p. 1329, R. L.). — 59) **Sărăţeanu Fl.:** Infecţiune dublă limofgranulomatoasă şi sifilitică. Autosuperinfecţie sifilitică cu punct de plecare ganglionar. (Spitalul, 1936, No. 10, p. 384). — 60. **Sărăţeanu Fl.:** Ulcer cronic limfogranulomatos (Nicolas-Favre), la un bărbat. (Soc. Rom. de Dermatol. şi Sifiligr. 1926, şed. din 4 Aprilie şi Gazeta Internilor, 1936, An. I, No. 1, p. 3). — 61) **Sézary A.:** Şancrul limfogranulomatos. (Presse Médicale 1935, II, No. 79, p. 1531). — 62) **Sézary A. şi J. Lenègre:** Infecţiune mixtă sifilo-limfogranulomatoasă. (Bull. de la Soc. franç. de Dermatol. et de Syphil. 1932, p. 1211). — 63) **Sézary A. şi J. Lenègre:** Tip şancreliform de şancru limfogranulomatos. (Bull. de la Soc. franç. de Dermatol. et de Syphil. 1933, p. 1466). — 64) **Sézary A. şi M. Perrault:** Tip sifiloid de şancru limfogranulomatos. (Bull. de la Soc. franc. de Dermatolog. et de Syphil. 1938, p. 1468). — 65) **Sézary A. şi M. Drain:** Frequenţa formelor clinice ale

şancrului limfogranulomatos (boala Nicolas-Favre). (Bull. de la Soc. franç. de Dermatol. et de Syphil. 1935, p. 757). — 66) **Sézary A.** şi **R. Joseph**: Boala lui Nicolas şi Favre (şancru limfogranulomatos) fără bubon. (Bull. de la Soc. franç. de Dermat. et de Syphil. 1935, p. 495). — 67) **Sézary A.** şi **M. Bolgert**: Tipul şancrelos şi puteiform al şancrului limfogranulomatos. (Bull. de la Soc. franç. de Dermatol. et de Syphil. 1935, p. 635). — 68) **Sézary A.** şi **E. Friedmann**: Şancru limfogranulomatos. (Bull. de la Soc. franç. de Dermatol. et de Syphil. 1936, p. 565). — 69) **Sézary A.** şi **E. Friedmann**: Durata incubaţiunii în boala Nicolas-Favre. (Bull. de la Soc. franç. de Dermatol. et de Syphil. 1936, p. 1687). — 70) **Teodorescu St.**: Infecţiune dublă limfogranulomatoasă şi sifilitică. (Soc Rom. de Dermatol. şi Sifiligrafie. Şedinţa din 12 Dec. 1935).

Conf. D-r FL. SĂRĂŢEANU: *L'accident primitif lymphogranulomateux dans la maladie de Nicolas-Favre.*

Depuis quelque temps on attache une importance de plus en plus grande à la pathologie de l'accident primitif lymphogranulomateux.

Dans la plupart des cas de lymphogranulomatose inguinale, l'accident primitif passe inaperçu. Selon les différentes données statistiques auxquelles se joint celle de l'auteur sur un nombre de 101 malades atteints de la maladie de Nicolas et Favre, la moyenne procentuelle est de 45% des cas où on observe l'accident primitif.

Un caractère principal de cet accident est son polymorphisme. Il ressemble tantôt à l'herpès, tantôt, mais plus rarement, au chancre mou ou au chancre syphilitique. L'incubation de l'accident primitif lymphogranulomateux est en moyenne de 20—30 jours, minimum 8—10 jours et maximum 2—3 mois. Son siège peut-être n'importe où dans la sphère génitale. Les localisations extragénitales sont assez rares. D'habitude solitaire, le chancre lymphogranulomateux peut être quelquefois multiple, les lésions appartenant au même type ou à des types différents.

Le temps d'apparition de l'adénopathie régionale à la suite de l'accident primitif lymphogranulomateux est variable, ayant une moyenne de 3—15 jours.

La durée du chancre lymphogranulomateux dépend du type dont il appartient. Les lésions petites et superficielles guérissent en quelques jours (5—15) tandis que celles dont les dimensions sont plus grandes et qui présentent une certaine infiltration de leur base peuvent durer plusieurs semaines et même plus.

Les caractères histopathologiques de l'accident primitif lymphogranulomateux sont plus ou moins typiques pour cette lésion.

Cet accident peut se transformer quelquefois dans un ulcère chronique génital. Celui-ci est par conséquent la prolongation et la transformation de l'accident primiif lympogranulomateux. On le rencontre beaucoup plus souvent chez la femme surtout chez les prostituées, que chez l'homme.

Le chancre lymphogranulomateux, ainsi que l'ulcère chronique sont des lésions contagieuses qui contribuent à la propagation de cette affection.

A cause de son polymorphisme on est souvent obligé de faire appel aux examens de laboratoire (bactériologiques, sérologiques, biologiques et même histopathologiques) pour porter le diagnostic du chancre lymphogranulomateux. L'importance de ces examens de laboratoire est encore plus grande lorsqu'il s'agit des infections mixtes (lymphogranulomatose plus chancre mou ou lymphogranulomatose plus syphilis). Ces infections mixtes impriment à l'adénopathie des caractères particuculières et produisent quelquefois des modifications passagères de l'état allergique.

Conf D-r FL. EM. SĂRĂŢEANU: *Der lymphogranulomatöse Primäraffekt bei der Nicolas-Favreschen Erkrankung (L. i).*

Der Pathologie des lymphogranulomatösen Primäraffektes wird seit Kurzem immer mehr Aufmerksamkeit geschenkt.

Bei der grossen Mehrzahl der Fälle von L. i. wird der Primäraffekt nicht bemerkt. Nach den verschiedenen statistischen Angaben zu denen sich auch die persönlichen des Verfasser gesellt an 101 Patienten mit L. i., ist der Durchschnittprozentsatz der L. i. Primäraffekte die man bemerkt 45%.

Ein Hauptmerkmal dieses Primäraffektes ist sein Polymorphismus. Er ähnelt

häufig dem Herpes, seltener dem Ulcus molle und dem luischen Primäraffekt. Seine Inkubationszeit ist im Durchschnitt 20—30 Tage, mindestens 8—10 Tage, höchstens 2—3 Monate. Sein Sitz ist verschieden. Er kann wo immer am Genitale auftreten. Extragenitale Lokalisationen sind selten. Er tritt in der Mehrzahl einzeln auf, es können aber auch mehrere vorkommen, wobei sie denselben Typus oder mehrere Typen aufweisen.

Die Zeit des Beginnes der Lymphdrüsenschwellung nach Auftreten des Primäraffektes ist sehr verschieden, im Durchschnitt tritt sie 3—15 Tage nach Erscheinen des Primäraffektes auf.

Die Dauer des L. i. Primäraffektes hängt von dem Typus ab dem er engehört, die kleinen und oberflächlichen Geschwüre heilen in einigen Tagen ab (5—15) während die mit grösserer Infiltration und Dimension mehrere Wochen dauern können und sogar mehr.

Die histologische Eigenschaften des Primäraffekten erlauben seine Natur zu erkennen.

Der L. i. Primäraffekt kann sich manchmal in ein chronisches L. i. Geschwür verwandeln, welches somit die Verlängerung und die Verwandlung des L. i. Primäraffektes darstellt. Dieses ist bei der Frau und besonders bei Prostituierten viel häufiger als bei Männern. Sowohl der L. i. Primäraffekt als auch das L. i. chronische Geschwür sind ansteckende Läsionen, die zur Weiterverbreitung dieser Erkrankung beitragen.

Wegen seines Polymorphismus benötigt man zur Diagnosenstellung des L. i. Primäraffektes verschiedene Laboratoriumsuntersuchungen (bakteriologische, serologische, biologische und histopathologische). Die Wichtigkeit dieser Untersuchungen erscheint noch grösser in Fällen, wo es sich um gemischte Infektionen handelt (L. i. + Ulcus molle, L. i., + Syphilis). Solche gemischte Infectionen verleihen der Lymphdrüsenschwellung ganz besondere Merkmale und rufen im Organismus allergische Schwankungen hervor.

Auto-rezumate.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Perandren

(Testosteronpropionat)

Preparatul hormonal testicular sintetic este indicat în turburările funcționale ale aparatului sexual bărbătesc mai ales în

insuficiența glandei germinative masculine,
în boalele prostatei,
ca tonic în climakterîul viril,
în stări nervoase datorite surmenajului
și în convalescență.

Forme puse în comerț: Fiole pentru injecții subcutanate sau intramusculare:

Cutie cu 4 fiole de 1 cmc. = 5 mgr. Perandren
Cutie cu 4 fiole de 1 cmc. = 10 mgr Perandren
Cutie cu 2 fiole de 1 cmc. = 25 mgr. Perandren

Société pour l'Industrie Chimique à Bâle

AFECŢIUNILE GASTRO-INTESTINALE ALE COPILULUI DETERMINATE DE PROTOZOARE

de
D-R SIMION SURUGIU
Medic Şef de Laborator

Mortalitatea infantilă prin afecţiuni gastro-intestinale în România este recunoscut de toţi ca fiind înspăimântător de mare. Statisticele noastre arată la rubrica acestei categorii de afecţiuni cifre mari ca fiind dysenterie bacilară, diaree-enterită şi mai puţin dysenterie amibiană. Când un bolnav a fost văzut de medic şi se stabileşte diagnosticul de dysenterie bacilară, se aplică un tratament specific, ceiace ar face ca mortalitatea să scadă în cazul acestei afecţiuni. Prin faptul că dysenteria bacilară este epidemică, la ivirea mai multor cazuri de îmbolnăviri gastro-intestinale deodată, indiferent de ce natură ar fi, ideia merge direct la dysenterie bacilară epidemică, ceia ce face ca de foarte multe ori să se comită erori cu rezultat regretabil. Insuccesul tratamentului condus ca pentru disenterie bacilară face să se înscrie în statistică „diaree" sau „gastro-enterită dysenteriformă", ambii termeni de refugiu, priviţi prin lumina actuală a parazitologiei şi bacteriologiei. Intr'un număr apreciabil de cazuri, s'ar evita eroarea dacă s'ar ţine seamă de posibilitatea unei infecţii parazitare şi în special cu protozoare: *Entamoeba dysenteriei*, *Lamblia intestinalis* sau Giardia, Balantidium coli, Chilomastix Mesnili, Trichomonas, Blastocystis hominis şi alţi paraziţi mai puţin studiaţi sau ocazionali.

Flora microbiană intestinală ca şi cea parazitară atât la om, cât şi la animale, este foarte bogată, dar mai ales nestatornică. Un studiu precis asupra acestei flore este greu de făcut, dacă nu imposibil. Se cunosc sub toate aspectele o serie de germeni pathogeni cum ar fi B. tific şi paratific, B. dysenteriei, Vibrionul holerei, Bacilul tuberculozei şi alţii şi un diagnostic ştiinţific se poate stabili, aplicându-se ca urmare un tratament adequat. Imbolnăvirile tubului digestiv clasate drept diaree sau enterite banale, printr'un tratament raţional chiar simptomatic, de cele mai multe ori se vindecă, căci ele nu sunt produse decât prin exaltarea virulenţei unui microb oarecare oaspe permanent al intestinului până atunci inofensiv, fie chiar de o speţă patogenă, sau prin o asociaţie de germeni, prin debilitarea individului din o cauză oarecare, fie prin schimbarea felului hranei, etc., îndeobşte fiind vorba de

o fermentaţie sau putrefacţie anormală. Alte ocazii de a se face erori, sunt acelea, când se neglijează posibilitatea unei manifestări gastro-intestinale secundare altei boli ca: malarie, febre eruptive, septicemie, intoxicaţie, stări nervoase, etc.

Vorbind de asociaţia microbiană care ar putea îmbolnăvi intestinul, se ştie că asociaţia aceasta poate fi între germeni microbieni şi un parazit.

Se pare că în cele mai dese cazuri, acesta este chiar mecanizmul prin care se produce boala prin paraziţi în special cu protozoare. Agentul cauzal iniţial, însă, este tot cel parazitar.

Morenas şi Sedaillon vorbesc de un sindrom de dysenterie cronică unde era asociat bacilul Shiga şi Lamblia şi ei pretind că asociaţia Shiga-Lamblia nu este rară, trăgând şi concluzia că Lamblia are un rol în tendinţa la cronicitate în această dysenterie bacilară.

In decursul anilor 1932—1938, în Laboratorul de Igienă din Tulcea, ni s'au prezentat adesea de medici, cereri de a face analiza materiilor fecale la copii cu turburări gastro-intestinale, pentru a stabili dacă se găseşte baccilul disenteric sau viermi. Cazurile erau recalcitrante şi fenomenele nu cedau la nici un tratament. Rezultatele au fost tot negative şi pentru baccilii disenterici şi pentru viermi, până ce într'un caz întâmplător am găsit că materiile fecale sunt pline de Giardie.

Diagnosticul pus de noi de Giardiază a fost luat de medicul curant sub rezervă, dar tratamentul dus pe această cale a adus vindecare.

I. Pornind dela acest caz, ne-am propus să facem investigaţii de fiecare dată când ni se cereau analize de materii fecale pentru ouă de viermi sau baccili disenterici în sensul infecţiei cu protozoare sau în altă direcţie. Pe un număr de 62 de cazuri, am găsit 45 cazuri pozitive, astfel: 9 cazuri Lamblia intestinalis, 19 cazuri Amoeba sau chişti, 3 cu Balantidium coli, 8 cazuri cu parazitul malariei în sânge, la cari fenomenele gastrice au dispărut prin administrare de chinină, în alte 5 cazuri am găsit un parazit ce pare să fi fost Blastocist — copii de 4—6 ani, cari s'au restabilit prin administrare de purgative, clisme antiseptice şi regim alimentar, într'un caz am găsit ouă de Botriocephal, care a fost eliminat cu extract de ferigă şi bolnavul a mai prezentat câtva timp turburări generale vagi.

Toate cazurile arătate mai sus dela început au fost tratate drept disenterie bacilară, dar fără succes. Cazurile de Lambliază şi Amibiază tratate pe această pistă, s'au vindecat, unele cu oarecare întârziere.

II. Am examinat materiile fecale la zece copii din suburbia Tulcei—Regele Carol, care erau complect sănătoşi şi la patru din ei am găsit Amoebe. Unul din ei după câtva timp l'am văzut bolnav de diaree.

Este posibil că sunt foarte mulţi purtători de amibe şi alte protozoare şi la ocazie să facă o autoîmbolnăvire.

După cum se vede, afecţiunile gastro-intestinale în special la copii determinate de Protozoare sunt foarte frequente, contrar de cum se admite; această frequenţă este, credem, foarte mare, cel puţin în Regiunea Deltei Dunării şi posibil în toată Dobrogea şi alte regiuni ale ţării.

Răposatul Profesor A. Teohari credea că în ţară la noi aceste afecţiuni sunt rari, dar recunoaşte că în Dobrogea este posibil să fie mai dese.

Technica investigaţiilor ce am făcut, a fost cea obişnuită a frotiurilor directe cu materie ca atare sau diluată cu soluţie fiziologică, preparate cu Sol. Lugol, cu fuxină, cu eosină, albastru de metilen, tuş de China, nitrat de argint, etc.

In unele cazuri paraziţii s'au găsit de la primul examen, în al-

tele au trebuit examinate de mai multe ori materiile fecale până să se puie diagnosticul.

Nu am făcut la nici unul tubaj duodenal, nici pregătiri sau recoltări de materii fecale într'un mod special, ci aşa cum ni se prezentau, având grija să fie proaspăt emise.

Inainte de examinare am lăsat materiile fecale la termostat la 38—40 grade C timp de două ceasuri şi în acest mod se poate vedea mobilitatea amoebelor şi se retrezesc paraziţii pe punctul de a muri.

Din punct de vedere clinic, ori care ar fi paraztiul ce determină boala, manifestările au asemănare.

M-lle Smirnoff (Teză, Paris, 1929) descrie astfel Lambliaza: „Semne clinice vagi, alteraţia stării generale, trebuie să atragă atenţia adesea la Colită lambliană, care nu se ameliorează. Diagnosticul nu se poate pune decât prin examenul microscopic a lichidului duodenal recoltat prin proba lui Meltzer-Lyon".

J. Rachet este de părere că în toate cazurile de diaree şi afecţiuni intestinale rebele sau anormale, este necesar să se facă o rectoscopie, un examen parazitar al scaunelor şi eosinofilia în sânge. (Paris Medical, 1929, 6 Aprilie).

Debbas studiază dysenteria amibiană cu un material furnizat pe 63 observaţii. Conchide că transimisiunea se face prin lapte, degetele purtătorilor de germeni şi adesea cu muştele. Autorul a observat dysenteria la vrâsta de 6 luni şi crede că dysenteria amibiană este frequentă între 6—12 luni şi comună dela 1—2 ani. Ca la adult a observat forme acute şi cronice. Cele cronice sunt rari la copiii de sân. Abcesul ficatului este excesiv de rar la copii şi la cei de sân. Singura complicaţie importantă este hypothripsia şi uneori athripsia. (Monde Medical, No. 725, 232, 1928).

Piccoli, studiind Lambliaza, constată că această afecţiune este destul de des întâlnită la copii. El a găsit 5 cazuri la copii de 2 ani şi susţine că multe enterite dysenteriforme sunt datorite acestui parazit, existând forme dispeptice cu diaree. (Piccoli, „La lambliase *intestinale nell infanzia*", *Rivista di Clinica Pediatrica, Ian.* 1929).

Cade, Morenas şi Grivet prezintă un caz a unui bolnav atins de Lamblia-intestinală la care caşexia era extrem de pronunţată. Proba lui Meltzer-Lyon a arătat Lamblia în bilă şi lichidul duodenal. Tratat cu acetilarsan au obţinut rezultat imediat şi remarcabil. (Monde Medical, No. 683, 1925, 112; Questions méd. d'actualité, Aug. 1931).

Lougnon susţine că o recto-colită fără diagnostic determinat, trebuie bănuită de dysenterie amoebiană. (Lougnon, Teză, Paris, 1929).

M. Petzetzakis în spitalul din Alexandria, studiind mai mulţi bolnavi de dysenterie amibiană clasică, mulţi din ei veniţi din Europa, ajunge la concluzia că dysenteria amibiană este o maladie generală, putându-se complica cu plămâni, ficat, creier, etc.

M. Labee, F. Neveux şi L. Justin-Besancon la Soc. Med. a Spitalelor din Paris la 5 Iulie 1929, au prezentat un caz de duodenită hemoragică, determinat de Lamblia şi diagnosticat la autopsie.

In privinţa afecţiunilor gastro-intestinale determinate de proto-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

zoare, literatura medicală este destul de frequent împrospătată cu cazuri care de care mai caracteristice.

In Dobrogea şi mai cu seamă populaţia de pe malurile Dunării şi din Deltă, pare că se infectează cu apa. Anotimpul cald dă mai multe cazuri de îmbolnăviri şi mucoasa gastro-intestinală a copilului este mai susceptibilă la infecţie.

Tratament. Cazurile cercetate de noi au fost tratate cu neosalvarsan şi unele şi cu emetină. Rezultatele au fost satisfăcătoare.

L. Tanon administrează 4—5 zile în cazurile de ambiază câte 2—3 comprimate de stovarsol şi găseşte că dispar amibile şi chiştii şi el indică acest fapt şi ca un mijloc de diagnostic.

Debbas întrebuinţează emetina în doze de: 4—12 luni câte 0.005—0,01 gr.; 1—2 ani câte 0.01—0.02 gr.; 2—6 ani câte 0.02—0.03 gr. sub forma de injecţii pe care le asociază cu injecţii de ulei camphorat în doze de 10 ori mai ridicate şi continuate 6 zile consecutiv. Stovarsolul îl dă sub forma de pulbere astfel: 0.40 gr. Stovarsol + Sirop 10 gr. + Emulsie gomoasă 50 gr. şi administrează: dela 4—12 luni 0.05—0.10 gr.; 1—2 ani câte 0.10—0.15; 2—4 ani 0.15—0.25; 4—6 ani 0.25—0.30. Ca regim prescris dietă hidrică şi lapte timp de 24 ore, apoi bulion de legume şi apă de orez. Când trece faza acută trece la bulion şi pure, fără pâine. (Debbas, Archives de med. des enfants, Mai, 1927).

M-lle Smirnoff prescrie ca tratament în Giardiază, Neosalvarsan în doze mari deodată, pretinzând că dozele mici dau Giardia arseno-resistenţă şi recomandă deasemeni a se asocia drenajul duodenal medical, făcând să treacă prin sondă un preparat arsenical.

Reed, Anderson, David şi Leake (The J. of the Amer. med. Ass., 16 Ian., 1932), recomandă în tratamentul amibiazei, Carbonasa, un arsenic pentavalent, vecin cu stovarsolul, dar mai puţin toxic, cu care pare să fi obţinut rezultate excelente.

Ravaut întrebuinţează arsenobenzolul (606). Preventiv el dă 1—2 comprimate de 0.10 gr. de 606, odată sau de două ori pe săptămână.

Se poate spune într'un cuvânt că în infecţia gastro-intestinală cu protozoare, arsenalul terapeutic se limitează la preparate arsenicale şi emetină şi alte câteva substanţe cu efect mai redus sau discutabil, iar tratamentul de multe ori este greoi şi cu rezultate nestabile.

Rezumat: Afecţiunile tubului digestiv provocate de protozoare şi în special la copii sunt foarte frequente mai cu seamă în Dobrogea; aceste afecţiuni, neţinându-se seamă de posibilitatea existenţei lor, în multe cazuri dau loc la erori grave; în toate cazurile când o gastro-enterită rezistă la tratamente şi are un caracter capricios, trebuieşte să se facă investigaţii de laborator în sensul infecţiei cu protozoare; erorile se comit de cele mai multe ori când apar mai multe cazuri simultan; arsenalul terapeutic pentru tratarea gastro-enteritelor cu protozoare este limitat aproape la emetină şi preparate arsenicale.

Les affections du tube digestif provoquées par des protozoaires et specialement chez les enfants, sont tres fréquentes et surtout en Dobroudja. Negligéant la possibilité de leur existence, ces affections ont souvent donné lieu à de graves erreurs.

