ANUL XI-lea, No. 11—12 NOEMBRIE-DECEMBRIE 1938

MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ

REVISTĂ LUNARĂ DE MEDICINĂ GENERALĂ

SUMARUL

Pag.

Cronica medicală 709

EXPLORAREA FUNCŢIONALĂ IN PATOLOGIE.

Conf. D-r P. VANCEA: PROBELE FUNCTIONALE IN OFTALMOLOGIE . . 713

LUCRĂRI ORIGINALE.

V. GOMOIU: REFORMA INVATAMÂNTULUI UNIVERSITAR SI ISTORIA MEDICINEI 727

EUGEN HERSKOVITS: DIVERTICOLII TUBULUI DIGESTIV, IMPORTANTA CLINICA SI RADIODIAGNOSTICUL LOR 785

Adm. Agr. D-r AL. LAMBESCU: PUNCTIA, PE CALE VAGINALĂ, A CHISTULUI DE OVAR TORSIONAT 756

Conf. D-r E. LAZEANU: RADIOKYMOGRAFIA SI APLICATIUNILE EI IN AFECTIUNILE CARDIO-VASCULARE 760

Conf. I. PAVEL: ETIOLOGIA SI TRATAMENTUL CIROZEI ATROFICE. . . 767

Prof. D-r E. RADU: TROPHOEDEMUL NERVOS SI TRATAMENTUL RÖNTGENTHERAPIC 776

Conf. D-r ALFRED RUSESCU, D-ra D-r M. DANIELOPOLU şi MANEA: SINDROMUL FALLOIDIAN IN LUMINA CERCETARILOR ACTUALE *(Sfârşit)* 782

Doc. D-r N. N. STOICHIŢĂ: APLICATIUNILE RADIOKYMOGRAFIEI IN TUBERCULOZA PULMONARA 797

CAZURI CLINICE.

TR. DOICESCU şi MARCEL IONESCU: SEPTICO-PIOEMIE STAFILOCOCICA CONSECUTIVA UNEI PIODERMITE, CU LOCALIZARE CEREBELOASA SI COMPLICATA DE MENINGITA BAZILARA 803

V. DRĂGOESCU şi A. DOBRESCU: UN CAZ DE CANCER AL DOSULUI MAINII PRIN CAUTERIZARI CU ACID AZOTIC 807

RADU RÂMNICEANU: RHUMATISME VISCERAL SOLITAIRE-PERICARDITE ET PLEURO-PERICARDITE 810

N. ROŞIANU şi M. SARACACEANU: UN CAZ DE INTOXICATIE DATORITA MERELOR STROPITE CU ARZOLA 814

(Urmare pag. 2 cop.)

52.194 SCRISUL ROMÂNESC, CRAIOVA

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pag.

ACTUALITĂŢI TERAPEUTICE

MARIUS DANCILĂ: TRATAMENTUL AFECTIUNILOR GASTRO INTESTINALE IN CORELATIE CU SISTEMUL NERVOS 818

M. CÂNCIULESCU: STOVARSOL-TERAPIA IN PARALIZIA GENERALA . . 821

CONGRESE — CĂRŢI

Doc. M. POPESCU-BUZEU: SAPTAMÂNA MEDICALA BALCANICA (Istambul 7-14 Septembrie 1938) 823

G. MARINESCO, N. IONESCO-SISEŞTI, O. SAGER et A. KREINDLER: LE TONUS DES MUSCLES STRIÉS (ETUDE EXPÉRIMENTALE ET CLINIQUE) — Imprimeries de l'Etat, Bucarest, 1937 . . . . . Rec. de *M. Cânciulescu* 825

DIVERSE — INFORMAŢIUNI

Legea pentru reforma învăţământului superior 827
Referatul către Consiliul de Miniştri 831
Tabel de catedrele şi conferinţele dela Fac. de Medicină din Bucureşti, Cluj şi Iaşi 832
Profesorii Facultăţilor de Medicină din Bucureşti, Cluj şi Iaşi . . . 833
Realizări în domeniul sănătăţii publice 834

II

COMITETELE DE DIRECŢIE, REDACŢIE ŞI DE COLABORATORI I
Din „SUMARUL" No. viitoare II
TABLA PUBLICITAŢII CASELOR FARMACEUTICE III
REVISTA PRESEI MEDICALE ROMANEŞTI—ANALIZE IV
LUCRĂRI PRIMITE LA REDACŢIE . . . . V-VIII
CONDIŢIUNI DE PUBLICITATE ŞI ABONAMENT . . . VIII-XLVIII

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Redacţia şi Administraţia:
„Mişcarea Medicală Română"
Str. Sf-ţi Arhangheli, 9
Cralova — România

Abonament anual 250 lei

CRONICA MEDICALĂ ROMÂNĂ

In încheierea acestei cronici pe anul curent, vom lua în considerare totalitatea celor 2 mari realizări făcute în anul 1938, realizările pe terenul sanitar şi reforma învăţământului universitar.

Vom avea în vedere numai latura strict medicală, cu toate că aceste 2 mari evenimente ale anului expirat îşi proectează repercuţiile departe în domeniul economic, politic şi social.

REALIZĂRILE DE ORDIN SANITAR:

Aceste realizări au început prin cea ce pe drept cuvânt a fost considerat ca o **„ofensivă sanitară"**, au continuat pentru stabilirea **„evidenţei sanitare"**, locale de ordin profilactic şi curativ, au terminat prin ridicarea unei **„hărţi sanitare"** generale, pe tot cuprinsul ţării.

Sunt realizări capitale, — pe întindere mare; cari se situiază la antipodul a tot ce s'a întreprins până acum în domeniul sanitar, — în mod parţial, pe suprafaţă restrânsă şi de interes redus sau local.

Mobilizarea tutulor organelor în subordine, controlul activităţii fie-căruia, sancţiunile de rigoare, — la nevoe — au favorizat opera.

In ce a constat această operă realizată, vedem din expunerea făcută la Radio la sfârşitul de an de D-l Ministru al Sănătăţii Publice, conferinţă ale cărei părţi esenţiale redăm la pag. 834 acestui număr:

2242 medici şi 5548 persoane aparţinând personalului sanitar auxiliar, cu sprijinul echipelor Fundaţiei regale „Principele Carol" şi al Soc. „Astra", la care s-au alipit 144.696 colaboratori şi anume: 33.761 premilitari, 35.210 străjeri, 19.583 învăţători, 11.626 personal administrativ, 6379 de preoţi, 5600 jandarmi, 1257 funcţionari fiscali, 620 profesori, 239 agronomi, 191 veterinari, 76 ingineri, 134 diferiţi funcţionari — cu toţi au acţionat pe întregul cuprins al ţării timp de 2 luni, August şi Septembrie, au lucrat cercetând zi cu zi programul stabilit de Minister.

O propagandă de iniţiere, convingere şi însufleţire s-a făcut prin 9107 conferinţe.

Au fost vizitate, curăţite şi desinfectate 3.140.840 locuinţe omeneşti, adică mai bine de 3 sferturi din cele existente în toată ţara; au fost construite 19.057 fântâni, 754.837 latrine şi 446 km. de şanţuri; au fost desfundate şi asanate 292.759 fântâni şi 22.047 bălţi; au fost curăţate 1.238.321 curţi, 676.950 grajduri şi 7977 km. de şanţuri.

Cei 2242 medici au examinat 7.769.434 persoane, adică mai bine de a treime din populaţia ţării.

Cu ajutorul celor 25 trenuri-băi au fost îmbăiate 1.410.027 persoane şi au fost deparazitate alte 1.316.988 persoane.

S-au dat medicamente gratuit la 725.715 persoane, s-au făcut 361.328 inoculări şi injecţii terapeutice, s-au făcut 42.547 examinări radiologice.

In timpuul acestei ofensive sanitare s'au stabilit următoarele statistice asupra bolilor sociale existente în România.

Malaria — 338.837; sifilisul — 182.487; tuberculoza — 110.401; pelagra — 84.106; guşa — 77.856; trahom — 9489; cancer — 7281; lepra — 178.

; Multe din aceste cazuri au fost diagnosticate numai cu ocazia acestei ofensive.

Dar şi mai multe, fără îndoială, au rămas nedescoperite; de aceea pentru „adâncirea" rezultatelor obţinute s'a recurs din toamnă la o nouă activitate, aceea a echipelor de specialişti, cari prin specializarea lor ca şi printr'o competinţă mai întinsă să supleeze lipsurilor inerente medicului unic care a stabilit „evidenţa" din vară.

Pentru-că am participat nu numai cu o suficientă competinţă de vechi specialist, dar cu entuziasmul bunului român care este chemat să contribue la noua îndrumare ce se dă destinelor neamului românesc, şi încă cu curiositatea de ordin informativ şi ştiinţific a gazetarului medical ce sunt de 11 ani — mi-am dat seama din primul moment de rolul mare care este hărăzit acestor echipe de specialişti.