Dans tous les cas quand une gastro-entérite resiste aux traitements et a une caractère capricieux, on doit faire des investigations au laboratoire dans le sens d'infection avec Protozoaires. Des erreurs de diagnostic ont été commis le plus souvent a l'apparition de plusieurs cas simmultanement. L'Arsenal thérapeutique pour le traitement de la gastro-entérite avec de Protozoaires est limité presque à l'émetine et à des preparations arseniquales.

The Affections of the digestif pipe provoked by Protozoars and specially among children is very frequent and mostly In Dobroudja. Neglecting the possibility of their existence, these affections have often given place to serious errors. In all cases when a gastro-enterita proves unyielding to treatement and has a capricious character, investigations must be made at the laboratory in direction of an infection with Protozoares. Errors are more often prodused at the apparition of several cases simultaneously. The therapeutical Arsenal for the treatement of the Gastro-enterita with Protozoares is almost limited to emétin and arsenical preparations.

Rezumatele autorului

Un singur mijloc pentru combaterea gripei şi a răcelii!

Acitophosan

BCU Cluj / Central University Library Cluj

2—8 tablete pe zi.

In afecţiunile inflamatorii acute ale căilor respiratorii, în special

pneumonie,
abces pulmonar,
bronchopneumonie,
pleurezie purulentă, etc.
apoi în septicemie

remediul suveran

CAMFALCOL inj.

camfor — alcool — glucoză

pentru injecţiuni intravenoase. **20-100 cc. pe zi, după gravitatea cazului.**

Bucureşti, str. Plantelor 21

Spitalul pentru boli mintale şi nervoase din Cernăuţi.
Medic Primar-Director: Dr. Cr. Deculescu

VITAMINELE IN TRATAMENTUL MALADIILOR NERVOASE ŞI MINTALE

de

D-r MILO TYNDEL
Medic secundar

După definiţia dată de Stepp şi adoptată azi de majoritatea lumii ştiinţifice, vitaminele sunt complexe organice cari trebuiesc necontenit introduse din exterior organismului animal, pentru a se face posibilă conservarea şi înmulţirea substanţei celulare şi pentru a se garanta funcţiunea normală a organelor. Astfel de substanţe pot fi numite vitamine numai atunci când, presupunându-se existenţa unor condiţiuni prielnice, ele sunt eficace chiar în cantităţi infime cari exclud utilizarea lor pentru producerea de calorii şi pentru materialul de construcţie a substanţei celulare, şi când celula ca atare nu este în stare să le sintetizeze în întregime, indiferent dacă aceste substanţe se introduc gata preparate, odată cu alimentele, sau dacă ele intră în celulă sub forma ineficace a provitaminelor, rămânând ca acestea să se transforme în vitamine în interiorul celulei.

Începutul investigaţiunilor pe terenul studiului vitaminelor datează dela experienţa fundamentală a medicului olandez Eijkman (1897) la Batavia care a provocat la găină şi la porumbel un sindrom morbid analog maladiei umane Beri-Beri, prin alimentarea exclusivă cu orez cojit. Această boală se vindecă prin extrase de tărâţă de orez. Toate investigaţiunile ulterioare, bazate pe această experienţă, au dus la analiza structurii şi la sintetizarea unui mare număr de vitamine. Relaţiile strânse ale vitaminelor cu hormonii au îmbogăţit mult studiul patogeniei unor maladii; nu mai puţin însemnat este folosul ce l-a tras activitatea medicală din aceste investigaţiuni, folos ce mai creşte cu zi ce trece. Vitaminele nu prezintă numai o importanţă extraordinară ca substanţe suplimentare, dar ele au şi însuşiri terapeutice independente de rolul lor de substanţe alimentare. Terapeutica modernă s'a folosit de aceste însuşiri terapeutice în toate domeniile medicinei, administrându-se vitaminele

atât în sindromele cunoscute ca avitaminoze cât şi în maladiile în patogenia cărora se bănuieşte că ar intra lipsa unor anumite vitamine; rezultatele obţinute uneori au fost din cele mai strălucite.

In rândurile ce urmează vom încerca să trecem în revistă importanţa vitaminelor, aşa cum reiese din studiul bibliografiei bogate cât şi din experienţele proprii, în domeniul maladiilor nervoase şi mintale, ştiut fiind că metabolismul vitaminelor influenţează profund asupra funcţiunii sistemului nervos central şi asupra vitalităţii celulei ganglionare.

Vitamina A, lipolitică, antixeroftalmică, având ca provitamină Carotina, se găseşte în cantităţi mai importante în untura de peşte, unt, gălbuşul de ou, lapte, brânză, ficat, zarzavaturi (salată, spânac, morcov, fasole verzi, pătlăgele, smeură, etc.). De o importanţă foarte mare în oftalmologie şi în dermatologie, alteraţiunile sistemului nervos central în legătură cu avitaminoza A încă nu sunt destul de bine cunoscute. După **Mellanby**, lipsa vitaminei A şi a Carotinei din alimentaţie dă naştere la alteraţiuni degenerative ale sistemului nervos central, alteraţiuni ce se traduc în primul rând prin dispariţia mielinei în Pelagră, ergotismul convulsiv, latirism, mieloza funiculară datorită anemiilor şi anaclorhidriei gastrice. Sindromele medulare, mai ales în anemia lui Biermer, nu se pretează la un tratament cu extras de ficat, ci numai la ficat proaspăt. In această chestiune, actele încă nu sunt încheiate. Totuşi, vitamina A administrată şi în doze mari, a rămas fără efect în mieloza funiculară. E interesant faptul că maladia Black togue, asemănătoare Pelagrei, maladie găsită adeseori la câini în America, se vindecă prin administrarea Carotinei, nu însă prin vitamina A, ceeace ar pleda pentru un efect biologic special al Carotinei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Din multe observaţiuni reiese că există un antagonism regulat între tiroxină şi vitamina A, iar în cazurile grave de maladia lui Basedow se constată o diminuare sau lipsa complectă de vitamină A din serul sângelui. In urma acestor observaţiuni, **Wendt** a obţinut rezultate bune în Basedow prin administrare de vitamină A, (Vogan) în doze mari (30 picături de trei ori pe zi); bolnavii se îngraşă şi metabolismul bazal revine la normal. Azi, vitamina A se întrebuinţează în mod curent în tratamentul maladiei lui Basedow şi al hipertireozelor, mai cu seamă acelor datorite intoxicaţiei cu iod.

Dozarea vitaminelor A se face pe unităţi internaţionale, doza medie fiind de 10.000 de unităţi pe zi. Preparatele industriale mai răspândite: Vogan (Bayer şi Merck) cu 12.000 unităţi pe un cmc. sau 12.000 unităţi într'un comprimat, A-Vitamin-Degewop, Sanostol-Promonta, Avoeleum (British Drug Houses, London), Detavit Bayer (A şi D), *Vitadone Byla* (A şi D), *Fletase* (*Poulenc Freres*), etc. Dozajul nu este încă destul de bine precizat; în general se administrează doze egale cu 8000—12.0000 unităţi pe zi.

Vitamina B descrisă de Funk, găsită mai cu seamă în drojdia de bere şi în plantele verzi, nu este un corp simplu, ci constă dintr'un amestec de factori hidrosolubili, azotaţi, cari numai cu greu se pot despărţi unele de altele. Examinându-se şi efectele fisiologice ale acestor factori, s'a creat nevoia de a-i caracteriza mai deaproape şi li s'a

dat numele de vitamină B cu un număr de indice. Azi se cunosc următorii factori: vitamina B_1 antineuritică şi complexul vitaminei B_2 constând din următorii factori: vitamina B_2 propriu zisă (Lactoflavina, vitamina de creştere), factorul PP (antipelagros), vitamina antianemică (extrinsic factor, principiul lui Castle), vitamina antisprue, factorul protector contra dermatitei galinacee, factorul protector contra cheratitei, vitamina B_3, vitamina B_4 (antiparalitică), vitamina B_5 (vitamina de creştere), vitamina B_6 (antipelagros la guzgani), vitamina B_7 (enterală). Dintre aceste vitamine, numai vitamina B_1 joacă un rol de o importanţă confirmată în patologia şi terapeutica umană, din care cauză trebuie să ne oprim mai mult asupra ei. Are o răspândire mare în lumea vegetală, înainte de toate în cerealele tinere şi în sămânţa leguminoaselor, acolo unde se află rezervorul alimentar pentru germenul în desvoltare; se găseşte în cantitate mare în drojdia de bere, tărâţă de orez, în pâinea neagră, în unele organe: ficat, inima, rinichi, în carnea crudă de porc. Drojdia pulverizată conţine 10 unităţi biologice de vitamină B într'un gram (Timuş şi Braşoveanu).

Consumul vitaminei B_1 în organism creşte cu ingerarea hidrocarburilor, scade cu grăsimile; deasemenea el creşte cu producţia sporită a tiroxinei, cu temperatura ridicată şi cu febra. Exercită o influenţă importantă asupra metabolismului glucidelor, îndeosebi vitamina B_1 este indispensabilă pentru combustiunea glucidelor în sistemul nervos central; în special, substanţa corticală şi ganglionii subcorticali par a avea nevoie de cantităţi mai mari de vitamină B_1.

Manifestaţiunile clinice ale avitaminozei B_1 constau în general în alteraţiunile sistemului nervos central şi periferic şi ale inimei, datorite turburărilor metabolismului glucidelor şi în alteraţiunile produse în metabolismul lichidelor. Sindromul clasic al polineuritei are ca substrat anatomo-patologic hemoragii cerebrale, dispariţia granulaţiunilor lui Nissl şi degenerarea substanţei prielnice, la cari la porumbel se adaogă şi hemoragii şi degeneraţiuni ale nervilor periferici, alteraţiuni cari stăpânesc tabloul clinic la om.

Avitaminoza B_1 primitivă nu se găseşte decât în cazuri extrem de rare în ţările cu climatul moderat. In general, avem a face cu avitaminoze de natură secundară, adică rezultând dintr'un consum exagerat în urma altor boli sau prin lipsa de resorpţiune în afecţiunile gastro-intestinale. Totuşi, şi în afară de regiunile tropicale se observă cazuri de Beri-Beri uscat sau cu edeme, pricinuite de alimentaţia săracă sau lipsită de vitamina B_1; aceste cazuri prezintă fenomene de hipoproteinemie şi edeme, iar ca simptome nervoase astenie, o scădere a forţei musculare, reflexele exagerate, cefalee sau hemicranie, hipoestezie cutanată, dureri şi parestezii ale membrelor, fenomene dintre cari majoritatea se pretează bine unui tratament cu vitamina B_1.

Bazându-se pe ideia că vitaminele curate, afară de funcţiunea lor de alimente accesorii, mai pot desvolta şi efecte terapeutice asupra unor maladii cari nu au la bază o avitaminoză, şi ştiut fiind că vitamina B_1 este un factor dietetic cu un neurotropism specific, s'au făcut o serie de încercări terapeutice, administrându-se vitamina B_1 într'o serie de maladii de diferită origine şi în cari avitaminoza sau nu joacă nici un

rol sau nu are decât o importanţă secundară. Iată câteva din aceste încercări terapeutice şi rezultatele lor.

Polineurita alcoolică este considerată ca o urmare a dispepsiilor şi a alimentaţiei de obiceiu insuficiente a etilicilor, ea este însoţită şi precedată de hipoclorhidrie sau anaclorhidrie gastrică, aşa încât poate fi considerată ca fiind o formă specială a polineuritei gastrogene. In toate aceste forme de polineurită, efectele tratamentului prin vitamina B_1 sunt foarte bune (Neumann, Jolliffe-Colbert, Sciclounoff-Broccard, Roussel, Vorhaus-Williams-Waterman). Deasemenea şi unele cazuri de sindrom Korsakow, considerat azi ca o avitaminoză cerebrală cât şi de Pseudo-Tabes etilic au fost vindecate sau ameliorate prin vitamina B_1. In polineurita diabetică se descriu efecte bune în ceeace priveşte ameliorarea durerilor, apariţia reflexelor abolite şi revenirea funcţiunii (Sciclounoff-Broccard); în aceste cazuri, tratamentul vitaminat poate să amelioreze şi metabolismul glucidelor şi să îngădue economie în administrarea insulinei. Polineurita gravidelor se datoreşte consumului mărit al organismului gravid, mai ales la gravidele din clasele sociale sărace. Aici tratamentul prin vitamine dă rezultate excelente (Plass-Mengert, Theobald, Vorhaus-Williams-Waterman), la fel şi în polineuritele post-infecţioase (Pagniez), mai ales post gripale (Ruschke, Schwochow). Hasselbach recomandă tratamentul prin vitamina B_1 în polineuritele pe baza tuberculozei pulmonare şi intestinale. De o importanţă deosebită sunt vindecările în urma tratamentului prin vitamina B_1, ale polineuritelor şi parezelor post-difterice, chiar în cazurile refractare faţă de stricnină (Bennholdt-Thomsen, Neumann, Sciclounoff-Broccard). Arndt-Bischoff descriu salvarea unui caz de pareză post-difterică a diafragmei cu pericol de viaţă, iar Knapp relatează despre efectul favorabil al vitaminei B_1 într'un caz de pseudo-tabes post-difteric.

Un mare progres constitue tratamentul polineuritelor toxice, greu de influenţat până acuma. Ruschke descrie vindecări datorite vitaminei B_1 în polineurite nicotinice, Fellinger în polineurite după intoxicaţiuni cu sublimat corosiv şi Heimann în sindromul polineuritic după intoxicaţiuni cu Thallium. Acelaş tratament se recomandă şi în polineuritele saturnine şi arsenioase (Gallowitsch).

Neuritele de natură traumatică sau mecanică într'o serie de cazuri au fost vindecate sau ameliorate în urma tratamentului prin vitamina B_1, aşa neurita femorală a minierilor (Hesse), neurita cubitală a muzicanţilor (Fetscher), un caz de neurită prin curent de înaltă frecvenţă (Schwochow), neurita în urma unor traumatisme dobândite cu ocazia facerii. Boehm descrie o serie de cazuri de neurită optică de natură specifică, ameliorate prin tratamentul vitaminic, iar altele în cari cel puţin nu s'au agravat turburările în decursul malarioterapiei. In mieloza funiculară însoţită sau nu de anemie tip Biermer, o serie de autori (Illing, Schauf, Lasch, Russell, Bergel, Nagl, Neumann, Boehm, Benner) recomandă administrarea vitaminei B_1 pe cale bucală şi parenterală, descriind revenirea reflexelor abolite, dispariţia fenomenelor spastice şi ataxice şi a impotenţei funcţionale până şi vindecări complecte, chiar în cazurile refractare faţă de ficat. Rezultate favorabile se descriu şi în tratamentul choreei. După Wirtz, se observă ameliorări în urma trata-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

mentului mielitei transversale de origină traumatică şi al parezelor după poliomielita acută anterioară, iar v. Gagel recomandă un tratament nou pentru faza acută a acestei maladii: cât mai curând după ivirea simptomelor se administrează în fiecare a doua zi cantitatea de 10 mg. vitamină B_1 pe cale intrarachidiană şi totodată vitamina C în combinaţie cu glanda suprarenală pe cale intravenoasă, până la dispariţia simptomelor acute.

La fel, se recomandă tratamentul prin vitamina B_1 în hemicranie (Hesse) şi în scleroza în plăci (Sell). In această din urmă maladie, noi nu am putut să ne convingem de un efect sigur.

Indicaţia care deocamdată are cea mai mare importanţă, este tratamentul neuralgiilor. Din publicaţiunile din ultimul timp (Ruschke, Fetscher, v. Lobenstein, Kuehnau-Schroeder-Wolff, Boehm, Sciclounoff-Broccard) cât şi din experienţele proprii reiese că vitamina B_1 a fost administrată uneori cu efecte uimitoare în sciatică, neuralgie de trigemen, brahială şi radială, radiculare în urma unei spondilartroze deformante, neuralgii intercostale şi occipitale. Intr'un caz observat de noi, privind pe un medic radiolog, o neuralgie radială gravă se mai agravase în decursul tratamentului obişnuit; după două injecţii cu vitamina B_1, medicul îşi reluă ocupaţia fără dureri, iar o recidivă ivită după 8 luni cedă repede aceluiaş tratament.

Deasemenea şi în patru cazuri de pareză facială s'a observat dispariţia rapidă a parageuziilor, a lagoftalmiei şi a durerilor (v. Lobenstein, Schwochow, Sciclounoff-Broccard). De remarcat sunt şi ameliorările durerilor, obţinute în unele stări dureroase de natură specifică, de pildă în Tabes (Neumann), paraplegii spastice (Sciclouno-Broccard) şi în poliradiculita specifică (Kuehnau-Schroeder-Wolff). Aceiaşi autori publică dispariţia durerilor în zona zoster, iar Boehm descrie ameliorări importante într'un caz de paralizie tip Landry şi într'un caz de neurinomatoză multiplă.

In ultimul timp, vitamina B_1 se recomandă şi în maladiile şi distoniile sistemului nervos vegetativ (Mueller); se administrează câte 0,50—2,0 mg. în fiecare a treia până a patra zi pe cale intravenoasă. Deoarece însă după acest fel de aplicaţie a injecţiilor se ivesc semne de oboseală şi de agravare a durerilor, acest autor recomandă combinaţia vitaminei B_1 cu vitamina C.

In fine, Hoff a obţinut succese în tratamentul polioencefalitei hemoragice Wernicke prin combinaţia vitaminei B_1 cu vitamina C.

Abderhalden a pus în evidenţă relaţiunile vitaminei B_1 cu aparatul insular al pancreasului, iar după Freudenberg există analogii între avitaminoza B_1 şi hiper-insulism, atât din punctul de vedere biochimic cât şi clinic, îndeosebi în ceeace priveşte convulsiunile provocate prin lipsa vitaminei B_1 şi prin şocul insulinic. Unul din cele mai mari pericole ale insulinoterapiei schizofreniei constă în şocurile ireversibile după administrarea stomacală sau intravenoasă de zahăr şi cari mai persistă deşi hipoglicemia a cedat normo- sau chiar hiperglicemiei. In aceste cazuri, Freudenberg recomandă administrarea vitaminei B_1 şi B_2, după care bolnavii şi-ar reveni cu mult mai repede decât după injecţiile intravenoase cu serul glucozat. Intr'un caz al observaţiei proprii, această

metodă a rămas fără efect într'un şoc insulinic grav, iar bolnava nu s'a trezit decât după doze masive de ser glucozat şi alte intervenţii serioase. In discordanţă cu observaţiunile lui Freudenberg remarcăm faptul că hipoglicemia insulinică a câinilor sănătoşi se agravează în urma administraţiei de vitamină B_1 (Tislowitz).

Dozarea vitaminei se face în miligrame sau în unităţi porumbel, 1 mgr. corespunzând la 400 unităţi porumbel. Relaţiunea între doza minimă letală şi doza minimă terapeutică fiind foarte mare, vitamina B_1 poate fi administrată chiar în dozele cele mai mari; nu există fenomene toxice sau de hipervitaminoză. Preparatele industriale sintetice mai răspândite: Betabion (Merck) 2 mgr., comprimate 1 mgr., Betabion forte 10 mgr. Betaxin (Bayer) cu aceleaş doze. Benerva (Hoffmann-La Roche) fiole 1 mgr. Preparate de drojdie, administrate pe cale bucală: Cenovis 7 mgr. la 100 gr., Levurinose 5 mgr. la 100 gr., Ovomaltine (Wander) 6 mgr. la 100 gr.

Complexul vitaminei B_2. Vitamina B_2 propriu zisă (Lactoflavina) se găseşte în orice celulă a regimului animal şi vegetal. In cantităţi mai mari se găseşte în drojdia de bere, în ficatul şi rinichiul de vită, lapte şi ouă. Deşi lipsa de Lactoflavină nu provoacă simptome patologice asupra sistemului nervos, totuşi are o influenţă vădită asupra acestuia. Aşa, Heimann şi Kisch descriu câte un caz de ameliorare bună în anemia Biermer în care tratamentul cu injecţii de ficat rămăsese fără efect. Pe de altă parte, Lactoflavina a rămas fără efect în pelagra umană (Dann, Lucksch).

Industria farmaceutică (Roche, Bayer) pune la dispoziţie soluţiuni de lactoflavină cristalizată pentru injecţii câte 1 mgr.

Factorul antipelagros uman (PP), factorul antipelagros la şobolani (vitamina B_6) şi factorul de filtraţiune (factorul antipelagros II) nu sunt destul de bine studiate pentru a li se cunoaşte importanţa fiziologică, necum terapeutică. Factorul anemiei (extrinsic factor după Castle, Haemogen după Reimann) cât şi ceilalţi factori parţiali ai complexului vitaminei B_2 până în prezent nu prezintă importanţă în terapeutică neurologică.

Se ştie azi că pentru garantarea unei funcţiuni normale a sistemului nervos central este nevoie atât de vitamina B_1 cât şi de complexul vitaminei B_2. Găsim simptome neurologice într'o serie de boli în etiologia cărora joacă un rol lipsa vitaminei B_2: Pelagra, sindromul lui Adie, Acrodinia, Lepra, Scleroza în plăci, Avitaminoza B_2 tropică. Pe lângă vitamina B_1, complexul B_2 e indispensabil pentru funcţiunea normală a nervului optic; lipsa vitaminei B_2 se manifestează prin neurita şi atrofia nervului optic cât şi în turburări de reacţie la lumină a pupilelor, simptome ce le găsim în pelagra, sindromul lui Adie şi în avitaminoza B_2 tropică. După cum se ştie azi, pelagra nu este o avitaminoză B_2 pură, ci o boală datorită lipsei mai multor factori, între cari probabil şi a vitaminei H şi a unor acizi aminaţi de mare importanţă. Cercetările despre alimentaţia populaţiei rurale în România au arătat că în regiunile în cari pelagra este mai răspândită, alimentaţia este aproape complect lipsită de complexul B_2, aşa încât pelagra în ţară constituie o avitaminoză primitivă adevărată (Aykroyd, Alexa şi Nijulescu). Această teorie

se confirmă şi prin faptul că tratamentul pelagrei prin vitamina B_2 (ficat, peşte, lapte, ouă, drojdie, mazăre, pătlăgele; extrase de drojdie pe cale bucală şi de ficat sub forma de injecţii), administrată în doze îndestulătoare şi timp mai îndelungat, vindecă şi formele mai grave de pelagră. Cea mai bună profilaxie a pelagrei, iniţiată în Italia şi în Statele-Unite, constă în propagarea alimentaţiei cu alimente bogate în vitamina B_2.