De acea le-am salutat apariţia cu elogii, cu cari am întâmpinat de altfel din capul locului începutul întregei ofensive sanitare.

Graba cu care s'a procedat la întreprinderea uriaşei opere, suprafaţa întinsă la tot cuprinsul ţării, terenul mobil de ordin medical care face mai totdeauna un diagnostic nesigur şi un remediu ineficace, în sfârşit instabilitatea oricărei evidenţe sanitare care variază cu minuta şi care are mereu nevoe să fie întreţinută adică pusă la punct — toate aceste inconveniente necesitau reluarea lucrului, încet, pe îndelete, cu atenţie şi bucată cu bucată.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dar treaba să se facă examinând familie cu familie, astfel precum la început casă cu casă a fost vizitată şi, pe cât posibil, asanată.

Specialiştii din aceste echipe sunt cei indicaţi să stabilească starea sanitară a fiecărui individ şi implicit a fiecărui sat, prin intermediul stabilirii **diagnosticului biologic al fiecărei familii.**

Este de prisos să desvoltăm utilitatea acestei concepţii asupra nedespărţirii individului de familia sa, adică a stabilirii **„fişei individuale"** în cadrul **„fişei familiare".**

Fişa familiară de altfel va mai putea conţine în complectare starea higienică şi economică a fiecărei locuinţe de familie, aceste stări fiind stabilite de medicul higienist sanitar al circumscripţiei respective şi de factorii culturali şi economici ai fiecărui sat cari sunt preotul, învăţătorul, reprezentantul fiscului.

Vom avea astfel o **fişe generală familială medico-socială** în care vom avea sub ochi ascendenţa şi descendenţa fiecărui individ.

La această operă de săpare în adâncime trebuesc să participe, dupe părerea noastră, echipele de specialişti.

Nu la darea de simple şi mărginite în timp şi spaţiu consultaţii medicale cari se perd în vânt. Nimic nu le va împedeca ca la examinarea membrilor unei familii să nu facă şi medicină curativă, în slaba măsură pe care o poate oferi un searbăd paneraş cu câteva specii de medicaţii-standard.

Aceste fişe sau dosare familiale, cari vor forma **Archivele vii biologice** ale fiecărui sat sunt destinate să întocmească **harta sanitară**, pe care medicul de circumscripţie sau într'un viitor nu prea îndepărtat medicul fie-cărui sat o va avea în permanenţă sub ochi, pentru a o ţine la curent.

Se vor întocmi aceste dosare, cărora un formular tip unic le va uşura complectarea, mai încet dar mai temeinic.

Se vor face mai puţine centre într'o campanie de lucru, dar celelalte vor veni la rând.

Se va începe cu satele mai nenorocite din punct de vedere al indicelui biologic, al stării economice, al depărtării de centrele mari de asistenţă medicală.

Aceste prime „sate model" vor constitui cu vremea „plăşile model" în felul celor prea puţine existente cari şi-au făcut dovada utilităţii lor (cu toate neajunsurile ce au întâmpinat în organizarea lor); şi cu încetul va ajunge model **întreg judeţul**, şi pe măsură fie-care judeţ din ţară, şi astfel toată ţara.

S'ar putea grăbi întregirea operei dacă s-ar renunţa la întocmirea de azi a acestor echipe de specialişti, cari într'o echipă sau 2 întrunesc pe mai toţi specialiştii oficiali din capitala judeţului.

Să se facă mai multe echipe, mai restrânse în numărul de membri, în cari să intre şi medicii secundari de specialitate; să intre şi medici particulari specializaţi (şi la aceştia se poate face apel direct sau li se poate servi o diurnă); să intre încă în mod obligator medicii celorlalte instituţii publice precum căile ferate sau asigurările sociale, printre cari se găsesc atâţia medici bine specializaţi; şi de ce nu şi medicii militari.

Cluj / Cluj / Central University Library Cluj

Echipe mai numeroase, mai mobile, ajutaţi în opera lor de autorităţile locale cărora să li se dea instrucţiuni precise de cum să procedeze — ar putea imprima un ritm mai viu acţiunei şi asigura un randament mai mare.

Radiologul nu este de mare folos; pot zice că de niciun folos, prezenţa lui nu serveşte decât pentru a da un prestigiu iluzoriu echipelor (numai uneia, de fapt, căci puţinele instalaţii mobile nu se pot multiplica).

Ajutoare de laborator — cari să ia sânge, fecale sau spută pentru laboratorul central — vor fi bine venite.

In sat membrii acestor echipe vor activa în localuri amenajate din vreme, examinând pe toţi membrii familiei, familie succedându-se după familie, uliţă dupe uliţă — în timp ce medicul sanitar însoţit de un reprezentant sau 2 ai autorităţilor locale va stabili fişa higenică şi economică a locuinţei.

Dar latura sanitară va prima în specie şi aceste **foi de observaţie familială** odată făcute, uşor vor putea fi ţinute la curent.

In inspecţiile sale de 2 ori pe lună în fiecare comună activitatea medicului de circumscripţie se va conduce şi judeca dupe atenţia acordată întreţinerii acestor dosare.

Dosarele acestea nu vor fi trimise deci la centru, ca să mucegăiască în beciurile Inspectoratelor sau ale Onor. Minister, ci vor rămâne pe loc

în dulape la dispoziția medicului de circumscripție care le va păstra sub chee pentru a le putea asigura astfel și secretul medical.

Deci, activitate multiplicată a echipelor de specialiști — pentru *a complecta și adânci opera din vară în cea ce privește stabilirea evidenței sanitare;*

întocmirea de fișe familiare — familia constituind unitatea biologică a unei națiuni, în care ascendenți și descendenți sunt urmăriți în linie dreaptă;

ținerea la curent a acestor foi de observație de către medicul sanitar, a cărui activitate de ordin profilactic și curativ se poate dirija prin ele, și urmări prin ele de către organele erarhice.

Se pare că la capătul acestei organizații se întrevede tot mai imperios necesitatea sorei de ocrotire și a actualului agent sanitar transformat în organ de geniu sanitar;

a sorei de ocrotire a D-lui Prof. I. Moldovanu, care ea va întreține evidențele sanitare recontrolate de medic;

a oficiantului de geniu sanitar, care el va supraveghea locuințe și dependințe, latrine, grajduri, șanțuri, fântâni, băi populare și cuptor de deparazitare — de dorit fiecărui sat.

Intreagă această operă nu va putea da resultate durabile decât prin persistența în sforț și a sforțării îndreptate în aceiași direcție; prin luarea și reluarea, la nevoe, de la cap; prin ținerea în evidență permanentă a activității tutulor, mari și mici, înhămați la redresarea sanitară a poporului românesc; prin teama de sancțiuni cari evită marasmul și trezesc entuziasmul; prin inspecții poate mai rărite — ca să evite obicinuința, dar efectuate mai à fond — ca să nu scape nuanțele și practicate mai ales la țară, unde este nevoe mai urgentă — căci spitalele din centrele mari merg de voe de nevoe mai bine.

Pentru-ca toată această nobilă trudă să nu ajungă zadarnică.

Precum aceste echipe de specialiști cari au început a activa la câteva săptămâni de la retragerea echipelor de pioneri din vară, au găsit ici în mijlocul satului o fântână asanată în vară părăsită în toamnă, colo mai retrasă în fundul curții școalei o privată care desigur scăpase din vedere, mai departe frumoase latrine ne puse în funcțiune or afectate altor trebuințe casnice, și nicăeri constatările anterioare consemnate în duplicate păstrate pe loc ale echipelor din vară.

Tot astfel fișele familiale întocmite de specialiști să nu constituiască archive moarte, ci foi de permanentă ținere în observație.

Astfel sugestiile noastre să rămână fără urmare și echipele de specialiști să-și reia în primăvară activitatea redusă din toamnă.

*

In numărul viitor, asupra reformei învățământului universitar.

D-r M. CANCIULESCU
Membru al Academiei de medicină

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Explorarea funcţională
în patologie.

Clinica Oftalmologică din Cluj
Director. Prof. D-r D. Michail

PROBELE FUNCŢIONALE IN OFTALMOLOGIE

de
D-r P. VANCEA
Conferenţiar Universitar

Nevoia explorării funcţionale a ochiului s'a simţit totdeauna, dar ea n'a fost posibilă decât în timpul din urmă graţie progreselor realizate în domeniul technicelor oculare de examinare.