Avitaminoza B_2 tropică care se găseşte în mod sporadic şi în Europa, pe lângă fenomene cutanate prezintă importante simptome nervoase: ataxie, parestezii, reflexele exagerate, neurită optică retrobulbară cu atrofie consecutivă. Toate aceste simptome cedează repede la o medicaţie de drojdie sau ficat, dacă nu a trecut prea mult timp dela debutul maladiei.

Desvoltarea **leprei** este favorizată prin lipsa vitaminei B, în deosebi a complexului B_2; **Boshamer** raportează despre efecte favorabile asupra simptomelor leproase, ale unei alimentaţiuni bogate în vitamină B.

In **Acrodinie** (neuroză vegetativă Swift-Feer) se găsesc simptome de avitaminoză B_1 şi B_2, **Szent-Gyoergy** relevă asemănările acestei maladii cu pelagra şi recomandă tratamentul cu ficat şi cu drojdie.

După **Romberg** şi **Schaltenbrand**, sindromul lui Adie (pupilotonie şi hipo- sau areflexie la membrele inferioare) trebuie considerat ca o avitaminoză B_2. Incercările de tratament cu drojdie sau ficat au înlăturat şi simptomele generale şi ale tractusului digestiv, nu însă cele nervoase, probabil fiindcă aceste încercări nu au fost făcute destul de timpuriu.

In tratamentul **sclerozei în plăci**, prin administrarea extraselor de ficat, unii autori (**Gowlland, Goodal-Slater**) ar fi obţinut vindecări definitive, nu numai remisiuni. Această încercare de tratament, al cărui efect se atribue vitaminei B_2 din ficat, ar trebui aplicată pe o scară întinsă, avându-se în vedere marea importanţă a bolii.

Complexul B_2 nu se găseşte în comerţ sub formă pură. Preparatele industriale concentrate sunt: Phylocitin (Cenovis), preparatele de drojdie Vitox şi Marmite (lipsită de vatimina B_1) şi cele mai multe extrase de ficat pentru injecţii.

Cantitatea minimă la om nu se poate preciza, ea se evaluiează la 2—4 mgr. pe zi; în general se admite că alimentaţia obişnuită conţine cantităţi destul de mari de complex B_2, aşa încât pericolul avitaminozei B_2 la om este destul de redus.

Vitamina C cu toată importanţa ei în medicina generală, nu prezintă importante indicaţiuni speciale în terapeutica neurologică. In unele psihoze se găseşte avitaminoza C, probabil din cauza alimentaţiei insuficiente. Astfel, în urma administrării de vitamina C în Paranoia cantitatea eliminată în urină s'a urcat după scurt timp, în arterioscleroza cerebrală urcarea a fost mică, iar în catatonie cantitatea a rămas aproape aceeaş (**Heilbrunn, Bersot**). După **Bersot**, vitamina C dispare din urină după 15—20 minute, pe când la normal acest procedeu ţine 5—6 ore. In malaria inoculată, organismul ar duce lipsă de vitamina C, din care cauză **Plaut** şi **Buelow** o recomandă ca profilaxie. Hirata-Suzuki (cit. după **Fessler-Wilder**) au găsit în urina şi în lichidul cefalo-

rachidian al bolnavilor de miopatie mai puţin de o treime din cantitatea normală şi descriu succese în tratamentul acestei afecţiuni; s'au ivit contractări spastice în muşchi, reducerea chronaxiei şi normalizarea metabolismului creatinei şi al fosforului. Deasemenea şi Wirtz descrie ameliorări considerabile în miopatie prin tratamentul combinat cu vitamina B_1.

Preparate industriale: Cebion (Merck), Cantan (Bayer), Redoxon (Roche), Proscorbin (Richter), 0,01 comprimate şi pentru injecţii subcutanate, intramusculare şi intravenoase.

Vitamina D. De o importanţă covârşitoare în tratamentul rahitismului, vitamina D în terapeutica neurologică nu poate fi menţionată decât în tratamentul tetaniei, în care însă nu dă rezultate decât în asociaţie cu hormonul paratiroidian. Deasemenea lipsa vitaminei D ar agrava toxicomaniile, îndeosebi morfinomania, din care cauză vitamina D se întrebuinţează în curele de desintoxicare. (Weger şi Amster).

Preparate industriale: Vigantol, Viosterin, Viosterol, Radiosterol, A. T. 10, etc.

Vitamina E se găseşte în cantităţi mari în germenii grâului, nuci, placenta şi lob anterior de hipofiză. Cantitatea necesară omului nu este cunoscută. In organismul animal, vitamina E se depozitează în organele cari ţin de sfera genitală (placentă, lob anterior de hipofiză, testicoli şi sperma). Avitaminoza E provoacă sterilitate, hipoplazie tiroidiană, distrofii musculare (Mueller şi Pappenheim), paralizii şi pareze în urma unor procese degenerative în fascicolul Goll-Burdach şi în tractusul vestibulo, — tecto şi rubro-spinal.

Digitized by Romanian Academy Library Cluj

In patologia umană, vitamina E se întrebuinţează în cazurile de avort habitual, în tratamentul sterilităţii primitive la femei, al azoospermiei şi al slăbiciunii sexuale la bărbaţi, iar în psihiatrie pentru tratamentul psihozelor post-puerperale, cari cedează după 2—3 serii câte 10—12 injecţii subcutane de soluţie uleioasă de germeni de grâu (Quirand şi Nodet).

Preparate industriale: Evion (Merck) în capsule, Vitamina E (Promonta) drageuri, Scotts Vitamin E lichid şi pilule, Fertilol (Vitamin Ltd. London) capsule şi Fertilan (Medicinalco, Kopenhaga).

Vitamina H importantă pentru dermatologie, nu pare să aibă decât o însemnătate redusă în neurologie. Ea se găseşte în cantităţi mai mari în rinichiul porcului şi al vitelor, în ficat, în caseină şi în unele legumînoase. Afară de leziuni cutanate grave, avitaminoza H provoacă şi turburări nervoase la guzgan, constând în leziuni medulare şi ale nervilor periferici. In afară de rolul vitaminei H în etiologia şi tratamentul pelagrei (menţionat mai sus), nu se cunosc amănunte despre importanţa ei în patologia umană şi nici în neurologie.

Vitaminele antihemoragice (factorul T şi vitamina K) cât şi vitamina P (a permeabilităţii) nu prezintă în prezent nici o importanţă în domeniul neurologiei şi a psihiatriei).

CAZURI CLINICE PERSONALE:

Insfârşit, să ne fie îngăduit a mai adăoga câteva din observaţiunile noastre proprii. Într'un număr de 7 cazuri de hipertiroidism cu fenomene nervoase, tratamentul prin vitamina A în doze destul de mari a adus la îngrăşarea bolnavilor şi, în legătură cu aceasta, şi la calmarea fenomenelor nervoase, numai un caz de Basedow grav a rămas neinfluenţat.

Cum am menţionat mai sus, rezultatele cele mai bune le-am observat în tratamentul neuritelor şi neuralgiilor prin vitamina B. Dintr'un număr de 15 cazuri, printre cari şi unele rebele şi refractare faţă de orice tratament, numai unul a rămas neinfluenţat, iar într'un alt caz o ameliorare evidentă nu s'a ivit decât după o săptămână de la terminarea tratamentului. Din 6 cazuri de Sciatică, unul fu complect vindecat după o serie de 12 injecţii cu vitamina B_1; era vorba de un caz foarte recent şi bolnavul nu făcuse nici o altă încercare de tratament; în celelalte cazuri, tratamentul vitaminei trebuia asociat cu tratamentele obişnuite (fisioterapie şi farmacoterapie), deoarece aveam impresia că vitamina are un efect sigur, însă nu destul de rapid faţă de lipsa de răbdare a bonlavilor chinuiţi de dureri. Într'un caz de polineurită ivită după un tratament îndelungat cu cacodilat de sodiu, vitamina B a avut un efect bun în ceeace priveşte calmarea durerilor şi ameliorarea stării generale, nu a influenţat însă asupra unui reflex achilian diminuat în urma acestei boli. Rezultatul a fost mai slab într'un caz de zona zoster dealungul nervului supra-orbitar, durerea a încetat, în schimb însă parestezile nu au fost influenţate decât în urma unui tratament galvanic. Într'un caz de meralgie parestezică (boala lui Bernhard şi Roth), durerea şi parastezile s'au ameliorat după câteva injecţii cu vitamina B^1. Insfârşit, aceste injecţii au avut efecte favorabile în două cazuri de hemicranie şi într'un caz de contractură spastică după o pareză facială cu o reacţie electrică de degenerescenţă parţială. Durerea într'un caz de spondilartroză diformantă nu a fost influenţată decât într'o măsură restrânsă.

BIBLIOGRAFIE

Abderhalden: Dtsch. med. Wschr. 1937, 30 | 31. *Arndt-Bischoff*: Kinderaertzl. Praxis 1937, 9.—*Aykroyd, Alexa şi Nişulescu*: Arch. Roum. path. exp 1935, 8,407.—*Bennhold-Thomsen*: Kinderaerztl. Praxis, 1936, 545. — *Bergel Dtsch*: med. Wschr. 1936, 1643 —*Boehm, Psych*: neurol. Wschr. 1936, 418.—*Boshamer, Muench.* med. Wschr. 1935, 2045.—*Brenner*, cit. după Stepp-Kuehnau-Schroeder. — *Dann*: Journ. Nutrit. 1936, 11, 451.— *Fellinger*: Wien klin. Wschr. 1936, 1542.—*Fetscher, Fortschr.* d. Ther. 1936, 633.—*Freudenberg*, Wien klin. Wschr. 1936, 16.—v. *Gagel*: cit după Wirtz. — *Gallowitsch*: Muench. med. Wschr. 1937, 24. — *Goodall-Slater, Edinburgh*: med. Journ. 1936, 368. —*Gowlland*: Brit. med. Journ. 1935, II, 277—. *Hasselbach*: Dtsch. med Wschr. 1937, 1150. *Heilbrunn-Bersot*: — Revue neurol. 1936, 65, 234.—*Heimann*: Wien. klin. Wschr. 1936, 1271 şi Med. Klinik 1936, 1501.— *Hesse*: Muench. med. Wschr 1936, 356 şi Med. Klinik 1938, 7. — *Hirata-Suzuki* cit. după Fessler şi Wilder, Nervenarzt 1937, 7.—*Hoff*: ibidem —*Illing*: Erg d. inn. Med. 1935, 48, 340. — *Jolliffe-Colbert*: Journ. Am Med. Assoc. 1936, 107 şi 642.— *Kisch*: Wien. med. Wschr. 1937, 194. — *Knapp*: Kinderaerztl. Praxis 1037, 5.— *Kuehnau-Schroeder-Wolff*: Dtsch. med. Wschr. 1937, 786.—*Lasch*: Muench. med. Wschr, 1936, 1390.—v. *Lobenstein* Muench. med Wschr. 1936, 510.—*Lucksch, Z.*: f. klin. Med 1936, 130, 32.—*Mellanby* British med. Journ. 1926, 1, 515 1930, 1,677; Journ. amer. med. Assoc. 1931, 96, 325.—*Mueller*, Ther. d. Gegenwart 1938, 3.— *Nagl, Z.* f. klin. Med. 1937, 131. 781. — *Neumann*: Muench. med. Wschr. 1935, 1959.—*Pagniez* Presse med. 1937, 22.—*Plass-Mengert*: Journ. Amer. med. Assoc. 1933, 101 şi 2020.—*Quirand-Nodet* Paris med. 1936, II, 199.—*Romberg* şi *Schaltenbrand*: cit. după Stepp Kuehnau-Schroeder. — *Ruschke*: Dtsch med. Wschr 1936, 181.—*Russel*: Edinburgh Med. Journ. 1936, 43 —*Schauf* Muench. med. Wschr. 1936, 1504.—*Schwochow* Muench. med. Wschr. 1937, 98. — *Scickounoff-Broccard*, Schweiz. med. Wschr. 1936, 985.—*Sell* Med. Klinik 1938, 4. —*Staehler*, Muench: med. Wschr. 1937, 327.—*Stepp-Kuehnau-Schroeder*: Die Vitamine und ihre klinische Anwendung. 1937, Edit F. Enke, Stuttgart. — *Szent-Gyoergy*: Klin. Wschr. 1933, 1241. -*Theobald*, Lancet 1936, I, 834. — *Timuş* şi *Braşoveanu*, România medicală 1937, 15-16. — *Tislowitz*: Klin. Wschr 1937. 7 — *Vorhaus-Williams-Waterman*: Journ Amer. med. Assoc. 1935, 105 şi 1580 —*Weber şi Amster*: Wien. klin. Wschr. 1936, 34.—*Wendt*: Klin. Wschr. 1935, 9; 1936, 222; Muench med. Wschr. 1936, 808; Med. Klinik 1936, 1; Dtsch. med. Wschr. 1936, 1213. — *Wirtz*: Med. Klinik 1938, 14.

MILO TYNDEL: *Les vitamines dans la thérapeutique des maladies nerveuses et mentales.*

Révue des relations des vitamines au système nerveux et de l'application des vitamines dans la thérapeutique des maladies nerveuses et mentales. L'auteur montre les expériences et les succès obtenus jusqu'à présent. Malgré que les investigations sur ce problème ne soient pas encore mises au point, on peut déjà connaître la grande importance des vitamines comme méthode de thérapeutique.

MILO TYNDEL: *Le vitamine nella terapia delle malattie nervose e mentali.*

Si discutano le relazioni tra le vitamine ed il sistemo nervoso e l'aplicazione delle vitamine nel trattamento delle malattie nervose, dove şi espongono le esperienze ed i successi fin adesso roggiureti. Novostante le ricerche su presto tereno non sono ancor terminati, si puo gia riconoscere l'importanza delle vitamine come metode terapeutico.

MILO TYNDEL: *Die Vitamine in der Therapie der Nerven-und Geisteskrankheiten.*

Die Zusammenhänge zwischen Vitaminen und Nervensystem und die Anwendung der Vitamine in der Behandlung der Nervenkrankheiten werden besprochen, wobei die bisher gewonnenen Erfahrungen und Erfolge aus der Literatur dargestellt werden. Trotzdem die Forschungen auf diesem Gebiete noch nicht abgeschlossen sind, kann man schon die grosse Bedeutung der Vitamine als therapeutische Methoden erkennen.

Auto-rezumate

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Carbantrène «Ciba»

1o % Iodocloroxichinoleină bismutată
2o % Pectină
7o % Cărbune activ

- **împedică înmulţirea florei patologice intestinale**
- **absoarbe toxinele exogene şi endogene ale intestinului**
- **micşorează peristaltismul intestinal mărit**

In enterocolite cronice eventual în acelaşi timp
Entero-Vioforme rectal

Ambalaj: cutii de 50 gr. Cărbune granulat

Société pour l'Industrie Chimique à Bâle

NEUROMIELITA OPTICA — CONTROL ANATOMIC

de

Prof. Dr. C. I. URECHIA şi **Doc. Dr. C. C. VELLUDA**

Un soldat concentrat în regimentul 31 Artilerie din jud. Sălaj în etate de 24 ani, a intrat în Spitalul Militar din Cluj în 12. I. 1934 din a cărui foaie de observaţie resumăm următoarele date:

Antecedente eredo-colaterale: fără importanţă.

Antecedente personale: o răceală la Crăciun (25.XII.1933).

Istoric. Declară că boala actuală a debutat acum trei zile (10.I.1934) cu frison, febră, dureri mari de cap, dureri toracice, tuse şi astenie progresivă. La 10.I.1935 a fost chemat la concentrare şi aşa bolnav s'a prezentat la regimentul 31 Art. fiind oprit în infirmerie, unde stă dela 11-12 I. c. Din 11/I-a nu a mai putut urina, avea dureri mari de cap şi astenie pronunţată, pentru care e trimis la spital. Când a trebuit să părăsească infirmeria pentru a merge la spital a observat că picioarele îi sunt paralizate şi a fost dus pe targă. Cât a fost acasă nu s'a tratat cu medici.

Starea prezentă. De constituţie bună. Tesutul celulo-adipos şi muscular, normale, febril (38°). Se plânge de dureri atroce de cap retenţie de urină, şi paralizia membrelor inferioare.

Pulmoni. Raluri de bronşită pe întreg toracele.

Cord. Sgomote mai surde. Pulsul ritmic, bine bătut, 68 pe minut, 38° febră.

Sistemul nervos. Pupilele egale, centrale, cu reflexe diminuate. Prezintă rigiditatea cefei, cu semnul lui Kernig şi paraplegie flască. Reflexele tendinoase şi cutanate abdominale, precum şi cele a membrelor inferioare, complect dispărute. Bolnavul stă mai mult cu ochii închişi; geme; respiraţia superficială; e conştient şi cere mereu ajutoare pentru a fi salvat.

13.I.1934. Pe întreg toracele raluri umede, pulsul bun, 60 pe minut. Paralizia cuprinde şi membrele superioare. Starea generală gravă.

Examenul urinii: albumină, zahăr şi puroiu negative. In sediment: 1. Epitelii uretrale, 2. rare leucocite, 3. cristale de uraţi şi oxalaţi de calciu.

Punctia lombară: lichid clar, tensiune normală. R. Pandy şi Nonne Appelt pozitivă. Limfocite 62 pe mm. Pe mediile de cultură după 48 ore la termostat 37° n'au crescut germeni. B. Koch nu s'au găsit (în frotiu).

14.I.1935. Bolnavul este somnolent. Acuză dureri mari de cap şi nu mai vede (Amauroză), Reflexele oculare abolite. Rigiditatea cefei mai accentuată. Paraplegie. Pulsul bradicard (60 pe minut), 33° febră. Respiraţia superficială. Starea generală foarte rea. Orele 17: respiraţia stertoroasă, somnolent, geme, are vărsături; spre seară moare.

Autopsia şi examenul microscopic.

La autopsia creerului şi a măduvei afară de o congestie marcată nu se găseşte nimic apreciabil. In celelalte organe: rinichi, ficat, splină, inimă, leziuni puţin însemnate. La examenul microscopic se constată: la rinichi, leziuni moderate

de nefrită, congestiune, nici o inflamaţie, nu există noduli leucocitari; la splină nimic important; la inimă leziuni moderate, numeroase hemoragii capilare, mult pigment hematic, lipsă de procese inflamatorii; la pancreas congestiune, leziuni puţin însemnate, deasemenea lipsesc nodulii inflamatori; ficatul congestionat intens aminteşte ficatul cardiac, mult pigment feric (hematic) cu leziuni celulare moderate: câteva mici hemoragii; în spaţiile lui Kiernan adesea infiltraţiuni cu celule polinucleare, limfocite sau plasmocite. În sistemul nervos o encefalo-mielită intensă. Procesul este foarte pronunţat în măduvă şi bulb, (fig. 1. 2. 3.) marcat în protuberanţă şi baza creerului, discret în rest; nervul optic prezintă alteraţiile cele mai intense (fig. 4). În măduvă leziunile inflamatorii ocupă toată întinderea sa, fără diferenţe apreciabile dela un segment la altul; meningele prezintă o inflamaţie cu limfocite polinucleare şi rare plasmocite, inflamaţia nu este prea intensă şi predomină mai ales la partea posterioară, şi în scizurile măduvei; procesul inflamator este în general mai intens în substanţa albă decât în substanţa cenuşie; infamaţia n'are nici o sistematizare; ea este difuză cu insule care se ating adesea şi dispuse de cele mai multe ori pe traectul vaselor. Aproape toate vasele prezintă o inflamaţie marcată. Afară de leziuni degenerative cu caracter acut în celulele nervoase a substanţei cenuşii, inegal repartizate, infiltraţiile perivasculare prezintă caractere importante; inflamaţiunea în adevăr este constituită prin elemente diverse; se constată vase infiltrate mai ales cu numeroase polinucleare, plasmatocitele şi limfocitele fiind puţin numeroase, în timp ce celelalte vase prezintă o infiltraţie unde predomină plasmatocitele, sau chiar o infiltraţie exclusiv plasmatică. Această infiltraţie traduce în consecinţă etape diferite, infiltraţia cu plasmatice urmând celeia cu polinucleare. E mai mult sau mai puţin un proces vascular amintind evoluţia aceluia de a.terită-nodoasă. Această inflamaţie mai mult sau mai puţin intensă nu lipseşte decât rar; şi în vasele unde ea lipseşte se cunoaşte o iritaţie şi o hipertrofie a endoteliului. Deasemenea infiltraţia şi mai ales polinuclearele se întind departe de vase, aşa că se pot vedea insule infiltrate de leucocite şi de celule areolate, înglobând mai multe vase. Un alt caracter interesant al acestei mielite este prezenţa unei mari cantităţi de celule areolate unde se poate foarte bine urmări provenienţa lor din celulele mezogliale. Această enormă cantitate de celule se dispune adesea dealungul vaselor, constituind câte odată adevărate manşoane; sunt vase unde infiltraţia cu leucocite sau plasmatocite este moderată şi unde predomină celulele areolate; aceste celule sunt situate înafară de aventicie; noi întâlnim adesea noduli sau buchetele de celule areolate fără nici un raport apreciabil cu vasele. Din acest punct de vedere, considerând marele număr de celule areolate se poate vorbi de o mielită necrotică. Rozetele de microglie sunt rare. Degenerescenţa hialină trombozele sunt absente. Nevroglia nu prezintă decât leziuni puţin marcate; nu se constată în nici o parte o glioză evidentă. Coloraţia mielinei arată o paloare evidentă cu leziuni difuze dar fără plăci bine definite ca în scleroza în plăci. Cilindraxii prezintă alteraţii relativ moderate caracterizate prin subţieri şi îngroşări, stare granulară, etc.; printre cilindriaxi se întâlnesc unii care prind avid coloranţii. Tesutul conjunctiv nu este mărit. În bulbul rachidian leziunile prezintă acelaş caracter. Oliva dreaptă nu este decât puţin alterată, în timp ce cea din partea opusă este înglobată într'o masă inflamatorie. În regiunea inferioară a nucleilor bazali inflamaţia este mai puţin marcată; infiltraţia cu polinucleare este mai puţin frecventă; celulele areolate sunt foarte rare. În scoarţă întâlnim deasemenea discrete inflamaţiuni în meninge. Substanţa cenuşie şi albă cu toate acestea nu prezintă decât excepţional câteva inflamaţii vasculare. În câteva regiuni ale scoarţei rozete de microglie. În nervul optic se întâlneşte un mare număr de hemoragii capilare aşa că putem vorbi de o nevrită hemoragică; în acelaş timp o infiltraţie intensă cu polinucleare, limfocite şi celule plasmotice; celulele areolate sunt numeroase; leziuni marcate de nevrită.