Cu toate aceste progrese, există încă unele funcţiuni ale ochiului cum sunt funcţiunile corpului ciliar, funcţiunile metabolice ale retinei şi cristalinului (Michail şi Vancea), funcţiunea respiratorie a nervului optic (Michail şi Benetato), etc., care în mod practic nu pot fi explorate.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In cele ce urmează voiu descrie pe scurt pe cele mai importante dintre metodele de explorare ale aparatului vizual insistând mai ales asupra acelora cari prin valoarea lor practică au fost definitiv adoptate în clinică. O bună parte din aceste metode sunt de domeniul laboratorului. Faptul este explicabil pentru că toate ramurile medicinei datoresc progresele lor cele mai importante cercetărilor şi descoperirilor făcute în laboratorii. Metodele recente sau cu totul actuale care au înviorat practica medicală, s'au născut în laboratoriile de fiziologie, de chimie şi de fizică. Lor le datorăm bacteriologia, medicina experimentală, microscopia, radiologia, etc. şi pentru acest motiv în expunerea noastră le vom acorda toată atenţiunea.

TECHNICELE DE EXPLORARE ALE APARATULUI VIZUAL

Numeroasele technici de explorare ale aparatului vizual pot fi împărţite pentru mai multă claritate în trei grupe:

1. Technicile bacteriologice şi isto-patologice.
2. Technicile de explorare clinică.
3. Technicile biochimice şi fiziologice.

1. TECHNICILE BACTERIOLOGICE ŞI ISTO-PATOLOGICE

Technicile bacteriologice.

Pentru identificarea unui germene infectant, un examen pe lamă, a secreţiunilor, lichidelor sau supuraţiunilor suspecte, de cele mai multe ori este suficient. Technica recoltării materialului suspect dela nivelul

ochiului diferă dela viscer la viscer şi uneori pentru a face o recoltare corectă este nevoie de anumite cunoştinţe de specialitate. Astfel, pentru recoltarea umorului apos, trebue să se cunoască technica unei punctii a camerei anterioare, iar pentru recoltarea vitrosului, technica unei punctii la nivelul ecuatorului globului ocular.

In vederea unui diagnostic bacteriologic rapid, colorarea simplă cu albastru de metilen sau cu tionină fenicată este uneori suficientă însă, pentru identificarea microbilor este indispensabil să se facă un Gram. Se ştie că pneumococul, streptococul, stafilococul, bacilul difteric, subtilis, perfringens, masuat, iau Gram adică rămân colorati prin violet de genţiană, în timp ce gonococul, meningococul, diplobacilul Morax-Axenfeld, bacilul Weeks, Pfeifer, pneumobacilul nu iau Gram, colorându-se în roşu, ca fondul, prin fuxină. Coloraţia Giemsa este indispensabilă pentru frotiurile de sânge şi pentru recunoaşterea diferiţilor paraziţi, a corpusculilor lui Prowazek în trachom, a incluziunilor, a treponemei în şancrul conjunctival, etc. Pentru identificarea bacilului Koch şi a bacilului Hansen, metoda Ziehl-Nilsen bazată pe acido-rezistenţa acestor microbi ne dă cele mai precise informaţii. Micro-organismele mobile sau foarte fine (treponema, diferiţi spirili) se identifică la ultramicroscop sau prin procedeul cernelei de Burri, ori al soluţiei saturate de colargol.

Deşi aceste câteva technici de colorare sunt suficiente pentru rezolvarea celor mai multe dintre problemele diagnosticului microbiologic, uneori totuşi este nevoie să se recurgă pentru evidenţierea germenilor sau pentru identificarea lor, la culturi sau inoculări la animale.

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin POSDRU

Infectarea ochiului se produce adeseori în urma unei septicemii care poate fi discretă, evoluând sub o formă latentă, fără semne clinice, sau ca o infecţie generală acută. In primul caz singură hemocultura poate arăta prezenţa unui germene în sânge; de aceea este necesar ca orice oculist să cunoască technica hemoculturei.

Inoculările la animale. Când examenul bacteriologic este negativ ori insuficient, sau când este nevoie să se precizeze virulenţa unui microb se recurge la inoculările la animale.

In practica oftalmologică inoculările la animale se întrebuinţează pentru recunoaşterea infecţiilor pneumococice (inoculări la şoareci), a trachomului şi mai ales a tuberculozei prin inoculări la cobai şi epuri.

Infecţia experimentală a animalelor de laborator poate fi realizată pe diferite căi.

Cele mai des întrebuinţate în oftalmologie sunt:

a) calea subcutanată.
b) calea intravasculară.
c) calea intraperitoneală.
d) calea oculară.
e) calea glandelor lacrimale.
f) calea intracerebrală.
g) calea testiculară.

a) **Inocularea pe calea subcutanată**, se face la nivelul feţei in-

terne a coapselor, a peretelui abdominal sau pe spate.

b) **Calea intravasculară.** Inoculările se fac de regulă în vâna marginală a urechii.