Reese prin urmare că este vorba de o „Neuro-mielită optică" maladie al cărui diagnostic precis nu s'a putut pune decât prin examenul microscopic. Cazul a fost comunicat de Prof. Dr. Urechia şi Doc. Dr. Velluda la Societatea Neurologică din Paris, sub titlul de „Neuro-mielite optique aigüe avec controlle anatomique".

Ce e această rară afecţiune şi care e caracteristica ei?

Neuro-mielita optică acută se caracterizează printr'o asociaţie de nevrită optică şi tulburări medulare, simptome care se pot preceda unul pe altul sau pot apărea mai mult sau mai puţin concomitent. Debutul ocular sau medular, cât şi rapiditatea lor de evoluţie dela câteva zile la câteva luni, constitue tot atâtea forme clinice. Asociaţia aceasta între tulburările oculare şi medulare a fost semnalată chiar dela 1870 prin publicaţiile lui Clifford-Albut. De atunci observaţiile s'au înmulţit (Steffan, Achard, Guinot, etc.). La 1884 Gault într'o lucrare de ansamblu (Teză-Lion 17 cazuri) pune în evidenţă analogiile clinice şi anatomice ale cazurilor studiate, propunând numirea de **neuro-mielită optică acută**, numire care rămâne deşi s'au mai propus numirile de oftalmo-neuro-mielită sau optico-neuro-mielită (Devic). De atunci cazurile s'au înmulţit astfel că Poggio în 1908 a adunat 46 de cazuri dintre care 16 cu examen histologic, iar Becq în 1927, 20 de cazuri.

Lucrarea de ansamblu a Dr. Leon Michautt (1930), dar mai ales articolul lui M. Bergonzi-Sulla **„neuro-mielita ottica"** apărut în **„Revista di patologia nervosa e mentale"** (1936, vol. 47, pag. 145), se ocupă mai pe larg de cazurile cunoscute, care ating azi numărul aproximativ 80.

In acest număr se cuprind toate cazurile diagnosticate clinic ca atare, numai după asocierea tulburărilor oculare şi medulare. Totuşi autenticitatea diagnosticului pentru o bună parte din aceste cazuri rămâne îndoelnică, într'u cât nu toate au fost însoţite de examenul anatomic al pieselor care prezintă caractere histologice speciale, ce separă net mielita optică de o serie de afecţiuni cu care uşor se poate confunda. Clinica singură nu permite un diagnostic precis; asociaţia leziunilor optice şi medulare, putând fi realizată şi de scleroza în plăci, sifilisul cerebro-spinal, encefalita epidemică, encefalita periaxială a lui Schilder, mielita necrotică subacută, etc.

Din punct de vedere clinic maladia poate debuta cu simptome oculare sau medulare. In primul caz e vorba de tulburări oculare, cu dureri supra orbitare violente, care nu dispar decât atuncea când ajung la cecitate; după Leon Michaut, aceste simptome existente aproape în toate cazurile sunt destul de caracteristice. Tulburările oculare pot surveni fie progresiv în câteva săptămâni, precedate de diferite tulburări, fie, dar mai brusc în câteva ore ca în cazul nostru. In fine ea poate fi unilaterală la început şi numai mai târziu bilaterală, după câteva săptămâni sau luni; alte ori bilaterală dela început.

In al doilea caz debutul medular poate fi brusc, ca în cazul lui Dreschfeld şi al nostru, fiind vorba de un adevărat ictus medular, sau poate fi progresiv, anunţându-se prin tulburări sensitive diverse: dureri rachidiene în special cervicale, cu imobilizarea cefei, amorţeli şi furnicături în membre, tulburări sfincteriene. Simptomele medulare sunt cele ale unei mielite difuze. Tulburările motorii sunt variabile, ele putând fi spasmodice, sau flasce şi care au în general o evoluţie mortală rapidă; sau în fine flasce apoi spasmodice. Forma paraplegică e cea mai frecventă, deşi putem întâlni şi quadriplegii, ce pot apărea brusc sau lua un mers ca în cazul nostru.

Reflexele în general se abolesc treptat. Reflexul velo-palatin nu e nici odată abolit, ceeace constitue un element diferenţial relativ important, faţă de scleroza în plăci cu care se poate confunda această maladie.

Tulburările sensitive sunt variabile, întâlnindu-se: dureri în centură cu senzaţie de constricţie, furnicături sau amorţeli ale membrelor, dureri iradiate etc., adesea dureri provocate prin percuţia rahisului. Alături de zone de hiperestezie avem zone de anestezie. Anestezii complete întâlnim în cazuri grave şi supra-acute ca al nostru.

In fine tot aci trebue să menţionăm tulburările sfincteriene cu retenţii, incontinenţă sau micţiune imperioasă; precum şi diferite tulburări vegetative; şi tulburări trofice ce nu apar decât în cazuri cu o evoluţie mai lungă. Celelalte segmente ale sistemului nervos central pot fi atinse, inclusiv scoarţa, pot fi atinse în mod excepţional.

Diferite semne generale însoţesc infecţiunea ca: febră în jurul lui 38, stare generală rea, nedefinită, mialgii, astenie, cefalee intensă, tulburări digestive diverse, simptome meningeale, uneori angină şi tulburări psihice (cazul Michaut, Gilbert, Becq şi Abelsdorf).

In general tabloul clinic este acela al unei afecţiuni encefalo-mielitice difuze, cu predominenţa net medulară, cu o topografie variabilă, adesea ascendentă, asociată cu un sindrom ocular de nevrită optică retrobulbară, sau papilară, aproape totdeauna bilaterală şi însoţită aproape constant de dureri supraorbitare şi uneori de o paralizie uşoară şi disociaţie a musculaturii extrinseci. Se pare totuşi că debutul medular e mai frecvent. Becq în 70 de cazuri, constată de 36 ori un debut mielitic, de 18 ori cecitate, de 10 ori simptome concomitente.

In orice caz nici sindromul ocular, nici cel encefalo-medular nu prezintă nimic special pentru a face din această afecţiune o entitate clinică şi deci nu clinica este aceea care poate pune un diagnostic precis. Sexul şi etatea nu ar avea însemnătate deşi se pare că tinerii şi femeile dau un mai mare număr de cazuri.

Evoluţia acestei afecţiuni e foarte variabilă dela câteva zile la câţiva ani. Sunt cazuri când după o evoluţie de luni sau ani, bolnavul se vindecă. Trebue remarcat în evoluţie că sindromul ocular poate evolua aparte de cel medular, observându-se vindecări a nevritei optice sau ameliorări, în timp ce procesul mielitic devine fatal. In fine putem obţine şi vindecări definitive, fără nici o sechelă; deşi mai dese ori cu sechele. Moartea poate surveni fie cauzată de diferite complicaţii intercurente, fie în majoritatea cazurilor în urma extinderii la bulb şi a morţii bulbare. In unele cazuri s'a observat apariţia după un interval variabil, a unui sindrom de scleroză în plăci (Catala-Marinescu, Van Bogaert, Janet şi Devic) lucru ce rămâne discutabil şi puţin probabil.

Durata în cazurile mortale a fost dela 7 zile (cazul Dolfuss) cel mai scurt citat în literatură, la mai mult de un an (3 cazuri). Cazul nostru a evoluat mortal în 5 zile; aceasta deci ar fi cu evoluţia cea mai scurtă.

In cazuri de vindecări durata poate varia între 2 luni şi 2 ani.

Se citează forme cu remisiuni destul de rare, 7 din 70, deci

10% (Gilbert, M. Becq); remisiunile în general sunt scurte de câteva zile, totuşi autorul citat mai sus, menţionează un caz cu remisiune de câteva luni, remisiuni care îngreunează prognosticul.

In cazuri de vindecări e rar ca mielita neuro-optică să se vindece fără sechele. Sechelele pot fi de natură: a) **oculară**: tulburări de vedere consecutive sechelelor nervului optic sau chiar cu lipsa de tulburări de vedere însă cu existenţa de stigmate decelabile prin oftalmoscopie (atrofie papilară post nevritică, decoloraţiune papilară); b) **medulară**: monoplegii, tulburări urinare, genitale, atrofice.

Prognosticul trebue să fie foarte rezervat, mortalitatea fiind de 1 : 2. In general caracterul ascendent al maladiei cu ameninţarea bulbului, temperatură înaltă, abolirea reflexelor, anestezia întinsă şi absolută, sunt semne care indică forme severe cu sfârşit letal. Totuşi sunt şi cazuri cum e acela a lui Gordon-Holmes unde o paralizie ascendentă a retrocedat, paralizia diafragmului a dispărut, şi bolnavul s'a vindecat. In fine trebue să fim rezervaţi chiar în cazul când maladia pare că retrocedează din cauza remisiunilor posibile.

Examenul de laborator. Lichidul cefalo-rachidian nu prezintă în general reacţiuni însemnate. In majoritatea cazurilor el e clar; tensiunea e normală sau uşor crescută. (Godissard, Guillain, Grossoni, Dolffus, Marinescu, Millian, Sepik).

Albumina sporită. (Guillain, Dechaume, Van Gehucten, Vedel et Puech-Bergonzzi).

Globulinele pozitive. (Becq, Urechia-Velluda).

Pleocitoză (Abelsdorf, Vedel, şi Puech, Van Gehucten, Urechia-Velluda-Millian).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Polinucleoză (Abelsdorf, Urechia-Velluda).

Limfocitele pot creşte uneori până la 400 mm^2 ca în cazul lui Abelsdorf.

Reacţia coloidală negativă: în unele cazuri însă ea a fost pozitivă. Examenul bacteriologic negativ; inoculările la animale nu sunt concludente. (Dolffus, Bergonzzi, Dechaume).

Anatomia patologică. Măduva spinării e cel mai mult interesată. Topografia leziunilor anatomice e variabilă; interesând atât substanţa albă cât şi cea cenuşie. Leziunile pot ocupa măduva în întregime sau pot fi localizate în focare în special la umflăturile: cervicală şi lombară.

Leziunile au un aspect gălbui sau roşcat, uneori cu cavern; alteori deşi aspectul atât la căile optice, cât şi la substanţa nervoasă pare normal, totuşi la pipăit se simte o scădere de consistenţă, fără modificare de culoare.

Leziunile pot fi degenerative, sau inflamatorii, cu alteraţiunea şi chiar dispariţiunea ţesutului medular propriu zis. Vascularizaţia mare, cu prezenţa de celule fagocitare sau libere în tecile peri-vasculare. Glia hipertrofiată în jurul leziunilor.

Chiasma, bandeletele optice, nervi optici sunt interesaţi totdeauna. Astfel nervul optic prezintă leziuni degenerative, uneori complete şi mai vechi ca cele de mielită. Celulele fagocitare lipsesc sau sunt discrete în tecile perivasculare, (nu în parenchim). Pe alocuri hipertrofia nevrogliei.

In afară de acestea două localizări menţionate, celelalte porţiuni ale nevraxului: bulbul, pedunculii cerebrali, regiunea suboptică pot fi deasemeni lezate. Cortexul rămâne însă intact. Meningele sunt adesea interesate, în schimb nervii rar.

In rezumat se evidenţiază două procese: unul degenerativ cu focare de necroză bine delimitate, afectând substanţa nervoasă până în mari profunzimi, şi altul inflamator. Procesul interesează mielina celulele nervoase cilindraxi şi nevroglia; precum şi vasele ce sunt infiltrate cu celule plasmatice şi polinucleare.

Afară de aceasta se mai constată o infiltraţie cu granule sferice în substanţa albă şi mai puţin în cea cenuşie, proces invers de starea normală. Cum la cea mai mare parte din cazuri există o infiltraţie inflamatorie perivasculară; cum a fost mai ales în cazul nostru, unii autori ca Boucher s'au gândit la o analogie cu encefalita letargică. Alteori însă infiltraţia lipseşte ca în cazul lui Merkel şi Bergonzzi. Deaceea s'a pus întrebarea dacă nu e cazul să se distingă două tipuri: unul inflamator şi altul degenerativ?

Totuşi Guizzetti experimental a arătat că inflamaţia dela început, se poate stinge şi rămâne numai tipul degenerativ, asemănător cu ceeace şi profesorul Urechia a arătat la parotidita epidemică, unde după 10-12 zile procesul inflamator se stinge rămânând numai cel degenerativ.

Diagnosticul diferenţial. Se face cu scleroza în plăci, encefalita periaxială, sifilisul cerebro-spinal, mielita necrotică, sifilisul cerebral, tumori, mielita optică subacută a lui Foix Allajouanine. Anumite date clinice ca şi caracterul anatomo-patologic separă totuşi aceste maladii de neuro-mielita optică, deşi uneori ele pot fi uşor confundate. In ori ce caz diagnosticul acestei maladii nu poate fi făcut decât în urma examenului microscopic.

Revenind la cazul nostru vom spune deci că este vorba de un om tânăr care a făcut o maladie febrilă acută, care a evoluat în timp de 5 zile. Caracterele clinice ale acestei afecţiuni au fost acele ale unei neuro-mielite optice. Debut cu simptome de mielită urmat de amauroză şi moarte bulbară. Examenul microscopic a confirmat acest diagnostic. Din punct de vedere al duratei, el este cel mai scurt în literatură, cazul lui Dolffus evoluând în timp de 7 zile. Caşi în celelalte cazuri din literatură cu decurs acut s'a constatat la puncţie polinucleare şi limfocite (Gilbert, Becq, Dechaune, de Lapersonne, Dolffus). Examenul microscopic a arătat caracterele neuro-mielitei optice. In tabloul microscopic, frapează infiltraţia variabilă de polinucleare sau predominenţa plasmatocitelor şi o enormă cantitate de corpi granuloşi, care se constată deasemenea şi într'un caz al lui Guillain, Alajouanine, Bertrand şi Garcin, nu se întovărăşeşte cu toate acestea în cazul nostru de leziuni necrotice aşa de intense ca în cazul acestor autori.

Importanţa acestui caz o constitue: raritatea acestei afecţiuni, controlul microscopic, anumite particularităţi de anatomie patologică microscopică şi în fine evoluţia aşa de rapidă.

Pe de altă parte caracterul net ascendent al maladii, abolirea reflexelor, anestezia întinsă şi febra, confirmă prognosticul grav care trebue să se facă totdeauna când întâlnim astfel de simptome.

SINDROMUL FALLOIDIAN
IN LUMINA CERCETARILOR ACTUALE

de

Conferenţiar D-r ALFRED RUSESCU, Intern D-ra D-r DANIELOPOLU, şi Extern MANEA.

In toamna anului 1937 am îngrijit, în Clinica Infantilă din Bucureşti, 12 bolnavi intoxicaţi cu ciuperci. După principiile toxice şi acţiunea lor asupra organismului se pot deosebi 9 sindroame, produse de ciupercile otrăvitoare: 1) SINDROMUL FALLOIDIAN, produs de amanite (faloide, virosa); principii toxice: falina-hepato-toxina şi neuro-toxina. Incubaţie lungă; 8—30 ore; stare choleriformă, turburări gastro-intestinale, ataxo-adinamie, hipoglicemie, conştiinţa păstrată; moarte după 3—10 zile. 2) SINDROMUL HEMOLITIC, prin ciuperci din familia Helvelaceelor; principiul toxic: acidul helvetic. Debut tardiv; icter hemolitic şi hemoglobinurie. 3) SINDROMUL SUDORAL (MUSCARINIAN), produs de ciuperci din genul Clitociba şi Inocyba. Principiu toxic: muscarina. Debut precoce; transpiraţii extrem de abundente. Antidot specific: sulfatul de atropină. 4) SINDROMUL MYCO-ATROPINIAN (MUSCARIAN), prin ciuperci din grupul amanita (muscaria, panterina). Principii toxice: muscarina (în cantitate extrem de mică), myco-atropina (f. asemănătoare cu atropina), myco-toxina şi cholina. Incubaţie scurtă; tuburări gastro-intestinale şi nervoase. Nu se va administra atropină care agravează sindromul, adăogând acţiunea atropinei la acea a myco-atropinei. Celelalte sindroame sunt mai puţin interesante şi mai puţin grave.

Singurul caracter distinctiv al ciupercilor otrăvitoare este prezenţa Volvei. Nu toate ciupercile cu volvă sunt otrăvitoare, dar toate ciupercile mortale au o volvă.

Bolnavii noştri au prezentat cu toţii sindromul faloidian. In acest sindrom extrem de grav, 4 tratamente noi au fost preconizate. 1) Seroterapia (Dejarric de la Rivière). 2) Organoterapia cu stomacuri şi creer de epure (H. Limousin). Ambele aceste metode greu de aplicat în practică. 3) Glucoterapia (Leon Binet şi Marek). 4) Cloruroterapia (Le Calvé din Redon).

Bolnavii au intrat în 3 grupuri. Din primul grup de 6 bolnavi, au decedat în noaptea internării 3, iar 2 au decedat în zilele următoare; unul singur a scăpat. Acestor bolnavi li se făcuse la gardă atropină (ceeace constitue o eroare în afară de sindromul sudoral (muscarinian), iar noi nu le-am aplicat o glucoterapie masivă şi precoce. La celelalte 2 grupuri de bol-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

navi (+ 2) nu li s'a mai făcut atropină, iar glucoterapia aplicată a fost precoce şi masivă: per os, intra-venoasă, sub cutanată şi intra-rectală. Nu am mai pierdut nici un bolnav, deşi simptomele cu cari intraseră în spital erau mai grave decât la primii 6 bolnavi. Am reprodus la om bunele rezultate obţinute de Binet şi Marek pe animale.

In fiecare toamnă, mai ales în anotimpurile ploioase se observă intoxicaţiuni grave, de foarte multe ori mortale, cu ciuperci.

Anul acesta, atât la noi cât şi în alte ţări, au fost observate numeroase otrăviri cu ciuperci.

In luna Noembrie 1937 am avut ocazia să îngrijim în Clinica Infantilă un număr de 12 cazuri de intoxicaţii cu ciuperci.

Dată fiind importanţa socială a acestor intoxicaţiuni ni se pare interesant a insista asupra caracterelor ce pot deosebi ciupercile otrăvitoare de cele comestibile; de asemeni ţinem să atragem atenţiunea asupra cercetărilor şi descoperirilor recente în ceeace priveşte terapeutica intoxicaţiunilor cu ciuperci, a cărei aplicare ne-a dat, în parte din cazuri, bune rezultate.

Vom reda apoi observaţiile cazurilor noastre cari toate par a fi fost datorite ingerării de ciuperci din familia amanitelor faloide.

După cum am amintit mai sus, în fiecare an, sute de persoane mor datorită intoxicării cu ciuperci, totuşi, nu sunt suficient de cunoscute caracterele diferenţiale ale ciupercilor otrăvitoare. In adevăr se dau descripţii, se fac planşe frumoase, unele în culori, dar acestea sunt insuficiente; în adevăr, aspectul, forma şi culoarea sunt insuficiente pentru a recunoaşte ciupercile otrăvitoare. Cu drept cuvânt, Pierre Seyot, decanul facultăţii de farmacie din Nancy, în lucrarea sa „A. B. C." Mycologique — scrie următoarele: Temeţivă de otrăvirile mortale şi aduceţi-vă aminte că ele nu sunt provocate decât de amanitele mortale, adică de ciuperci cu volvă. **Temeţi-vă de volvă. Când culegeţi ciuperci, gândiţi-vă întotdeauna la volvă**; învăţaţi pe copii şi pe profani ce este volva; Vulgarizând noţiunea volvei faceţi o operă bună.

„Nu toate ciupercile cu volvă sunt mortale
Dar toate ciupercile mortale au o volvă".

Pentru a putea preciza noţiunea de volvă este necesar a reaminti câteva noţiuni sumare de botanică.

Ciupercile fac parte din ciupercile zise superioare, ce aparţin grupului bazidiomicetelor; dintre acestea cele foarte periculoase fac parte din familia agaricaceelor; şi dintre acestea genul Amanita şi Volvaria sunt cele mai periculoase. Aceste ciuperci (Amanita şi Volvaria) se deosibesc de celelalte agaricacee prin faptul că au o volvă.

Ce este o Volvă?

Ciuperca adultă este formată din două părţi: 1) Dintr'o parte pe deasupra solului în formă de umbrelă cu un picior şi o pălărie, şi 2) Un aparat vegetativ (myceliu) care trăeşte în pământ sub formă de filamente miceliene, ce constitue organul de fructificare (carpozor).

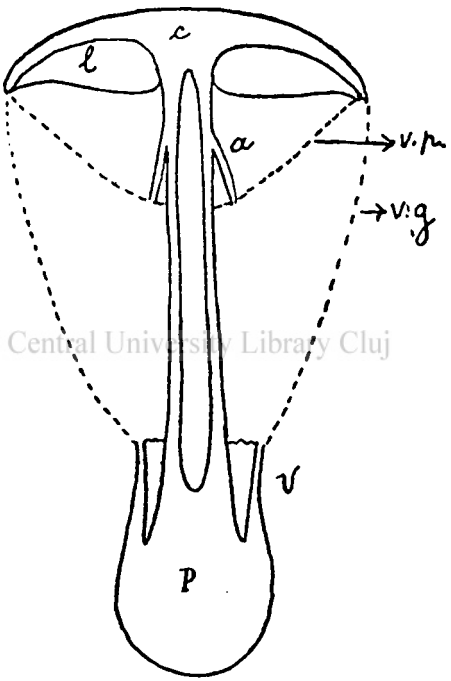
La începutul desvoltări, în momentul fructificării, din acest myceliu es părţi compacte formate din filamente împletite, cari vor forma viitoarea ciupercă. In acest scop ele se vor desvolta, luând o formă

globuloasă şi sunt formate în acest stadiu din 2 părţi: un înveliş globulos sferic care este **vălul-general** şi un conţinut care are deja un picior scurt şi o pălărie şi constituie începutul ciupercii. Faţa inferioară a pălăriei este legată de picior printr'un ţesut ce formează **vălul parţial**.

Ce devine vălul general? Evoluţia sa depinde de tipul ciupercii.

In unele cazuri el dispare complect; alteori el rămâne lipit de pălărie şi baza piciorului şi este deci invizibil; alteori însă el rămâne individualizat şi aceasta se întâmplă în cazurile de Amanită şi Volvaria.

Când corpoforul s'a desvoltat complect, el se prezintă schematic cu următoarele părţi:



BCU Cluj / Central University Library Cluj

(după M. Lageron)

P = *picior*	a = *inel.*
V = *volvă*	v p = *legătura dintre voalul parţial şi inel*
c = *pălărie*	v g = *legătura dintre voalul general şi volvă*
l = *lame*	(v. p. şi v. g. *nu există la ciuperca adultă*)

Volva este deci un rest al vălului general şi anume partea din vălul general care este lipită de picior.

Volva poate fi: a) **Pustuloasă** (dacă vălul general a fost friabil în momentul desvoltării complecte el se fărămiţeşte şi rămâne pe picior şi pe pălărie sub formă de pustule).

b) **Circumcisă** când partea bazilară este tenace şi strâns lipită

de picior, cu o margine liberă; partea superioară a vălului este friabilă şi se fărămăţeşte ca la forma pustuloasă, în mici fragmente.

c) Sacciformă, când vălul a fost tenace pe toată întinderea şi perzistă sub forma unui sac ce înconjură piciorul.

După cum am amintit mai sus, ciupercile fac parte din grupul basidiomicetelor.

Dintre acestea doar o familie cuprinde ciuperci cu adevărat otrăvitoare: agaricaceele; iar dintre acestea 2 genuri: amanita şi volvaria.

Or amanitele şi volvariile se deosebesc de celelalte agaricee prin prezenţa unei volve. Deci caracterul distinctiv cel mai important al ciupercilor otrăvitoare mortale este prezenţa volvei. De aceea când se culeg ciupercile nu trebuesc rupte dela suprafaţa pământului, ci trebuesc desgropate, scoase cu baza piciorului căci doar astfel se poate vedea dacă au, sau nu volvă.

Nu toate ciupercile cu volvă sunt otrăvitoare, dar toate ciupercile mortale au o volvă.

CLASIFICAŢIA CIUPERCILOR OTRAVITOARE

In multe tratate şi nenumărate articole s'au clasificat ciupercile după principiile toxice ce conţin, după acţiunea lor asupra organismului, după simptomele otrăvirilor. Ne vom servi de clasificaţia dată de Paul Vigne şi A. Pouchet din Lyon.

1) **Sindromul Falloidian.**

Din acest grup fac parte: **Amanita Falloides** cu volvă sacciformă, **Amanita virosa** cu volvă circumcisă. Ele conţin mai multe principii active: 1) **Fallina sau Amanita-Hemolizina,** un glucozid foarte activ in vitro, dar mai puţin activ in vivo din cauza căldurei şi a secreţiilor gastrice; 2) **Hepatotoxina,** şi 3) **Neurotoxina.**

Sindromul Falloidian de o extremă gravitate şi cel mai important de cunoscut are următoarele caractere principale: Incubaţia este lungă 8—12—30 şi chiar 40 ore. Această apariţie tardivă a accidentelor este caracteristică sindromului Falloidian. In medie accidentele apar după 10—12 ore. Ele încep prin turburări gastro-intestinale: vărsături incoercibile, diaree, colici violente. Scaunele sunt muco-sanguinolente. Starea este coleriformă: ochii înfundaţi, trăsăturile întinse, bolnavul deprimat, deshidratat, sete mare. Turburări circulatorii: cianoză şi răcire a extremităţilor. Cu cât sindromul apare mai tardiv, cu atât prognosticul este mai grav. Aceste sindrome se pot succede sub formă de crize întretăiate de o scurtă perioadă de acalmie. Ficatul mărit şi dureros şi pielea gălbuie; în ziua 5-a poate apărea un icter, care denotă o degenerescenţă hepatică. **Există o hipoglicemie accentuată.** La câini la cari s'a administrat experimental amanită, în praf, glicemia a scăzut dela 0.95 gr. (normal) la 0.48—0.28 gr. şi chiar, în apropierea morţii, la 0.16 gr. Urinile în cantităţi reduse, închise, glicozurie; ureea sanguină crescută. Un fapt deasemenea caracteristic este conservarea inteligenţei şi memoriei. Bolnavul intră într'o stare de depresiune şi ataxoadinamie, cu fenomene paralitice.

Durata este în medie de 3—6 zile. Moartea survine dela 3—10 zile.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Tratamentul acestui grav sindrom a suferit în ultimii ani importante modificări, cari l-au făcut mult mai eficace.

In primul rând avem următoarele indicaţii generale terapeutice:

1) **Evacuarea stomacului**, prin vomitive şi spălături gastrice. Când bolnavul vine târziu şi vărsăturile au apărut nu se mai dau vomitive. Spălătura gastrică nu mai este eficace, ciupercile ne putând trece prin sondă. Lichidele abundente pot facilita evacuarea conţinutului gastric. 2) Purgative. 3) Cărbune în doze mari. 4) **Rehidratare şi încălzire.** 5) **Stimulente:** camfor, cafeină în injecţie. 6) Nu se va da alcool care poate solubiliza toxinele, favorizând absorbţia lor.

Aceste indicaţiuni terapeutice sunt valabile pentru toate intoxicaţiunile cu ciuperci.

In ceeace priveşte sindromul falloidian vom cita patru metode noi de tratament, în ordinea datei la care au fost preconizate de autorii lor.

Seroterapia. De mai multă vreme s'au făcut încercări de seroterapie. Calmette ajunsese să vaccineze epuri cu extras de amanită falloides şi să prepare un ser preventiv. Mulţi alţi autori au făcut încercări infructuoase.

In 1929, Dujarric dela Rivière a preparat un extract de amanită falloides cu ajutorul căruia a imunizat, prin inoculări, animale. Serul acestor animale dacă este proaspăt şi este întrebuinţat la apariţia primelor simptome este de multe ori eficace (Le Poison des Amanites toxiques. Masson Ed. Paris). Dar condiţiile acestea sunt greu de îndeplinit în practică în marea majoritate a cazurilor şi mai ales în cazurile din provincie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Organoterapia. H. Limousin, profesor la şcoala de medicină şi farmacie din Clermont Ferrand, a preconizat o metodă care are de scop să neutralizeze toxina ciupercilor veninoase (Contribution à l'étude médicale des toxines de l'Anamite phalloide. LXIV Congrès des sociétés savantes 1931, 474). In Mai 1932, Limousin şi Petit au comunicat la Academia de Medicină din Paris, metoda lor de tratament al intoxicaţiilor de amanită folloides. In ce constă metoda? 7 epuri de casă sunt sacrificaţi în momentul începerii tratamentului. Se iau trei stomacuri şi 7 creeri. Stomacurile trebuesc tăiate, golite, şterse fără a fi spălate. Creerii şi stomacurile se toacă cât mai fin; se amestecă cât mai bine şi se fac bulete mici ce sunt date bolnavului fie cu zahăr, marmeladă, dulceaţă, puree de cartofi, fie în supă călduţă. Doza toată se dă după o spălătură gastrică, într'un timp cât mai scurt. Autorii insistă asupra acestei recomandaţiuni de a da toată cantitatea într'un timp cât mai scurt. După ei insuccesele metodei ar fi datorite unei greşite aplicări. Dacă bolnavul are intoleranţă gastrică se dă ghiaţă şi poţiunea Rivieri. Dacă varsă o parte din amestec se face o nouă spălătură gastrică şi se dă din nou doza totală.

După aceşti autori creerii de epure neutralizează **neurotoxina**, iar stomacurile neutralizează **hepatotoxina**. Dacă pe de altă parte ciupercile au fost fierte şi hemolizina a fost distrusă, astfel că toate principiile toxice sunt neutralizate.

Acest tratament aplicat corect a dat în multe cazuri bune rezultate.

Glucoterapia. Acest tratament se bazează pe cercetările experimentale ale lui Leon Binet şi J. Marek (Presse Medicale, 9 Sept. 1936). Aceşti autori au întrebuinţat amanita falloidă pulverizată şi lăsată să macereze în ser fiziologic. Ei au procedat în două feluri: a) Fie injectând subcutanat doze corespunzând la 1—2 centigrame de ciupercă uscată pe kilogram de animal.

b) Fie **per os** dând doze de 10 centigrame de amanită uscată pe kilogram de animal. Experienţele au fost făcute pe câini şi epuri de casă.

Aceste doze au produs întotdeauna o intoxicaţie cu caracterele sindromului falloidian descris mai sus şi moartea în 24—36 ore.

Din studiul animalelor în experienţă aceşti autori au constatat o mare scădere a zahărului sanguin. Astfel glycemia dela proporţia de 0.95 gr. normală scade cu doze slabe la 0.48 gr.; dacă doza de amanită a fost mai mare scade la 0.28 gr. şi chiar la 0.16 gr. în preajma morţii.

Convulsiile observate la aceste animale sunt convulsii hipoglicemice.

Sindromul Falloidian este deci caracterizat şi datorit unei scăderi considerabile a zahărului sanguin.

După cum am spus-o cu drept cuvânt aceşti autori hipoglicemia este semnul capital al **sindromului humoral-falloidian.**

Binet şi Marek au preconizat şi aplicat terapeutica ce în mod logic decurge din aceste constatări: **glucoterapia, medicaţia glucozată.**

Ei au injectat la epuri, la 8—10 ceasuri după începutul intoxicaţiei, intravenos, ser glucozat 40% în cantitate de 20 cc. repetate de 4—5 ori în 24 ore. Epurii netrataţi mureau toţi, pe când cei trataţi astfel se vindecau. Ei au experimentat pe câini acest tratament, cu aceleaşi rezultate surprinzătoare de bune. Astfel unui câine de 8 kgr. căruia i se dăduse o doză mortală de amanită falloides şi care era pe moarte, i se face o cantitate de 200 cc. ser glucozat 40%; — se obţine o adevărată resurecţie: câinele se scoală în picioare, sare şi latră.

Acest tratament este cu atât mai important de reţinut, cu cât nu am găsit apărute publicaţii cu aplicarea lui la om: pe de altă parte, cum vom vedea din descrierea cazurilor, la primii bolnavi nu am aplicat acest tratament şi am avut o mortalitate ridicată: la ceilalţi fiind preveniţi şi utilaţi dela început, le am aplicat din primele momente această glucoterapie intensivă (injecţii intravenoase, intramusculare, zahăr per os şi goutte à goutte rectal şi s'au vindecat cu toţii.

Cloruroterapie. Această metodă a fost preconizată de Le Calvé, din Redan, care a aplicat-o întâmplător şi a obţinut rezultate foarte bune (La Presse Médicale, 4 Novembre 1936).

In 1935 a avut să îngrijească 9 călugăriţe între 21—62 ani, care mâncaseră ciuperci. După 8 ore dela ingerare, una dintre ele prezintă dureri epigastrice, vărsături şi diaree. După 10—12 ore celelalte au colici, scaune frequente apoase-mucoase din ce în ce mai dese, vărsături alimentare, apoi bilioase cu intoleranţă absolută a stomacului. Le Calvé este chemat la 20 ore după ingerare. Fiind singur nu le face spălătură gastrică. Le dă cărbune (ce este vărsat); le dă la fiecare câte 3 stomacuri şi 7 creeri în bule, la ceas câte una ce sunt vărsate

imediat. Nu a avut ser Dujarric de la Rivière; le-a făcut injecţii stimulante (camfor, cafeină) şi ser fiziologic 1—1½ litru pe zi. După o zi starea s'a agravat: puls foarte slab, scaune sanguinolente, urini rare.

A treia zi una din ele moare.

Aducându-şi aminte de lucrările unor autori americani, publicate 15—20 ani înainte, asupra efectelor bune în varsăturile prin şoc traumatic, operator, sarcină, dispepsie, gastrită alcoolică, etc. a administrării per os, la intervale frequente, a unei mici cantităţi de apă sărată, autorul a procedat în modul următor:

A dat la fiecare jumătate de ceas, apoi la un ceas, la toate bolnavele, câte un pahar de apă cu o linguriţă de sare, în înghiţituri mici. A continuat şi injecţiile cu ser. Vărsăturile s'au oprit imediat. Le-a dat apoi apă sărată doar când aveau greaţă, pentru a preveni vărsăturile; după două zile pericolul era trecut, cele 8 călugăriţe au fost salvate.

După acest autor apa sărată are o acţiune antiuremică şi antitoxică. In intoxicaţia falloidă se produce un sindrom choleriform, cu spoliaţia chlorurilor şi chloropenie. Apa sărată per os reconstitue rezerva chlorurată. Pentru a facilita acest rezultat se fac şi injecţii intravenoase de 20 cc. soluţie hiperchlorurată 20—25%.

Roch în cazuri grave ajunge la doze mari. In 24 ore 2 litri de ser fiziologic subcutanat, 2 litri intravenos şi în plus ser hiperclorurat intravenos. Am insistat asupra sindromului falloidian de oarece el este cel mai important, cel mai grav, majoritatea cazurilor mortale fiind datorite acestui sindrom; cazurile noastre au fost datorite acestor ciuperci; pe de altă parte după cum am văzut, s'au imaginat mai multe metode terapeutice, cari pot, aplicate precoce şi corect, să dea bune rezultate.

BCU Iasi / Central University Library Iasi

II) **Sindromul hemolitic.**

Sindromul hemolitic este produs de următoarele ciuperci: **Gyromitra esculenta** (familia Helvelaceelor) şi de **sarcosfera coronaria** (familia pezises). Principiul toxic este **acidul Helvetic**; acesta este termolabil: distrus prin fierbere timp de 10 minute şi printr'o încălzire prelungită la 70°. Prin uscare, deasemeni, el pierde din puterea sa nocivă.

In Germania şi Tyrol aceste ciuperci sunt abundente şi fiind consumate crude sau puţin fierte, s'au observat multe cazuri mortale. In Franţa aceste ciuperci sunt mâncate fierte, la un foc slab, timp îndelungat, de aceea ele sunt transformate în alimente inofensive.

Sindromul hemolitic apare tardiv, după ce toxicul a ajuns în sânge. Simptomele caracteristice sunt icterul hemolitic şi hemoglobinuria prin distrugerea parţială a globulelor roşii. Bolnavii pot prezenta şi alte simptome: vărsături, diaree sanguinolentă, dispnee, opresiune, ameţeli, convulsii tetaniforme, somnolenţă, apatie.

De cele mai multe ori intoxicaţia aceasta este mortală, moartea survine în comă; uneori însă, bolnavii se vindecă.

(Urmare).

II.

Noutăţi terapeutice

Criptorchidie.

TRATAMENTUL CRIPTORCHIDIEI PRIN HORMONI GONADOTROPI.

H. Ucko din Londra expune în Paris Medical No. 32—1938 tratamentul criptorchidiei prin hormoni gonadotropi.

Schapiro în 1930 ar fi publicat primele resultate favorabile pe vreo 20 cazuri.

Hormonul gonadotrop trebue să provină din urina femeilor gravidice, adică să fie Prolan B, care este hormonul luteinizaţiei ovariene numai acest hormon gonadotrop, dintre cele cel puţin 4 cari provin 2 din lobul anterior al hipofizei şi 2 din placentă, are proprietatea de a scoborâ testiculul, acţiune specifică exercitată şi la maimuţa preadolescentă la care produce o alungire a cordonului spermatic; prezenţa acestui Prolan B în urine face diagnosticul sarcinei, dupe Ascheim-Zondek.

Autorul din studiul celor circa 500 observaţiuni cunoscute până în prezent, în special a 226 cazuri pentru care face un tablou comparativ, ajunge la următoarele concluziuni:

Prolonul B este capabil a determina alungirea cordonului spermatic şi a scoborâ un testicul ectopic; dă circa 80 p. 100 resultate favorabile; succesul depinde de natura lesiunei (lesiune endocrină complexă sau criptorchidie simplă uni sau bilaterală); tratamentul prealabil trebue în orice caz încercat, căci prepară şi uşurează o eventuală intervenţie chirurgicală prin mobilizarea cordonului; vârstea cea mai favorabilă este 9-10 ani; se injectează de 2-3 ori pe săptămână cantităţi aproximative de 500 unităţi şobolan, 2-4 seri de 12 injecţii, cu pauze de circa 2 săptămâni, sunt necesare.

Preparatele întrebuinţate pot fi: Pregnyl (Organon-Holanda), Prolan (Bayer-Germania), Antuitrin (Parke Davis-America) Glanduantin (Gedeon Richter).

Tecnica: Ampulele conţin 50, 100, 500 unităţi şobolan sub forma unei pulbere care se dizolvă în 1 ctmc apă sterilisată şi se injectează intramuscular în fesse; calea bucală este improprie; se face 1 injecţie la 2 zile, doza medie de 500 U. R. odată, de 1000 U. R. dacă este vorba de un adult; epoca cea mai favorabilă este a începe tratamentul la vârstea de 9-10 ani cu doze de 500 unităţi şoarec; sunt necesare 2-4 serii de câte 12 injecţii.

Resultatele şi modalităţile tratamentului depind de forma criptorhidiei; câteva eşecuri au fost datorate la absenţa testiculului constatată la operaţie, în orice caz tratamentul hormonal prealabil măreşte şansele favorabile ale unei intervenţiuni chirurgicale.

M. Cânciulescu

Coclusoida.

UN NOU TRATAMENT AL TUSEI COCLUŞOIDE

In comunicări şi articole repetate, între cari ultimul făcut în Presse Médicale No. 60 | 1938, *D. Laurent*, fost medic şef al centrelor de puericultură din Brazzaville (Congo), descrie un nou tratament, oare-cum specific, al quintelor de tuse măgărească, prin administrarea unei plante numite Ongekea Klaineana (Pierre).

Este un fel de arbore, a cărui scoarţă se utilizează de către indigeni la facerea unei maceraţii în care îşi scufundă copii bolnavi de tuse măgărească; copilul pe jumătate asfixiat înghite desigur din soluţie, expulsează uşor glerele şi se vindecă în scurt timp.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Autorul, utilizând un principiu uleios care se află mai ales în seminţe, a tratat cu succes diferitele afecţiuni pulmonare însoţite de tuse şi mai ales tusea măgărească.

Sedaţia fenomenelor a fost observată dela administrarea primelor doze; la copii rar a trebuit să dea mai mult de 5 doze.

In concluzie, autorul a descoperit şi a preconizat întrebuinţarea acestui nou medicament ca desinfectant pulmonar şi sedativ, cu acţiune quasi specifică în tusea măgărească.

M. C.

Mastopatiile menstruale.

TRATAMENTUL MASTOPATIILOR MENSTRUALE PRIN TESTOSTERON

In timpul ovulaţiei, care cade la mijlocul perioadei intermenstruale, şi cu 2—3 zile înainte de apariţia regulelor, la unele femei în special la cele cu un temperament excesiv, are loc o congestie dureroasă a mamelelor, totală sau localizată, cu apariţie de noduli mamari de aspect adenomatos sau kistic, dureroşi spontan sub forma unei tensiuni în masă, sau la presiune; uneori se prind şi ganglionii axilari ai regiunei corespondente.

Această congestie dureroasă se repetă la fie-care ciclu menstruali este de intensitate variabilă; dispare câtva timp şi reapare; este trecătoare sau conduce la formaţiuni nodulare asupra cărora se localizează fenomenele congestive.

In momentul de apariţie al acestor stări dureroase mamare se constată un exces de excreţie foliculinică în urină, exces care diminuă progresiv şi sufere o majorare bruscă cu 2--3 zile înainte de apariţia regulelor.

Această hiperfoliculinie, al cărei exces se elimină prin urină, este deci sub dependenţa patogenică a ovulaţiei, sub efectul căreia ovulul deslipindu-se pune în libertate foliculina conţinută în folicul; un nou exces de foliculină se degaje în momentul formării corpului galben sub influenţa luteinei.

Aceste stări dureroase ale mamelelor, a căror formaţiuni fac pe paciente să se teamă de cancer şi le conduce deseori la operaţie, au fost tratate în ultimul timp cu succes cu preparate testiculare.

Hormonul masculin ar avea o acţiune de sens contrar care s'ar opune acţiunei congestionante (asupra mucoasei uterine şi asupra mamelelor) a hormonilor femenini; sau, presupunându-se o ambosexualitate hormonală, echilibrul rupt în favoarea foliculinei şi luteinei în exces în timpul ciclului menstrual s'ar restabili prin administrarea de hormoni testiculari.

Această idee a venit lui *Demarest* şi D-nei D-r *Capitan* în urma observaţiei princeps ce relatăm în scurt:

CC-BY Universitatea Babeş-Bolyai University Library Cluj

O femee de 35 ani consultată pentru un nodul adenomatos al mamele, drepte, pe care fusese sfătuită să-l extirpe, suferea regulat în momentul ovulaţiei şi la apropierea regulelor de violente puseuri congestive ale mamelelor; un dosaj al foliculinei în urină făcut în Iunie 1936 în timpul perioadei de ovulaţie arătă 112 U. R. foliculină, şi în ajunul regulelor 217 U. R. în urină, 40 U. R. în sânge, administrându-i-se acetat de testosteron, de la o a doua injecţie inflamaţia mamară diminuă; dupe o primă serie de injecţii cu regresiunea nodulului adenomatos surveni şi o manifestă ameliorare a stării pschice generale; ameliorarea se accentuă sub administrarea lunară de 80—100 mgr. testosteron, la un moment dat nu făcu injecţiile şi congestia mamară reapăru, care nu cedă injecţiilor incepute în ziua 19 în plină congestie mamară deci dupe ovulaţie, în lunile următoare testosteronul reluat şi administrat în doze din ce în ce mai mici, de 60—35 mmgr. lunar, dar la timp adică înainte de ovulaţie conduse la dispariţia complectă a congestiilor mamare ca şi la resorbţia totală a nodulului adnomatos.

Asupra significaţiei acestei observaţiuni autorii au revenit în numeroase comunicări şi articole cu punere la punct a tratamentului preconizat, între cari în Presse Médicale No. 42 şi 60 | 1037 (Desmarest şi Capitan: Mastopathies et acétate de testosterone) şi Semaine des hôpitaux de Paris No. 11 | 1938 (Desmarest: Le traitement des mastopathies par la testostérone); iar recent A. *Tailhefer* a publicat resultatul cercetărilor sale (A. Tailhefer: Resultats du traitement de quelques mastopa-

thies par le propionate de testostérone), în Paris Médical No. 38 | 1938.