Alături de **calea intravenoasă** se întrebuinţează şi **calea intraarterială.**

Michail şi Vancea s'au servit de calea intracarotidiană în studiile lor asupra sistemului nervos vegetaiv ocular dovedind ctă efectele atropinei şi pilocarpinei în injecţii intracarotidiene nu sunt perfect superpozabile acelora obţinute cu aceleaşi doze pe cale intravenoasă. Ei ajung la concluzia că dacă voim să influenţăm separat prin atropină parasimpaticul cardio-pulmonar sau pe cel cranian, trebue să variem sau calea de administrare a alcaloidului sau doza lui. Stock, Dael utilizând aceiaş cale intracarotidiană au realizat leziuni tuberculoase întinse la nivelul conjunctivei.

c) **Calea intraperitoneală** se întrebuinţează pentru diagnosticarea tuberculozei oculare, prin inocularea de emulsii de fragmente tuberculoase proaspete provenite de la ochi.

d) **Calea oculară.** Inoculările pe calea oculară se realizează în mod obişnuit introducând materialul de inoculat direct în camera anterioară a ochiului, sau prin simple instilaţii conjunctivale. Animalul care se pretează cel mai bine pentru inoculările în camera anterioară este epurele. Această cale a fost întrebuinţată cu deosebire pentru studiul evoluţiei infecţiei tuberculoase a ochiului (Lagrange, Stock, Calmette, Guérin şi V. Grysez, Stănculeanu, Michail şi Vancea), pentru studiul turbării, a sifilisului şi pentru observarea fenomenelor de fagocitoză.

Instalaţiile conjunctivale ca technică de explorare oculară datează din 1867, când Langhans a putut să reproducă la epuri leziuni ulcerative primare ale conjunctivei prin inocularea de produse tuberculoase. Adevărata importanţă a acestei căi a fost pusă în evidenţă mai târziu de către Calmette, Guérin şi Grysez prin cercetările lor asupra tuberculozei realizate comparativ pe cale conjunctivală şi digestivă. In urma acestor cercetări s'a putut preciza că la nivelul conjunctivei bacilul Koch se comportă în trei moduri: 1) Trece mucoasa şi este imediat fagocitat fără să lase vreo urmă. 2) Formează un şancru de primă inoculare însoţit de adenopatie regională. 3) Produce ulceraţii secundare, dacă animalul este tuberculos.

In afară de instilaţii se pot face masări ale conjunctivei şi injecţii subconjunctivale.

Michail şi Vancea au obţinut trachomul experimental la om printr'un uşor masaj cu mici fragmente de conjunctivă trachomatoasă a suprafeţei fundurilor de sac conjunctivale inferioare, prelabil scarificată

Calea subconjunctivală a fost întrebuinţată recent de Lagrange pentru studiul infecţiei tuberculoase la ochi reuşind să precizeoze că diseminarea infecţiei bacilare se face aci pe cale limfatică.

Injecţiile subconjunctivale se practică de regulă în fundul de sac superior după o prealabilă anestezie a mucoasei.

Calea corneeană se întrebuinţează pentru studiul evoluţiei anumitor afecţiuni generale sau oculare.

De această cale s'a servit Stănculescu pentru a studia acţiunea bacilului Thimothé şi bacilului Koch asupra corneei, iar recent de tot Michail şi Vancea pentru a preciza acţiunea bacilului biliat a lui Calmette-Guérin.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Injecţiile intraoculare au fost experimentate la început mai mult în scop terapeutic. Haab a recomandat astfel, introducerea de iodoform în globul ocular pentru a preveni şi combate panoftalmia şi oftalmia simpatică, iar Redslob observând că acţiunea vaso-dilatatoare a a anumitor substanţe în spasmele vasculare retiniene este cu atât mai eficace cu cât ele vin în contact mai direct cu vasele retiniene, a injectat în vitros acetilcolină. In felul acesta a reuşit să obţină o dilatare considerabilă a vaselor fără să producă vre-o iritaţie a corpului vitros care rămâne perfect transparent.

Calea intravitreeană a fost întrebuinţată în ultimii ani de către Szilly, Busacca, Polef şi alţii pentru transmisiunea virusului trachomatos. Injectând în corpul vitros al epurilor o emulsie în ser fiziologic al unui fragment de conjunctivă trachomatoasă, Szilly a observat după o incubaţie de trei patru săptămâni, producerea în vitrosul şi uveea unora dintre animale, a unor foliculi asemănători foliculilor trachomatoşi. Cercetări asemănătoare au fost realizate şi la găini.

e) **Calea glandelor lacrimale.** Această cale a fost întrebuinţată recent de Prof. Michail, pentru diagnosticul biologic al trachomului.