Până în prezent se precizează următoarele noţiuni:

TECNICA: tratamentul trebue să fie continuu, de lungă durată; — se în cepe cu doze mari, se trece la doze mici, se revine la doze mari de îndată ce fenomenele dureroase reapar; — se face la anumite epoci şi anume se începe la 10 zile dupe debutul regulelor, prin injecţiuni intra-musculare care se reînoesc la 2—3 şi chiar 4 zile, se opreşte cu 2 zile înainte de apariţia regulelor.

Dozele şi *intervalul* dintre injecţii se regulează dupe efectul tratamentului, în orice caz dozele mari sunt proscrise; Tailhefer administrează de 2 ori pe săptămână câte 10 mgr. de propionat de testosteron între a 8 şi 20 zi după menstruaţie; 60 — 100 mgr. pe lună sunt dozele obişnuite favorabile.

Efectele se fac simţite cu precădere asupra durerii care dispare, asupra tumefacţiei congestive care diminuă cu încetul până a nu se mai produce şi care nemai reproducându-se poate conduce la dispariţia nodulilor pe cale de formaţie, dar odată constituit adenomul sau kistul lesiunea nu mai retrocedează şi tratamentul efectiv pentru formaţiunile chistice rămâne puncţia, la nevoe de repetat; un efect extrem de favorabil se manifestă şi asupra stării generale, asupra funcţiunei menstruaţiei care se normalizează, asupra echilibrului sufletesc care se stabilisează.

M. C.

Nevralgii.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

INJECŢIILE INTRA-DERMICE DE APĂ DESTILATĂ FĂCUTE PE LOCUL DUREROS, CA TRATAMENT AL NEVRALGIILOR TORACICE

Metoda a fost preconizată de *Janicot* în teza sa din Lyon, făcută în 1932, şi vulgarizată de Prof. *Aron* dela Şcoala de Medicină din Tours.

Calea intradermică, cu diferite substanţe, a mai fost utilizată de diferiţi autori cu acelaş succes, intre alţii cu injecţiuni intradermice de histamină de Lenormand in boala lui Renaut, claudicaţia intermitentă ş. a.; de Weissenbach în reumatismul acut sau cronic.

P. Lucciardi, medic al unui Sanatoriu de tuberculoşi, Sanatorium des Cheminots de la Ris-Orangis, a încercat injecţiile de apă destilată făcute intra-dermic pe locul dureros în diferitele nevralgii survenitela tuberculoşi şi descrie tecnica întrebuinţată şi rezultatele dobândite în Presse Médicale No. 88/1937.

Se injectează ½—1 ctmc. apă destilată în derm, pe locul durerii maxime, dupe asepsia prealabilă; papula regulată, albă care se formează, înconjurată de o zonă roşie eritematoasă, este însoţită momentan de o senzaţie de arsură vie, care încetează după 2—3 minute şi cu ea durerea iniţială.

De obiceiu o singură injecţie este suficientă; rar se recurge la 2—3 injecţiuni la intervale de o zi.

Este de remarcat instantaneitatea anesteziei.

Autorul nu poate da explicaţia de acţiune a acestui tratament, ci aduce numai constatările făcute cu această terapeutică simplă, eficace şi la îndemâna tutulor practicienilor.

M. C.

INJECŢIILE INTRADERMICE DE SANGE IN DUREREA REUMATISMALĂ

I. L. Calvé în Presse Médicale No. 49/1938 expune o nouă metodă de tratare a durerii reumatismale acute sau cronice, a durerilor reflexe, a nevritelor sau nevralgiilor ş. a.

Se bazează pe procedeul injecţiei intradermice care prin introducerea unei soluţii oare-care, chiar de apă distilată sau aer, dilacereză ţesuturile şi pune în libertate histamina, dotată de proprietăţi antalgesice.

Autorul recurge la sânge, autosânge, la îndemână şi care mai are proprietatea de a produce un uşor choc desensibilizant, de a întări imunitatea şi de a excita ţesutul reticulo-endotelial; în afară de aceasta pentrucă între produsele de proteoliză cu aminogeneză ale sângelui se află şi histamina.

Se complectează injecţia intradermică cu introducerea restului de sânge în profunzime, pentru a utiliza efectele unei autohemoterapii complecte.

Technica: se introduce într'o seringă de 20 ctc. 1 ctc. soluţie de citrat de sodiu 10 p. 100; se trage sânge în siringă, se injectează pe locul dureros cu un ac cu diametru mic şi cu vârf teşit câteva picături în derm, de obiceiu în coroană în jurul punctelor dureroase, la 1—3 ctm. şi câteva în zona înconjurătoare.

Se recomandă intervenţia în mai multe regiuni, precum la nivelul diferitelor puncte dureroase sciatice, in cursul unei şedinţe.

Se reînoesc şedinţele la interval de 4 zile; 2 până la câteva şedinţe sunt deobicei suficiente pentru a vindeca afecţiunea dureroasă.

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

In cele 45 cazuri de durere reumatismală sau reumatoidă (4 lombartrii şi reumatisme sacro-iliace, 2 lombago, 5 coxartrii, 5 periartrite scapulo-humerele, 9 sciatice, 1 nevralgie brachială, 10 reumatisme subacute, 7 reumatisme cronice, 2 reumatisme deformante) tratate, rezultate au fost excelente, încetarea durerii şi a afecţiunei reumatismale fiind obţinută în timp scurt, de câteva zile.

La 42 bolnavi autorul a asociat autohemoterapiei intradermice şi profunde şi injecţii de ampule de 2 ctmc. de un ulei sulfurat natural, conţinând fiecare ampulă 2 ctgr. 34 de sulf organic, în număr de 10—20.

Această medicaţie sulfurată, care dedese rezultate bune şi singură, pare că întăreşte acţiunea intradermo şi autohemoterapiei.

M. C.

Plăgi.

PANSAMENTUL CITOFILACTIC AL PLAGILOR

Cicatrizarea unei plăgi este împedicată prin 2 cauze: prezenţa unui antiseptic, care cu bacterioliza produce şi un proces de citoliză; compresa cu care se acoperă plaga, care când se schimbă ridică cu ea un număr enorm de elemente tinere de neoformaţie, limfocite şi celule epiteliale.

Metoda citofilactică constă în a favoriza procesul natural de vindecare al unei plăgi prin pulverizarea la suprafaţa ei a unei soluţiuni

citofilactice precum clorur de magneziu 12%, iar în plăgile atone recurgând şi la mijloace generale precum vaccinaţia, alimentaţie, cloruraţia, ş. a.

D-l D-r *Al. Crăiniceanu,* conferenţiar la facultatea de medicină din Bucureşti, la Societatea de Chirurgie din Bucureşti în şedinţa din 12 Ianuarie 1938 a propus suprimarea compresei directe aplicate pe plagă şi înlocuirea ei cu un pansament protector, care izolează plaga; se aplică în jurul plăgii un inel de tifon hidrofil, confecţionat ad hoc şi sterilizat, fixat de piele cu o soluţie oare-care adesivă; pe deasupra se aplică 2-3 comprese, care astfel nu mai vin în contact cu plaga, vată şi faşa.

Această metodă de izolare a plăgii permite aplicarea repetată şi cu uşurinţă a soluţiei citofilactice şi îndepărtează traumatismul determinat de ridicarea compresei.

M. C.

Prurit anal.

TRATAMENTUL PRURITULUI ANAL PRIN INJECŢIUNI INTRA-DERMICE DE HISTAMINĂ

Andre Cain în Presse Médicale No. 88 | 1937 publică resultatul încercărilor sale de tratament al pruritului anal cu injecţiuni intradermice de histamină.

Concluziile se bazează pe tratarea a 95 cazuri, dintre cari numai 20 se referă la pacienţi cu prurit persistând dupe sclerozarea hemoroidelor sau dupe resecţia mariştilor, celelalte fiind cazuri de prurit esenţial.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Tecnica: se întrebuinţeaza o soluţie de biclorhidrat de histamină, dozată la $^1/_2$ mgr. pe 1 ctmc.; injecţia se face indradermic; de jur împrejurul anusului la 2 mm. până la 2 ctm. de marginea orificiului; dela 3—6 injecţii într'o şedinţă se fac zilnic, până la dispariţia pruritului; de obiceiu o şedinţă ajunge, dar tratamentul se prelungeşte încă câtva timp şi după dispariţia pruritului, la interval de 2—3 zile; local injecţia trebue făcută strict în derm, dând roşeaţă, bula de oedem şi areolă eritematoasă.

Acţiunea se exercită desigur prin contactul substanţei cu terminaţiile nervoase din derm.

In afară de fenomenele locale constând într'o durere vie cu sensaţie de arsură care trece rapid, survin în 10 p. 100 de cazuri reacţiuni generale ca congestia feţei, salivaţie, greaţă, urticaria.

De obiceiu mâncărimea dispare către a 4 injecţie.

Cu amendarea pruritului survine somnul şi amendarea lesiunilor cutanate locale.

Din 975 cazuri, autorul a avut numai 7 eşecuri, dintre cari 2 pentrucă bolnavii n-au urmat regulat tratamentul.

In câteva cazuri recidivele survenite au fost jugulate prin 2—3 injecţii.

Numai la 3 bolnavi nu s'a putut relua tratamentul din cauza stabilirii unui fel de sensibilizare la histamină, locală şi generală.

M. C.

III.

Cărţi — Monografii — Teze

Româneşti.

CURA HIDROMINERALA IN INFECŢIUNILE APARATULUI URINAR

de

Docent M. POPESCU-BUZEU

Monografie de 60 pagini, Editura autorului Bucureşti 1938.

Această monografie reprezintă o punere la punct complectă a curei de diureză în infecţiunile aparatului urinar, dupe experienţa personală de 12 ani a autorului ca practician urolog şi hidrolog la Bucureşti şi la Olăneşti.

BCU Iasi / Central University Library Iasi

In INTRODUCERE se face istoricul general al administrării de ape în decursul secolelor, cu aplicare şi la ţara noastră, prin citarea în cursul tratării diferitelor capitole a numeroaselor lucrări româneşti de hidrologie, personale sau ale altor autori.

In CONSIDERAŢIUNI GENERALE ASUPRA INFECŢIUNILOR URINARE se studiază pe rând *Flora infecţiunilor aparatului urinar* în supuraţiile perineale, abcesele corticale, pielite, pielonefrite, pionefroze — *Corelaţiunile între flora microbiană, localizarea infecţiunilor şi gravitatea clinică — Terapeutica hidrominerală, pH urinar şi flora microbiană* a infecţiunilor aparatului *urinar.*

In CONSIDERAŢIUNI GENERALE ASUPRA TERAPEUTICEI HIDROMINERALE se studiază *Circuitul apei în organism* (acţiunea declorurantă şi acţiunea asupra sistemului excretor pielo-ureteral, efectele antimicrobiene, efectele trofice de ordin antitoxic şi antianafilactic.

In CURA DE DIUREZĂ ÎN PRACTICĂ se expune *Studiul bolnavului* (cercetarea urinei, cercetarea funcţiunei renale, tensiunea arterială, probele de eliminare ale apei), *cum se face cura* (calitatea apei de băut, timpul în care trebue ingerată apa, poziţia în care trebueşte luată apa, temperatura apei), *Accidentele observate în timpul curei de diureză.*

In INDICAŢIILE ŞI CONTRA INDICAŢIILE TRATAMENTULUI HIDROMINERAL ÎN INFECŢIUNILE APARATULUI URINAR se trec in revistă toate afecţiunile urinare în care este indicată sau contraindicată cura de diureză.

In TERAPEUTICA HIDROMINERALĂ A INFECŢIUNILOR URINARE ASOCIATE CU ALTE AFECŢIUNI, se amintesc *afecţiunile hepatice, intestinale, ginecologice, reumatice*—cari comandă *Tratamente adjuvante* (locale, antiseptice regim, balneaţie), şi luarea în considerare a *factorului psichic*, de foarte mare valoare.

O BIBLIOGRAFIE GENERALĂ, care a citat în cursul tratării 45 lucrări speciale, precum şi un TABLOU, al principalelor isvoare minerale diuretice din România, închee lucrarea.

Remarcăm în deosebi în această lucrare pe care ar trebui să o citească fie-care medic practician, capitolul care tratează despre *cura de diureză în practică.*

Aci se vede că, nu este de ajuns când trimitem un bolnav să facă o cură de diureză sau îl primim într'o staţiune balneară, să-i luăm numai tensiunea arterială şi să aruncăm o privire fugitivă peste un buletin de examen urologic — cari şi acestea trebue făcute şi interpretate cum trebue în legătură cu starea generală a pacientului — ci să supunem bolnavul la anumite probe de cercetare a funcţiunei renale, şi la anumite probe de eliminare ale apei, probe de explorare funcţională absolut indispensabile dacă vrem să desbrăcăm cura de diureză de empirismul de până acum.

De aceea am prevăzut între *Probele funcţionale în patologie*, în cuis de apariţie în coloanele acestei reviste, pe acelea aplicabile în Hidro-Balneologie, cari prezintă tot atâta interes ca toate celelalte probe aplicabile în explorarea funcţională a oricărui organ sau aparat în parte.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Şi am rugat pe D-l Docent D-r Popescu-Buzău, autorul acestei excelente monografii să redacteze „Probele de explorare funcţională în hidrologie".

Prin lucrarea de faţă autorul se aşează între cei mai distinşi medici hidro-balneologi români, cari mănuesc în mod ştiinţific această eficace armă terapeutică.

M. Cânciulescu.

* * *

PROFILAXIA CECITĂŢII IN ROMÂNIA

de

Docent D-r BLATT, Bucureşti

In cadrul unei anchete intreprinse în diverse ţări de către Asociaţia internaţională pentru profilaxia cecităţii, autorul prezintă o lucrare bazată pe numeroase date culese din statisticile speciale mai vechi şi mai recente. Astfel concepută şi realizată, această lucrare devine un document util care ne dă o privire generală asupra evoluţiei şi stărei actuale a organizaţiei profilaxiei cecităţii în România.

In cele cincizeci de pagini ale raportului său, autorul adoptă ca plan de tratare chiar chestionarul trimis de Prof. Lapersonne şi îşi imparte lucrarea în 6 capitole din care vom extrage un succint rezumat.

1. Generalităţi. 2. Statistici. 3. Legislaţia. 4. Resursele financiare. 5. Organizaţia administrativă. 6. Propaganda.

La o populaţie de aproape 19.000.000 de locuitori existau în România

în anul 1935, 13.689 de orbi adică aproximativ 0,72 %, din care cea mai mare parte pierduseră vederea sau dela naştere sau către 50—60 ani. În adevăr trecând în revistă cauzele cecităţii, autorul relevă pe cea mai importantă, oftalmia purulentă a noilor născuţi şi dă ca explicaţie a faptului neaplicarea sistematică a metodei Crede nelegiferată încă în ţară. În al doilea rând ar veni cataracta şi glaucomul şi abia la urmă trachomul, împotriva căruia s'a luptat cu succes. Lepra şi pelagra figurează şi ele printre cauzele posibile ale cecităţii. Afecţiunile sifilitice şi tuberculoase ale ochiului se înscriu într'o statistică din 1927, primele cu 900 iar ultimile cu 229 cazuri de orbire, în afară de acestea autorul mai citează printre cauzele cecităţii anomaliile congenitale, viciile de refracţie şi traumatizmele. Împotriva acestor trei grupe de cauze mai ales, măsurile de profilaxie vor obţine un real succes prin supravegherea de aproape a şcoalei, armatei, şi atelierelor din indusrtii, din punct de vedere hygienic.

Al treilea capitol al lucrării, rezervat legislaţiei, ne pune la curent cu eforturile depuse de către stat în acest scop, dându-ne o privire generală asupra stărei actuale a profilaxiei cecităţii din România.

Astfel există în România, unde vaccinaţia este obligatorie încă dela 1875, un regulament special pentru profilaxia şi tratamentul maladiilor venerice, precum şi echipe sanitare volante organizate de către Crucea Roşie în regiunile mai infectate.

Profilaxia boalelor infecţioase este asigurată prin „Codul legislativ sanitar" care stabileşte măsuri de profilaxie împotriva fiecărei maladii infecţioase. Pentru profilaxia trachomului există un regulament special iar în contra tuberculozei s'au organizat diverse asociaţiuni ştiinţifice care prin instituţiile lor clinice aduc un real aport în opera de combatere a acestui flagel social.

Pentru evitarea accidentelor de muncă, au fost elaborate legi speciale care să impună diverselor industrii respectarea prescripţiunilor pentru prevenirea accidentelor. Tot în acest scop mai funcţionează în Bucureşti un institut de orientare profesională.

Şcoala şi armata, două instituţii în care viţuirea în comun favorizează dezvoltarea şi propagarea maladiilor contagioase, sunt de aproape supravegheate prin diverse legi elaborate în acest sens. Astfel a putut fi stăvilit trachomul pentru tratarea căruia armata posedă spitale speciale.

Un punct slab al organizărei profilaxiei îl relevă autorul în lipsa claselor pentru ambliopi.

În ceace priveşte ameliorarea stărei nenorocite a celor care şi-au pierdut vederea, statul a creat pensiunile şi şcolile pentru orbi, care însă şi ele sunt până în prezent insuficiente ca număr.

Dar pentru întreaga operă de profilaxie a cecităţii, statul acordă fonduri din ce în ce mai mari care vor permite în curând sporirea realizărilor în acest domeniu.

Ultimul capitol al lucrării se ocupă de problema propagandei care poate fi realizată pe două căi: calea oficială prin legi şi deciziuni ministeriale şi calea socială, prin publicaţiuni, conferinţe, radiodifuziune. În acest din urmă domeniu, însuşi autorul îşi aduce aportul său important prin articolele şi prin conferinţele sale.

Răspunsul D-lui D-r Blatt mai e îmbogăţit cu două grafice şi o hartă. Graficele dau: unul cifra orbilor după vârstă, iar celălalt aceaşi cifră după cauzele cecităţii; harta ne arată situaţia diverselor regiuni în ceace priveşte numărul de orbi, deasemenea răspunsul mai e presărat cu numeroase sugestiuni persoanle, ceace îl face să depăşească cadrul restrâns al unui raport şi să devină o lucrare de documentare pentru oricine îl interesează problema profilaxiei cecităţii.

M. M. R.

* * *

ELEMENTE DE PEDIATRIE ŞI PUERICULTURĂ

de

Prof. GH. POPOVICIU

Vol. 3, Partea I şi II, Tip. Lumina Cluj, 1938

Cu aceste 2 fascicole cari încep volumul III, distinsul pediatru dela Cluj, care este D-l Prof. Gh. Popoviciu, directorul clinicei infantile a facultăţii de medicină din Cluj, continuă „ELEMENTELE DE PEDIATRIE ŞI PUERICULTURĂ" ce face să apară din anul 1936.

Volumul III_1 tratează **Patologia infantilă** (inclusiv **Semiologia şi Terapia** specială) şi anume Bolile noului născut şi Bolile de nutriţie.

Volumul III_2 tratează **Bolile infecţioase**, ale aparatului respirator şi infecţioase propriu zise (specifice, acute şi cronice.

Acestor 2 prime fascicole vor urma încă 2, III 3 şi III 4, în prezent sub tipar; ele vor întregi restul materiei.

In prezentarea primelor 2 volume, ce am făcut în coloanele No. 9—10/1937, nu aveam viziunea de totalitate pe care o deschide apariţia ultimelor 2 fascicole apărute până în prezent din acest „Tratat elementar de Pediatrie şi Puericultură".

La acea dată făceam mai mult reflecţiuni de ordin general asupra utilităţii pentru studenţi a unor tratate condensate în cari elementele nu pot fi expuse decât în mod rezumativ.

Este o părere personală pe care o contrazice în primul rând apariţia necontenită a manualelor tratând materia diferitelor discipline, manuale excelente pe care le preferă marea majoritate a studenţilor, caşi a cetitorilor în general.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Şi chiar logic ca să se înceapă cu noţiunile elementare şi să se treacă mai târziu la complexul detaliilor.

Preferinţa mea sărea etapele; or, natura non facit saltus; sau le face în mod excepţional numai ca să confirme regula; iar datoria profesorului şi intenţia oricărui autor, este să aibă în vedere în primul rând pe cei mulţi, nu pe cei câţiva puţini.

Mă grăbeam să adaog încă în cursul acelei prezentări că consideraţiile mele nu scad întru nimic valoarea documentară a acestei lucrări, în care frământarea imensului material poartă pecetea autorului care vine cu o contribuţie originală sau cu expunerea unui punct de vedere personală la fiece capitol.

Este o calitate rară pe care nu o întâlnesc des la numeroasele lucrări, ce de ani de zile prezint publicului medical românesc, care se pune în evidenţă pe măsura apariţiei noilor fascicule.

Când toate volumele vor fi apărut, ne rezervăm datoria de a reveni, făcând o prezentare de ansamblu a întregei lucrări, care cinsteşte literatura medicală românească.

Coeficientul de originalitate al unui autor creşte pe măsura cunoştinţelor multiple asimilate; or, pediatrul dela Cluj, pe lângă cunoştinţele de specialitate, mai posedă pe cele de fiziologie şi farmacologie generală, cari au făcut materia unor cursuri predate la facultate în decurs de câţiva ani.

Acestei erudiţii puse în slujba pediatriei se datoreşte excelenta

punere la punct a „Probelor funcționale în Pediatrie" cu care savantul pediatru dela Cluj și-a început colaborarea la „Mișcarea Medicală Română", în comitetul de redacție al căreia a bine-voit a intra.

Este o nouă personalitate medicală românească de valoare care se strânge în jurul publicației noastre.

M. Câncinlescu.

* * *

TITLURI ȘI LUCRĂRI ȘTIINȚIFICE

de

I. GLĂVAN

Tipografia Românească, Oradea, 1937.

Intr'o broșură de 24 pagini D-l Doctor I. Glăvan, medic primar al serviciului de boale de ochi din Spitalul de stat din Oradea și director al revistei „Vestul Medical", expune studiile făcute, titlurile obținute și activitatea științifică efectuată până în prezent.

Desprindem din „Studii și titluri" că D-sa a funcționat în clinica de ochi din Cluj de sub direcția D-lui Prof. Mihail în calitate de preparator și asistent dela 1920 până la 1930; — a mai funcționat, în interval, ca medic șef al secției de boale de ochi a spit. militar din Cluj, ca medic secundar și medic șef al spit. de ochi „Avram Iancu" al Soc. Orfanilor de răsboiu, ca medic oculist al ambulatoriului Casei cercuale din Cluj; — dela 1930 este medic primar prin concurs al serv. de ochi al spitalului din Oradea.