Inoculând produsul de raclaj al conjunctivei trachomatoase în glanda lacrimală a epurelui, Michail a constatat apariţia în septurile interacinoase ale glandei, a unei reacţiuni inflamatorii, caracterizată printr'o infiltraţie limfocitară abundentă între acini cu formaţiunea de foliculi limfoizi tipici cu centri germinativi urmată de leziuni degenerative şi sclerozante cari duc la atrofia glandei.

Inocularile în glanda lacrimală a lui Harder se practică în felul următor: cu o pensă se prinde membrana clignotantă şi se luxează în afară. Prin transparenţa conjunctivei apare glanda lui Harder care are un lob lacrimal alături de unul sebaceu şi se inoculează lobul situat în afară.

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

f) **Calea intracerebrală şi intrarachidiană.** Calea intracraniană a fost utilizată recent de Szilly şi Busacca pentru transmisiunea virusului trachomatos obţinându-se pe meninge formaţiuni de foliculi cu aspectul istologic al foliculilor trachomatoşi dela om.

Inocularile intracraniene se practică obişnuit înapoia orbitelor. După fixarea animalului şi imobilizarea capului, se rade şi se aseptizează pielea pe o zonă de câţiva cm.² situată înapoia unei linii care uneşte marginea superioară a celor două orbite. Se incizează apoi pielea şi aponevroza pe linia mediană pe o distanţă de aproximativ 3 cm., şi după depărtarea buzelor plăgii, cam la mijlocul inciziei şi puţin în afara liniei mediane, se aplică pe peretele osos un mic trepan de aproximativ 5 mm. diametru.

Se trepanează osul şi după ridicarea rondelei osoase, cu un ac recurbat în unghi drept către mijlocul său, se traversează meningele care se găseşte în fundul plăgii. După injecţie, se atinge plaga cu un tampon inbibat cu apă fenicată, se suturează pielea şi se acoperă plaga cu colodiu.

O altă technică pentru inocularile intracraniene este aceea a injecţiei post-orbitare curent întebuinţartă în laboratoarele americane. După ce se imobilizează în poziţia orzontailă capul animalului (epure sau cobai), se introduce un ac de-alungul feţii interne a ochiului, prin toată cavitatea orbitară. Când vârful acului a atins partea cea mai dinapoi a orbitei, printr'o uşoară mişcare de basculă făcută de jos în sus se pătrunde în gaura optică împingându-se acul până sub chiasma nervului optic fără teama de a răni nervul. In acest moment se practică injecţia care pătrunzând între duramater şi piamater se amestecă uşor cu lichidul cefalo-rachidian. Scoaterea bruscă a acului nu lasă nici o urmă, toată operaţia ne producând nici o turburare animalului.

Inocularea intrarachidiană se practică fie traversând ligamentul occipito-atloidian posterior, fie prin puncţie lombară, introducând un ac dinapoi înainte între

lamele vertebrale dinaintea ultimei vertebre lombare până în cavitatea medulară în care înoată coada de cal. Şi într'un caz şi într'altul, este indispensabil să se incizeze pielea în regiunile respective pe o distanţă de aproximativ 1 centimetru.

g) Calea testiculară a fost utilizată de Nicolle şi colaboratorii săi pentru studiul experimental al trachomului. Cercetările făcute în clinica din Cluj prin inocularea produsului de raclaj, intratesticular la epuri, a evidenţiat în toate cazurile la câteva ore după injecţiune o tumefacţie inflamatorie a testiculelor însoţite de ascensiuni termice.

Inoculările la om. Oricât de penibile ar fi pentru un experimentator inoculările la om, ele se practică totuşi în anumite cazuri. Greutăţile întâmpinate în studiul experimental al trachomului a condus pe unii cercetători ca Proctor, Morax, Adario, Taborisky să inoculeze virusul trachomului la om, reuşind să reproducă boala într'un mod indiscutabil.