Din „Lucrări", aflăm că D-l D-r Glăvan a produs:

6 cărți, între cari „Cum să ne creștem copii" premiată de M-terul Sănătății publice, de Cartea Românească și de Academia Română; „Noțiuni de refracție oculară" și Dicționarul sănătății, carte de 804 pagini cu 411 figuri în text, premiată de Academia română și care reprezintă un fel de „Larousse medical" românesc; aceste ultime 2 lucrări au fost semnalate în mod elogios, la timp, în coloanele revistei noastre; —

29 articole științifice, în diferite reviste și buletine de congrese românești, dintre care 4 în revista „Mișcarea Medicală Română"; —

47 comunicări făcute în Societățile medicale științifice din Cluj, București și Oradea; —

15 *articole de popularizare;* —

7 conferințe; —

o bogată activitate ziaristică, în diferite cotidiane sau periodice din țară.

Prin urmare, o activitate neîntreruptă de ordin practic, îndreptată într'o singură direcție, care face din D-l D-r Glăvan unul din cei mai reputați oftalmologi români.

Și o activitate științifică variată care așează pe D-l D-r Glăvan între cărturarii de seamă ai țării noastre.

In domeniul oftalmologiei D-sa a activat în toate direcțiile, publicând cazuistică rară; scriând cărți de vulgarizare științifică precum „Cum orbim", sau „Cum vedem", apărute în Biblioteca „Cunoștințe folositoare" și articole de Istoria medicinei românești, precum „Oculistul D-r G. Crăiniceanu" sau „Oculistul D-r Iosif Fabricius", sau „Vechea terapeutică oculară românească" ș. a.

Prin numeroase articole de popularizare D-sa a eșit însă din domeniul oftalmologiei, aplicându-se a vulgariza noțiunile cele mai utile de medicină practică.

D-sa poate fi considerat împreună cu decedatul de curând Doctor Igrec, autorul dicționarului medical „Medicul nostru" printre cei mai buni autori români de popularizare a medicinei.

Printr'o bogată activitate ziaristică, desfășurată în cadrul a numeroase publicațiuni fără caracter medical, D-l D-r Glăvan s'a mai relevat ca un publicist de mari proporțiuni, cunoscător al tainelor ziaristicei.

Acestei calități se datorește felul remarcabil cum a asigurat și continuat scoaterea revistei „Vestul Medical" de care am pomenit în numeroase rânduri în cadrul revistei noastre și care a eșit regulat la datele hotărâte, prezintă un conținut variat într'un format redus, cuprinde toată mișcarea medicală a țării dela granița de Vest, având astfel un scop precis, pe care îl urmăreșște cu tenacitate prin federalizarea tutulor societăților medicale din acele ținuturi și prin gruparea tutulor medicilor din acele părți.

La îndeletnicirile spirituale D-l D-r Glăvan unește astfel calități de energie și de caracter care sunt necesare în primul rând conducătorilor și deschizătorilor de orizonturi, de caracter medical, național și social.

La granița de Vest putem astfel considera pe acest fiu al Olteniei (D-sa este din părțile Mehedinților) ca un reprezentant dintre cei mai autorizați ai medicinei românești și cel mai indicat pentru zilele de azi.

M. Cânciulescu

Notiță terapeutică

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Un nou agent terapeutic în hyperazotemii și hypercholesterolemii: Cynara Scolymus (anghinara)

Deși extractul de Cynara Scolymus (artichaut cultivé, anghinară) n'a intrat în arsenalul terapeutic de cât abia de câțiva ani, el ocupă astăzi primul loc în tratamentul diatezei precipitante sub toate manifestările ei atât de variate și având totuși un caracter comun: excesul de cholesterol sanguin și tisular. Vom releva acțiunea cynarei — de covârșitoare importanță — a) asupra metabolismului ureii și b) asupra metabolismului cholesterolului.

a) Leon Tixier și Marcel Eck, izbiți de frecvența cu care observau semne de retenție azotată, fără cea mai mică creștere a ureii sanguine, administrează, în aceste cazuri, extractul de cynara. Studiul zilnic al eliminărilor ureice la bolnavii prezentând aceste stări, arată o augmentare adesea considerabilă a ureii eliminate sub influența tratamentului . Mai mult încă: se vede tabloul paradoxal al unei regresiuni a semnelor toxice, în timp ce procentul ureii sanguine crește.

b) Ca și în cazul ureii, măsurarea cholesterolemiei, a dat rezultate aparent paradoxale, în cursul tratamentului cu cynara la bolnavi cu exces de cholesterol tisular sau sanguin. Într'adevăr, destul de des, la începutul tratamentului, se observa o adevărată descărcare cholesterolică, precedând revenirea la normal.

Sub acțiunea tratamentului cynaric, puterea cholesterolitică crește.

Concluziuni. Cynara este o medicațiune activă, deși complect netoxică, în hyperazotemie și hypercholesterolemie. Clinic, se observă o stabilizare sau regresiune a manifestărilor puse în mod clasic pe seama sclerozei arteriale. Biologic, extractul de cynara mărește ureogenesa și permite transformarea în uree netoxică, a deșeurilor azotate toxice — cauza unora dintre turburările prezentate de ateromatoși.

Extractul de cynara mai mărește puterea dizolvantă a serului pentru cholesterol; deasemenea, permite să se împiedece precipitările cholesterolice tisulare și să se rezoarbă cele existente.

Buletinul Spitalului de boli mintale şi nervoase din Cernăuţi

Anul I, 1938, Tip. „Glasul Bucovinei" Cernăuţi

In anul acesta a apărut sub îngrijirea D-lui *D-r Gh. Constantinescu*, medic primar, şi prin mijloacele proprii ale spitalului, primul număr din *Buletinul Spit. de Boli Mintale şi Nervoase din Cernăuţi.*

In „Cuvânt înainte" se arată că acest buletin va avea în vedere în primul rând studiile statistice, din cari se pot trage învăţăminte preţioase asupra repartiţiei acestor bolnavi în regiuni, a boalelor sociale cari i-au adus în spital, a încercărilor eventuale de profilaxie pe teren a acestor boale şi de tratament curativ în spital al bolnavilor, a condiţiunilor tecnice de lucru în spital.

Astfel se va atinge desigur scopul primordial de a expune *„Situaţia Bucovinei din punct de vedere al morbidităţii neuro-mintale şi a profilaxiei"* acestei morbidităţii, intenţie nespus de lăudabilă.

Legătura cu spitalele de specialitate din ţară şi străinătate va urma dela sine şi spitalul îşi va putea asigura astfel un *„Schimb"* preţios nu numai de specialitate, ci şi cu alte organe de publicitate, cari vor întregi astfel o *„Bibliotecă"* utilă, pe care budgetul redus al spitalului nu ar putea-o plăti.

In această bibliotecă trebue să se găsească şi colecţia revistei „Mişcarea Medicală Română" care s'a trimis ani în şir D-lui D-r Chr. Deculescu, pe atunci numai medic primar; primirea devenind gratuită, D-sa o va fi vărsat desigur instituţiei sale, cu al cărei organ de publicitate suntem bucuroşi a face de acum înainte „Schimb", prin reciprocitate.

Ca cuprins, după ce D-l D-r Chr. Deculescu, directorul din ultimi 7 ani ai acestei mari instituţiuni cu budget de milioane, cu 58 persoane medical technic şi auxiliar şi cu 79 personal administrativ, face *Istoricul Spitalului* şi expune în 2 fotografii „Pavilionul administraţiei" şi „Bucătăria spitalului"—fotografii cu noţiuni ce reprezintă cari ar fi fost preferabil să fie înlocuite cu altele redând vederea de ansamblu a întregei instituţiuni, cu pavilioanele ei de bolnavi în primul rând,—urmează documentat, cu conclusiuni deduse din consideraţiunile generale şi judicioasele observaţiuni făcute asupra numeroaselor tabele statistice prezentate, *Studiul statistic al mişcării bolnavilor mintali de la 1933—1937 din Spitalul Cernăuţi*, făcut de D-l Dr. Gh. Constantinescu, medic primar al unuia din cele 3 servicii; şi *Studiul statistic al mişcării bolnavilor internaţi în serviciul neurologic dela 1933 — 1937*, făcut de D-l D-r Vasile Epargeşi, medic secundar.

O Cronică şi Informaţiuni asupra Spitalului termină această lăudabilă primă sforţare, al cărui întreg merit de realizare revine D-lui D-r Gh. Constantinescu, şi în parte şi D-lui Director care a finanţat-o, şi asupra căreia promitem a reveni, dacă mijloacele Instituţiei îi vor putea asigura apariţia în viitor.

M. Cânciulescu

BCU Cluj / Central University Library Cluj

FEUILLETS MEDICAUX

ENCYCLOPEDIE PERMANENTE MEDICO-CHIRURGICALE

Librairie Maloine, Rue de l'Ecole de Médecine 27, Paris

Librăria Maloine, din Rue de L'Ecole de Médecine 27 Paris, face să apară din anul 1936 o enciclopedie medicală capabilă să procure imediat o desluşire indispensabilă.

Progresele ştiinţei medicale obligă pe practician să se ţină la curent; absorbit de clientelă sau de cercetării ştiinţifice, el nu are timp şi nici posibilitate a se încărca cu tratate şi enciclopedii.

De aceea fără volume compacte şi nici capitole multiple, librăria Maloine a stabilit o formulă de ediţie care permite a constitui şi a ceti fără perdere de timp o enciclopedie condensată.

20 foi medicale apar în fiecare lună, cari se citesc uşor şi se clasează şi mai uşor alături de cele deja apărute, sub coperte procurate în mod gratuit de librărie, îmbrăcate în quasie-piele roşie sau verde cu închizătoare metalică creiată în mod special.

Intr'o foae, sau 2 pagini, se studiază o chestiune în care terapeutica este în particular desvoltată.

Foile medicale sunt indispensabile; ele sunt mai puţin costisitoare şi ţinute mai la curent decât oricare din publicaţiile existente.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La o simplă cerere librăria trimite în mod gratuit mai multe specimene din aceste foi.

Aceste foi sunt scrise de cei mai eminenţi profesori şi doctori specialişti ai facultăţilor din Paris, Bordeaux, Lille, Lyon, Marsilia, Montpellier, Nancy, Strasbourg şi Toulouse.

Această enciclopedie apare în numere de 20 foi, 12 numere pe an, cu numeroase ilustraţii originale; foile sunt perforate ca să fie aşezate lângă cele anterioare între 28 cartoane intercalare de culoare diferită; grafice, desenuri, fotografii şi radiograme complectează textul; de asemenea planşe în culori de o exactitate riguroasă.

Primul număr de 20 foi medicale a apărut în Octombrie 1936.

Abonamentul pe un an, la numerile deja apărute sau la cele în curs de apariţie prin buletin de subscripţie, este de 325 fr., adică circa 1500 lei; classorul în pânză maroquin cu intercalarele sale în valoare de 50 fr., fiind procurat gratuit.

Regretăm a nu putea reproduce formatul sau parte din textul foilor acestei minunate enciclopedii medicale franceze, pentru a da o idee publicului medical românesc de avantagiile nepreţuite de ordin ma- din Paris, care la simplicitate de mănuire practică adaogă claritatea spiritului latin şi cunoştinţele în progres continuu ale medicinei franceze.

M. Cânciulescu.

* * *

CONFERENCES D'ORTHOPEDIE ET DE CHIRURGIE INFANTILE.

par

BARBOZA VIANNA

Professeur de clinique chirurgicale infantile et orthopédique à la Faculté de médecine de Rio de Janeiro

Est. Graf. Munia, Rue de Janeiro — Brazil 1936.

In această carte profesorul *Barboza Vianna* comunică conferinţele ce le-a ţinut la Universitatea din Paris ca delegat al Institutului Franco-Brazilian de înaltă cultură.

Augusto Paulino, Profesor la clinica chirurgicală a Facultăţei de Medicină din Rio de Janeiro face prefaţa acestei lucrări, şi arată meritele discipolului său, care este autorul acestei cărţi.

In prima conferinţă despre: *Luxaţia congenitală a şoldului*, Prof. Barboza aduce un mare serviciu ţărei sale arătând că această afecţiune care în Europa face numeroase victime este nu numai în descreştere în Brazilia dar va deveni o raritate. — Probabil intervine în Brazilia noţiunea vitaminizantă a climei şi explică ast-fel origina rachitică a afecţiunei; rachitizmul în Brazilia este o raritate.

Ca *Tratament al piciorului varus eguin congenital* recomandă o metodă personală de transplantare osoasă; foarte apreciat de Prof. I. Ombredane.

In conferinţa asupra: *Aparatelor amputaţilor*, se prezintă studiile profesorului Barboza Vianna asupra mecanicei mersului, şi insistă asupra: „*Protezel Brasiliene*" care redă mutilaţilor posibilitatea de a se servi de aparate de proteze utile. — S'a filmat apoi aparatele de proteză ce le-a arătat prof. Barboza Vianna.

In scurta sa conferinţă asupra *Deformaţiei lui Dupuytren-Madelung*, lucrare care a fost premiată de Academia naţională de Medicină, se poate vedea spiritul de observaţie şi de critică al autorului.

In ultima conferinţă asupra: *Anestezieî cu avertină la copii*, cu date statistice, arată valoarea acestui anestezic, în urma acestei comunicări autorul este numit membru al Societăţei franceze de Anestezie.

In „Prefaţă" A. Paulino arata că Profesorul Barboza Vianna a desfăşurat o intensă activitate ştiinţifică, a dat concursuri strălucite, a făcut numeroase lucrări; iar cursurile de la Institutul Franco-Brazilian din Paris, de la Societatea franceză de ortopedie şi cele dela Bruxelles, au făcut să fie ales membru onorific, care este cea mai mare distincţie şi unica ce s'a dat chirurgilor sud-americani.

Este de remarcat originalitatea punctelor de vedere şi claritatea de stil a acestor „Conferinţe" adevărate lecţii de catedră, din care se relevă maestrul stăpân pe materia ce a frământat în numeroase lucrări, posesor de titluri care l-au purtat în vârful scării erarhice din ţara sa.

M. Cânciulescu

* * *

CAILE RESPIRATORII, GURA ŞI URECHEA DIAGNOSTIC IN FORMA DE TABLOURI

de

D-r ALEXANDER CEMACH

Wiena, Editura Wilhelm Maudrich 1936, In România, Libraria Medicală H. Welther, Sibiu, Str. Regina Maria 28. Preţul volum legat, 630 lei (Reducerea de 25% pentru România este deja scăzută).

Autorul este o distinsă personalitate în oto-rino-laringologia vieneză. Autor a nenumărate manuale, el este inovatorul terapiei cu raze infra-roşii, în tuberculoza otică şi creatorul lămpii „Solux", indispensabilă în cabinetul oto-laringologului.

BCU Iasi / Central University Library Iasi

Cartea recentă nu are pretenţiunea unui manual, după însăşi mărturia autorului, ci este doar un întregitor al admirabilelor manuale de oto-laringologie, atât de numeroase în limba germană; se aseamănă cu Precis-urile franceze, având în plus, pe lângă 370 de ilustraţiuni în culori naturale, 38 de tablouri sinoptice, în care accentul e pus mai cu deosebire pe amănuntul de diagnostic diferenţial. Marele avantaj al acestui mod de expunere în tablouri sinoptice constă în aranjarea extrem de evidentă a simptomelor, facilitând astfel înţelegerea cât mai rapidă a amănuntului de asemănare sau de deosebire, în diversele tablouri de boală.

Cartea e divizată în 2 părţi:

1. **Partea Generală**, cuprinzând consideraţiunile anatomice şi technica de examinare.

2. **Partea Specială**, conţinând cele 38 de tablouri sinoptice, un adevărat model al genului.

Consideraţiunile anatomice sunt sprijinite pe ilustraţiuni atât de abundente şi de clare, în cât constituesc un îndreptar preţios chiar şi pentru neiniţiat, iar ca mijloace de examinare sunt trecute în revistă chiar şi cele mai noi metode.

Voi lua la întâmplare unul dintre tablourile sinoptice, pentru a da posibilitate cititorului să aprecieze singur calitatea întregei cărţi:

Dermatozele nasului, parte care cuprinde 14 maladii, sunt comentate în 10 rubrici, din punct de vedere etiologic, simptome, sediu, modificările tegumentare în trei stadii, constatarea rinoscopică, decursul, complicaţiile şi diagnosticul.

E o carte de nepreţuit ajutor pentru studiul oto-rino-laringologiei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-r L. Segal
Oto-rino-laringolog

ANDROSTINE

»CIBA«

Extract total testicular de mare valoare biologică

TABLETE DRAGEFICATE. FIOLE.

Insuficienţa glandelor germinative masculine, impotenţă, îmbătrânire prea timpurie, nevroze şi psichoze pe bază sexuală la bărbati şi femei obezitate endocrinlană, etc.

KLEINE CHIRURGIE

von

Doz. D-r LUDWIG MOSZKOWICZ

Zweite Auflage. Verlag V. Maudrich, Vien

In *România*, Librăria medicală *H. Welther*, Sibiu, Str. Reg. Maria 28.
Preţul volum legat 473 lei. (Reducerea de 25% p. România este cuprinsă în preţ).

Mulţi medici în timpul războiului au fost siliţi să'şi înprospăteze cunoştiinţele chirurgicale.

Intorşi acasă au aplicat mulţi din iei în practica particulară cunoştiinţele noi căpătate. — Mai ales doctorii la ţară şi în oraşe mici ştiu precis cât de mult este apreciat medicul de pacienţi, când poate la nevoie să facă intervenţii mici şi să nu trimită fie-care bolnav în spital.

Fără ajutorul spitalului şi fără stagiu de spital o intervenţie cât de mică pare anevoioasă unor colegi care pe câmpul de luptă au făcut intervenţii mai mari cu succes şi renunţă a o face în practica particulară.

Cartea de faţă vrea să fie un sfetnic în domeniul micei chirurgii şi vrea să arate ce se poate realiza cu mijloace simple. — S'a omis tot ceeace ar necesita o aparatură mare şi o asistenţă de specialitate în chirurgie.—Dar se admite că cititorul şi-a făcut un stagiu oare-care într'o secţie chirurgicală şi că are la dispoziţie o infirmieră ce'l poate ajuta sau chiar pe soţia lui.—Mai bine ar fi când doi medici se ajută reciproc.—Fără nici un ajutor cea mai mică intervenţie este dificilă şi mai bine renunţăm la ea. — Şi viitorilor chirurgi cartea poatea fi de folos, ca o introducere în activitatea policlinică, cât şi medicilor specialişti care sunt nevoiţi să lucreze cu ajutoare simple şi asistenţă mică într'o ambulanţă chirurgicală. — Se va găsi în acest tratament unele articole care sunt în contrazicere cu cunoştiinţele căpătate, şi nu vom găsi aci toate metodele preconizate în anumite intervenţii.

Autorul s'a mărginit să comunice ceia ce a încercat într'o practică de ani de zile.

Aceste noţiuni, pe cari autorul D-r L. Moszkowicz, docent privat pentru chirurgie la Universitatea din Viena, le expune în prefaţa ediţiei I din 1932, şi le întăreşte în prefaţa ediţiei II a acestei cărţi din 1937, pe care o recensăm în articolul de faţă, corespund întocmai scopului şi conţinutului lucrării.

Menţionăm cuprinsul capitolelor generale :

I. Comandamentele micei chirurgii.—II. Anestezia.—III. Technica generală a modului de a opera.—IV. Rănile şi tratamentul lor. — V. Hemostaza şi sângerarea.—VI. Tumorile şi tratamentul lor. — VII. Fistulele, origine şi tratament.—VIII. Procesele acute purulente şi tratamentul. — IX. Inflamaţiile progresive şi tratamentul, Infecţia septică.—X. Supuraţiile cronice şi tratamentul. — XI. Bursitele, Sinovitele, Ganglioni, Hidrocel.—XII. Inbolnăvirile glandelor toracice.—XIII. Varicele şi stările consecutive.—XIV. Hemoroizii şi stările consecutive.—XV. In-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

bolnăvirile degetelor şi unghiilor.—XVI. Tecnica extirpaţiei tumorilor mici.—XVII. Micile operaţiuni plastice.—XVIII. Puncţiile.—XVI. Primele îngrijiri pentru fracturi şi luxaţii.—XX. Torsiuni, Contusiuni, Torticolis, Lumbago, Ischias. — XXI. Bandaje, Proteze, Aparate ortopedice.—XXII. Ortopedie mică. — XXIII. Urologie mică.—XXIV. Examen rectal, Rectoscopie.—XXV. Extracţie de dinţi,—XXVI. Chirurgie de urgenţă.

O bibliografie bogată şi un indice alfabetic al conţinutului, de mare folos practic, închee această lucrare de factură nouă, care se deosebeşte fondamental de felul micilor chirurgii cu cari am fost obicinuiţi până acum.

O recomandăm călduros publicului medical românesc.

D-ri M. C. şi R. H.

UROFORMINE GOBEY

COMPRIMÉS 0f50
AMPOULES 2f & 5f

ANTISEPSIE GÉNÉRALE
VOIES URINAIRES
VOIES BILIAIRES
MALADIES INFECTIEUSES
GRIPPES ETC...

Agence en Roumanie Laboratorul farmaceutic „Luteţia" S. A. R.
Str. Toamnei, 103 — Bucarest III

Teze de Doctorat

No. 1735—1781 | 1937-38

Prezentate şi susţinute la Facultatea de Medicină din Iaşi

DIONISIE CONST. ŞEREMET: Importanţa anesteziei în operaţiunea de cataractă (Metode—Rezultate), No. 1735/1937.

ARTEMIZA DAVID: Contribuţiuni la studiul sistemului reticulo-endotelial al ochiului, No. 1736/1937.

GHERASIM ECATERINA: Contribuţiuni la studiul tumorilor primitive ale nervului optic, No. 1737/1937.

MICU ILIE: Contribuţiuni la studiul tratamentului Malariei cu acrichină, No. 1738/1937.

ELENA GLINOER: Contribuţiuni la studiul fizio-patologiei glandei tiroide, No. 1739/1937.

HARALAMBIE ŞERBU: Tratamentul Clorurat în Nefrite (Polipeptidotoxia în intoxicaţiile cu sublimat-oxicianură de Hg. şi Nefrite cronice), No. 1740/1937.

GH. D. COSTĂCHEL: Contribuţiuni la studiul diagnosticului biologic de sarcină prin reacţia lui Friedman-Brouha, No. 1741/1937.

DUMITRU CRISTEA: Tratamentul Cefaleei post-rachianestezice şi de insuficienţă ovariană prin injecţii loco-dolenti cu percaină,. No. 1742/1937.

CUCOŞ EUGEN: Contribuţiuni la studiul metabolismului grăsimilor la hepatici (Bilanţul materiilor grase în proba alimentară), No. 1743/1937.

HERŞCOVICI B. IOSIF: Contribuţiuni la studiul Tratamentului chirurgical al Genunchiului paralitic, No. 1744/1937.

EMIL MARCEL I. DRAGAN: Cancerul Caecului, No. 1745/1937.

SAVEL THIERER: Contribuţiuni la studiul Sinostozei vertebrale în tratamentul scoliozelor, No. 1746/1937.

Digitized by Central University Library Cluj

A. IACOBSOHN: Artroriza în tratamentul piciorului paralitic, No. 1747/1937.

SCHAECHTER IANCU RIVIN: Contribuţiuni asupra Chistului osos solitar, No. 1748/1937.

KERN MINA: Contribuţiuni la studiul Insuficienţei hepatice în malarie, No. 1749/1937.

RENÉE SEGAL: Contribuţiuni la studiul Bilirubinemiei, No. 1750/1937.

FIŞLER IOSIF: Chimismul intestinal, No. 1751/1937.

MARIA ROŞESCU: Contribuţiuni la studiul Polypeptidemiei şi metabolismul mineral în pelagră, No. 1752/1937.

MINCHER ZINAIDA: Contribuţiuni la studiul Insuficienţei hepatice (Probele alimentare cu hidrocarbonate (amestecuri amfogire), No. 1753/1937.

HERŞCU MARIA: Contribuţiuni la studiul Patogeniei şi Tratamentul vărsăturilor incoercibile ale sarcinei, No. 1754/1937.

ELENA GHEORGHIŢĂ: Contribuţiuni la studiul Hormonei oestrogene, No. 1755/1938.

ECATERINA MIHALIUC-NEAMŢU: Asociaţiuni de Nefrită şi Nefroză de origină Malarică, No. 1756/1937.

NIC. HRISTU COSTEA: Consideraţiuni asupra tratamentului cu Pyridium, No. 1757/1938.

SIRCHIS IOSIF: Vitamina „C" în tratamentul Diatezelor hemoragice, No. 1758/1937.

CRESCO TARAS: Vitamina A în Oftalmologie, No. 1759/1938.

SCHERZER MARCU HERMANN: Contribuţiuni la studiul constantelor în nefrită (Vâscozimetria şi tensiunea superficială), No. 1760/1938.

ETLIS ŞIMŞON: Trichinoza şi manifestaţiunile ei oculare, No. 1761/1938.

PASCAR DAVID: Consideraţiuni asupra supuraţiilor pulmonare şi a tratamentului lor, No. 1762/1938.

MAFTEI I. VASILE: Modificările vâscozităţei sanguine după diatermia splinei, No. 1763/1938.

BORIS G. MALAMEN: Contribuţiuni la studiul Cryoscopiei şi vâscozităţii serului Sanguin în hypertensiunea arterială, No. 1764/1938.

UNGUREANU T. DUMITRU: Aplicaţiile clinice ale mecanografiei gastrice, No. 1765/1938.

OSCAR H. MOSCOVICI: Cancerul Penisului, No. 1766/1938.

ANA-BEATRICE NITZULESCU: Vitaminele ca medicamente, valoarea lor terapeutică în cazurile când nu e o carenţă alimentară, No. 1767/1938.

VALENTINA V. CROVETZKY: Progresele în operaţia de Cataractă în special în România, Metoda Stănculeanu de extracţie intracapsulară, No. 1768/1938.

DUMITRU GH. ARDELEANU: Cupro-Fero-Terapia anemiilor secundare din prima copilărie, No. 1769/1938.

DORA LUPU: Contribuţiuni la studiul transfuziilor cu sânge conservat, No. 1770/1938.

DAVID M. AVERBUCH: Contribuţiuni la studiul Nefritelor Malarice, No. 1771/1938.

MALCA Ia. DUCHELSCHI: Tratamentul cu Brom-Atropina în Ulcere Gastro-duodenale, No. 1772/1938.

MARIA MARGARETA COROI: Sumare consideraţiuni epidemiologice asupra celei de a IV-a boli venerice: Lymphogranulomatosis inguinalis (Maladia Nicolas-Favre) în Iaşi, No. 1773/1938.

OCTAVIAN C. BOTEZ: Şancrul sifilitic, Palpebro-conjunctival, No. 1774/1938

ANTOANETA Dr. GRUMAZESCU: Contribuţiuni la studiul abceselor metastatice ale Prostatei, No. 1775/1938.

Ş. VAINŞTOC: Consideraţiuni asupra statisticei bolnavilor cu Oligofrenie dela Spitalul Socola-Iaşi între anii 1906—1938, No. 1776/1938.

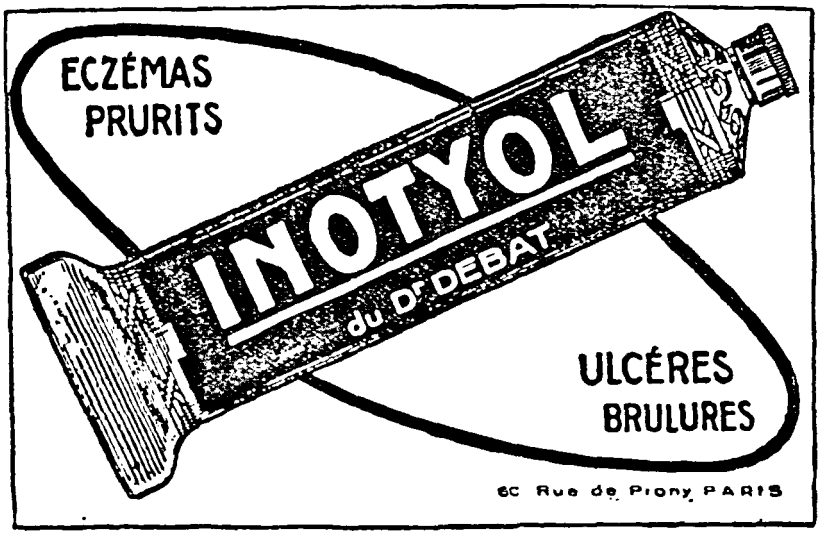
MAGDALENA D. CATRINARIU: Diagnosticul Diferenţial al Tumorilor Pleuro-Pulmonare, No. 1778/1938.

FLORENTINA LASCU: Afecţiunile Chorio-Retiniene inflamatorii şi degenerative, No. 1779/1938.

ILEANA LAZĂR: Date statistice asupra funcţionărei serviciului Neuro-Psichiatrie dela Spitalul Sf. Spiridon—Iaşi, No. 1780/1938.

HELMAN EMANUEL: „Influenţa absorbţiei intestinale asupra chimismului gastric", No. 1781/1938.

BCU Cluj / Central University Library Cluj



Agence en Roumanie: Laboratorul farmaceutic „Luteţia" S. A. R.
103, Str. Toamnei — Bucarest III

Un Congres International de Fiziologie.

Al XVI-lea Congres Internaţional de Fiziologie, care a avut loc anul acesta la Zürich, a coincis cu al 50-lea jubileu al acestei organizaţii ştiinţifice mondiale. Primul congres a avut sediul tot în Elveţia, la Bâle în 1889. Puţini la număr au fost acei fiziologi din vechea falangă, care au putut fi de faţă la această aniversare.

Congresul din Zürich a fost prezidat de către Prof. Hess dela Universitatea locală, şi cuvântul de deschidere l'a avut Profesorul Dale din Londra.

Ca şi la celelalte congrese precedente numărul participanţilor a fost impresionant de mare, reprezentând fiziologia animală, fiziologia umană, farmacodinamia şi biochimia din toate ţările civilizate ale celor cinci continente.

Reprezentanţii anglo-saxoni erau în majoritate, iar şcoala franceză, germană şi italiană au fost reprezentate prin personalităţile cele mai proeminente. Nu lipseau nici spaniolii cu toată situaţia din ţara lor. Universităţile ungureşti şi cehoslovace au fost deasemeni bine reprezentate. Din ţara noastră ca şi din ţările balcanice au fost mai puţini participanţi.

Totuşi reprezentanţii noştri d-nii Prof. I. Niţescu şi Docent D-r I. Marcu dela Facultatea de medicină din Bucureşti şi d-l Prof. D-r G. Benetato dela Facultatea din Cluj, au luat parte activă în diferite secţiuni ale congresului.

Insemnătatea Congresului a constat în afară de rapoartele ce s'au prezentat şi s'au discutat şi de cele peste 400 comunicări individuale, desigur şi din numeroasele filme cinematografice explicative şi din demonstraţiunile numeroase ce s'au făcut în diferite laboratoare şi institute ale universităţii.

La şedinţa de închidere a congresului s'a primit cu unanim entusiasm invitaţia Societăţii de Fiziologie din Marea Britanie, ca viitorul congres să se ţină în Anglia. Deasemeni s'a luat hotărîrea ca biroul congresului să lanseze invitaţii numai societăţilor de Fiziologie din diferitele ţări, recomandându-se formarea lor acolo unde nu există până acum.

I. M.

* * *

Instrucţiunile Ministerului Sănătăţii pentru activitatea serviciilor sanitare de circumscripţii

D. g-ral dr. N. Marinescu, ministrul sănătăţii, a trimis organelor în subordine o circulară cuprinzând instrucţiuni asupra activităţii serviciilor sanitare de circumscripţii rurale şi urbane cu începere de la 1 Octombrie, când va lua o altă înfăţişare, urmând să fie îndrumată în raport cu constatările făcute pe teren, în cursul lunilor August şi Septembrie.

Ca principiu, ministerul recomandă serviciilor să desvolte şi să adâncească cât mai mult acţiunea pe teren, în comune, şcoli, familii şi indivizi, acordând majoritatea orelor de serviciu acestei acţiuni. Raţionalizarea cancelariei medicului, prin simplificarea imprimatelor, aflată în curs de execuţie, va ajuta la punerea în aplicare a acestui principiu.

Monografiile sanitare, executate în toate comunele, urmează a fi prelucrate, în scopul totalizărei datelor pe judeţe şi municipii, în timpul cel mai scurt posibil şi

în conformitate cu instrucţiunile speciale, ce s'au înaintat serviciilor, odată cu tabelele centralizatoare.

Aceste monografii, rămase la comune în exemplar original, vor fi un îndreptar perpetuu pentru activitatea medicilor în comuna respectivă. Din datele cuprinse în monografii, pot rezulta sugestii şi îndrumări de ordin medico-social, ce pot fi urmărite în desvoltarea lor, în anii următori.

Măsurile de igienă colectivă, dovedite necesare în fiecare localitate în cuprinsul campaniei sanitare şi cari au dat bune rezultate în mai toate comunele, urmează să fie necontenit desvoltate şi urmărite în realizarea lor.

Măsurile în legătură cu igiena individuală, aplicate în campania sanitară şi în cele două „săptămâni ale curăţeniei" vor fi propovăduite în toate ocazile prin conferinţe, sfaturi, cum şi supraveghindu-se deparazitările şi curăţenia corporală, în special în populaţia şcolară şi în regiunile unde tifosul exantematic bântue endemic.

Raţionalizarea alimentării rurale va forma obiectul de preocupare zilnică a organelor sanitare, stăruindu-se să se înfiinţeze în toate părţile ţării, bucătăriile ambulante şi cursurile de gospodărie casnică, organizate în multe judeţe. Iniţiativele pentru formarea de cantine şcolare, propaganda pentru grădinile de zarzavat, cuptoarele de pâine, cuptoarele de uscat fructe, bucătăriile de lapte, trebuesc să preocupe pe medicii sanitari rurali,

Depistarea tuturor cazurilor de maladii contagioase şi izolarea cât mai perfectă a bolnavilor şi contacţilor, urmate de dezinfecţiile şi vaccinaţiunile impuse de lege, sunt îndatoriri de prim ordin ale medicilor sanitari.

Cazurile de maladii sociale, descoperite în mare număr în campania sanitară recentă, ca şi acele ce figurau anterior în evidenţele serviciilor, vor fi tratate medical şi urmărite în evoluţia lor.

Igiena mamei şi a copilului, protecţia graviditătei şi natalităţei, combaterea mortalităţei infantile, rămân probleme cari trebue să fie pe primul plan de activitate zilnică, a organelor sanitare.

Pentru urmărirea activităţei serviciilor pe teren, ministerul menţine şi mai departe măsura ordonată, de a se întocmi de către fiecare organ subalte n, rapoarte lunare de activitate, cari urmează a fi înaintate şefilor erarhici imediat superiori, în primele zile ale fiecărei luni următoare.

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

Medicul de circ. rurale, în afară de inspecţiunile obligatorii pe care trebue să le facă, va vizita în fiecare lună fiecare comună din circumscripţia sa, după un program stabilit dinainte şi comunicat medicului primar de judeţ. Cu ocazia acestor vizite se vor revizui în comuna respectivă toate problemele sanitare ale comunei, cercetându-se familie cu familie. Această activitate va forma obiectul unui raport special.

Pentru o cât mai bună asistenţă medicală şi pentru stabilirea diagnosticului pe baze mai ştiinţifice atât a bolilor medico-sociale cât şi a celor privind mai ales domeniul problemelor mamei şi copilului, se vor organiza echipe volante de medici specialişti din capitala judeţului (puericultori, obstetricieni, fiziologici, medici de laborator, etc.).

* * *

Situaţia sanitară a judeţului Sibiu

Judeţul Sibiu are 83 comune, cu o populaţie de 1.559.948 şi cu un număr de peste 35.000 gospodării. Echipele medicale au activat — în cadrul ofensivei sanitare din August şi Septembrie — în 61 comune, vizitând cca. 101.513 locuitori şi 22.606 gospodării.

Din persoanele examinate s'au găsit: sănătoşi, 71.446; bolnavi, 5780. — rezultând un procent de 92,5 faţă de totalul examinaţilor şi 7.2 %. faţă de numărul bolnavilor.

*

Sub raportul stării sanitare a gospodăriilor vizitate în cadrul ofensivei sanitare, judeţul Sibiu se prezintă astfel:

Din gospodăriile cercetate s'au găsit: în stare bună, 10 235, în stare mediocră, 4801 şi în stare rea, 2393. La aceste gospodării s'au găsit: fântâni igienice 4942; neigienice 2189, fără fântâni 9792, closet igienic 4876, neigienic 4878, fără closet 6141, cu platformă pentru gunoiu 3979 şi fără platformă cu

gunoiu 13.189 cazuri. Procentul cel mai mare al cazurilor de gospodării fără closet ni-l prezintă regiunea de şes, „valea Secaşului" mai ales unde standardul de viaţă al robotarului este cu mult inferior faţă de al comunelor de munte şi al celor din apropierea oraşului. Echipele medicale, cari au remarat acceste lipsuri — atât de dăunătoare pentru sănătaea publică — au propus, iar în unele comune s'au şi luat imediate măsuri de completare.

In gospodăriile cercetate s'au găsit 13.587 case construite din piatră, 2961 case construite din lemn şi 871 case construite din pământ. Procentul cel mai mare al caselor construite din lemn îl găsim în regiunea de munte iar procentul mai mare al caselor construite din pământ îl găsim în regiunea de şes, unde piatra şi lemnul lipsesc în bună parte.

Lucrări efectuate de Premilitari şi Străjeri

Cu concursul autorităţilor comunale şi cu ajutorul premilitarilor, al străjerilor conduşi de neosteniţii dascăli ai satelor noastre, medicii înrolaţi în ofensiva sanitară pe teritoriul judeţului Sibiu, au izbutit ca în timpul celor două luni de intens apostolat în slujba sănătăţii publice, să desfunde 25 km. şanţuri, să construiască 12 latrine şi alte 245 să le repare, să repare 36 podeţe, 125 fântâni, să văruiască 8500 case cu dependinţele lor, să cureţe 16.460 gospodării, să schimbe 55 locuri pentru aşezarea băligarului şi să sece 12 mlaştini şi izvoare inutile. *Paralel s'au făcut propuneri de asanare pentru 17.019 gospodării*, s'au ţinut de medici 93 conferinţe, consacrându-se pentru opera de ridicare sanitară a satelor 5986 ore de lucru.

Pentruca această muncă, să fie dătătoare de roade cât mai îmbelşugate — în judeţul Sibiu, s'a apelat şi la concursul medicilor veterinari, cari au dat asistenţă gratuită la vite şi au colaborat cu medicii umani în direcţia organizării gospodăriilor. Nu trebuie uitat preţiosul serviciuu pe care l-au adus absolventele şcolilor de menaj organizate de „Astra" despărţământul Sibiu. Sub acest raport s'a adus o preţioasă contribuţie în domeniul artei culinare.

Situaţia favorabilă a stării sanitare a jud. Sibiu se datoreşte activităţii ordonate şi neîntrerupte a D-lui Inspector general sanitar local, D-l D-r Stoichiţa, care dovedeşte nu numai o mare pricepere pentru trebile sanitare, dar un interes adânc pentru ridicarea stării sanitare a ţării şi îmbunătăţirea condiţiilor de viaţă ale ţăranului român.

M. C.

* * *

Preventoriul dela Cervenia (Teleorman)

Cetatea Sănătăţii

In jud. Teleorman prin stăruinţa D-lor N. Racotta şi D-r C. Dăniţa şi prin concursul tutulor (săteni cari s-au legat a contribui cu bucate în natură şi cu 1 lei pe lună, cărturari învăţătorii şi preoţii cari s-au făcut purtători de cuvânt, autorităţi cari au înscris în budget subvenţii anuale) s-a clădit un preventoriu în al cărui program de înfăptuire sunt prevăzute:

1) Un cabinet de consultaţii pentru copii de toate vârstele: celor bolnavi li se vor da medicamente necesare, celor debili îngrijire şi supraveghere.

2) O cantină în care se va distribui hrană substanţială, servită şi supravegheată de aproape, tuturor cari vor veni să urmeze un tratament.

3) O staţiune permanentă de combatere a paludismului, cu laborator pentru analize.

4) O staţiune de radioscopie şi radiografie precum şi o instalaţie de helioterapie cu lămpi de quarz.

5) O plajă naturală cu bazin şi instalaţie de băi.

6) Un serviciu de tratament al tuberculozei osteoarticulare şi ganglionare, pentru care se simte nevoie şi a unui tratament tonic general pe lângă tratamentul local.

7) O sală de operaţii cu aparatele necesare.

8) In fine, Preventoriul va avea un parc, loc de odihnă şi o sală de conferinţe şi de propagandă.

Soarele, curăţenia şi hrana vor fi mai cu seamă medicamentele prescrise, iar mijloacele de administrare vor fi educaţia, propaganda, conferinţele şi exemplul.

Plajă naturală, în lipsă, iarna şi pe timp ploios, plaja artificială cu lumină de quarz, băile şi cantina, în bucătăria căreia vor fi chemate pe rând fete şi femei să înveţe să prepara o hrană simplă dar sănătoasă şi suficientă, iată agenţii principali pe cari credem că ne putem bizui, ca să îndreptăm starea sanitară a populaţiei săteşti. Laboratorul, pansamentele ortopedice, radioscopia, operaţiile vor fi ajutoarele indispensabile cari să complecteze activitatea ce trebue desfăşurată la sate de un personal cult, activ, devotat şi... desinteresat. Avem credinţa că-l vom găsi, mai cu seamă în ritmul în care se desfăşoară în momentul de faţă transformarea radicală a vieţei noastre publice.

Clientela Preventoriului o va forma în primul rând copiii suferinzi, pe cari, îngrijirile Spitalului existent în localitate, dând încredere deplină populaţiunei, îi aduc părinţii la consultaţie. In al doilea rând şcolile primare din comunele învecinate până la 15—20 de kilometri se vor obliga ca în zilele fixate mai din nainte pentru fiecare clasă, să trimeată în frunte cu profesorul lor pe copii la Preventoriu. Aci vor fi examinaţi fiecare în parte, vor fi măsuraţi, cântăriţi, alcătuindu-se câte o fişe cu toate aceste observaţii, ţinute în seamă la vizita viitoare şi notându-se progresul realizat.

Copiii vor fi curăţaţi, hrăniţi, arătându-li-se şi cum trebue să mănânce, să se spele şi să se îmbrace, şi-şi vor petrece ziua acolo. Străjeria şi Instituţia premilitară se vor folosi de tot ca Preventoriu le va pune la dispoziţie.

Aşezat în imediata apropiere a Spitalului, Preventoriul nu va interna bolnavi.

Aceste uluitoare informaţiuni le desprindem din „Vatra Românească", organ de publicitate teleormănean care se află la primul număr şi a cărui ţinută demnă şi românească îl integrează în ritmul celeilalte realizări.

Clădirea preventoriului este gata; mai trebuesc băi, sobe, mobilier; şi comitetul cere oamenilor de bine să-l ajute.

Ministerul Sănătăţii Publice a şi acordat o primă subvenţie de 100.000 lei.

In special „Doctorul Dăniţă şi-a închinat acestui aşezământ tot viitorul lui, tot sufletul lui, toată viaţa lui. Fiecare cărămidă a fost văzută de el. Idea a fost a lui, iar eu — recunoaşte chiar D-l Racottă — nu am fost decât motorul care am pus-o în acţiune".

De D-l D-r C. Dăniţa ne-am ocupat în repetate rânduri în coloanele acestei reviste, atunci când am arătat că D-sa a identificat în „Coleţ", denumire populară în localitate, afecţiunea tetaniei gastro-intestinale.

D-l D-r C. Dăniţa este unul dintre şefii tinerei generaţii de studenţi şi medicinişti cari şi-au făcut din crezul naţionalist scop în viaţă şi din faptă cel mai convingător mijloc de persuasiune.

Oamenii de acţiune ca D-l N. Racottă, care aruncă tot meritul pe umerii demnului său colaborator, sunt tot atât de necesari ca ceilalţi, prin tenacitatea în sforţare şi credinţa în izbânda finală.

Avem convingerea adâncă că numai prin organizarea acestor mijloace locale se poate asana poporul român şi asigura sănătatea generaţiilor viitoare.

Va fi mai greu de găsit oameni ca D-nii N. Racotta şi D-r C. Dăniţa, al căror suflet şi inimă să dea viaţă acestor opere.

M. Cânciulescu.