Luând toate precauţiunile necesare, ca buna stare generală a donatorului de virus, consimţirea inoculaţiilor, experimentarea pe orbi, tratamentul până la vindecarea completă şi definitivă a inoculaţiilor, Michail şi Vancea a întreprins o serie de cercetări experimentale pe om privind: a) problema aspectului clinic al trachomului experimental; b) căile sale de inoculare; c) studiul posibilităţii vaccinaţiei locale antitrachomatoase, şi d) studiul trachomului mono-lateral, aducând graţie acestor metode de cercetare contribuţiuni de o mare valoare practică şi ştiinţifică la cunoaşterea problemelor de trachomatologie enunţate mai sus. In unele cazuri metoda a fost aplicată de medici, lor însăşi, inoculându-şi voluntar virusul boalei. Astfel recent de tot Selfa Martinez şi-a inoculat virusul trachomatos filtrat, prin scarificări conjunctivale, după ce în prealabil şi-a blocat sistemul reticulo-endotelial conjunctival prin roşu carmin pentru a-şi micşora puterea sa defensivă.

Technicile isto-patologice.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Anatomia patologică oculară ocupă un loc important printre mijloacele de cercetare ale oftalmologiei şi nu este de mirare că multă vreme ea a fost considerată ca singura bază ştiinţifică a acestei discipline. Această credinţă era de altfel perfect justificată pentru că nici un alt organ n'a beneficiat atât de mult ca ochiul, de perfecţionările aduse ştiinţelor istologice.

Anatomia patologică oculară, schematic, cuprinde în sine studiul a trei feluri de leziuni:

1. Leziuni ale segmentului anterior şi învelişului cutaneo mucos.
2. Leziuni istologice cu distribuţie topografică precisă interesând grupe celulare sau raporturile dintre diferitele ţesuturi oculare, şi
3. Leziuni celulare interesând constituţia intimă a anumitor celule.

Pentru studiul acestor diferite categorii de leziuni technicile de cercetare variază în raport cu natura leziunei şi dela caz la caz. Unele vor fi într'adevăr metodele de fixare, includere şi colorare când leziunea se găseşte la nivelul coroidei sau retinei şi altele când este vorba de leziuni celulare fine, conjunctivale sau corneene. Bine înţeles, dintre numeroasele technici de examen istologic vom semnala aci numai pe acelea cari sunt curent întrebuinţate şi de o execuţie uşoară.

Piesele de examinat istologic pot proveni din biopsii şi dela operaţii prin extirpări de tumori palpebro-conjunctivale, amputări de pol anterior, enucleaţii de glob, operaţii orbitare, etc.

Imediat după recoltare, piesele trebuesc fixate prin introducerea lor într'un lichid fixator. Rolul fixatorului este de a omorî celulele păstrându-le pe cât posibil în starea şi poziţia, în care se găseau în momentul morţii lor. Dintre numeroşii

fixatori întrebuinţaţi în technica istologică, în laboratoarele Clinicei Oftalmologice din Cluj, am adoptat pentru fixarea obişnuită a pieselor, formolul în soluţia apoasă 10% lichidul lui Bouin şi lichidul lui Zenker.

Cantitatea de lichid fixator necesară, variază în raport cu mărimea piesei. In principiu pentru un fragment de 5 mm pe $^2/_3$ grosime este nevoe de 20 cc. lichid, iar pentru un glob ocular aproximativ 100 cc. Când avem de fixat un glob ocular întreg, este bine ca înainte de a-l introduce în fixator să-i injectăm în centru la egală distanţă de nervul optic şi limb $^1/_8$ dintr'un cc. din lichidul fixator, pentru a fixa mai bine retina şi a evita deslipirea sa în timpul includerei. Piesele mai mari şi ochii, vor fi menţinuţi în lichidul fixator cel puţin 48 de ore. După acest interval de timp, ele se scot şi se spală în apă, un timp egal cu acela cât a stat în fixator. Rostul spălării este de a îndepărta excesul de fixator din interiorul piesei.

Pentru a putea fi examinate la microscop, piesele trebuesc luminate. Luminarea lor se face prin transparenţă. Dacă piesele sunt groase, nu numai că lumina nu le traversează şi ele rămân obscure, dar din cauza suprapunerii mai multor planuri de elemente, forma şi situaţia acestora apare neclară. Pentru acest motiv, piesele trebuesc examinate pe secţiuni extrem de fine, ce se obţin prin includerea lor într'o substanţă cu care formează un bloc omogen, susceptibil de a fi tăiat în fine pelicule.

Substanţele întrebuinţate în acest scop sunt parafina şi celoidina. Parafina permite secţiuni extrem de fine (5—6 microni), dar din cauza diferenţei de consistenţă a ţesuturilor oculare, nu poate fi întrebuinţată decât pentru fragmente de ochi, sau pentru alte ţesuturi decât globul ocular. Celoidina nu prezintă aceste inconveniente, în schimb cu ea nu se pot obţine secţiuni mai subţiri de 10—12 microni.

Aceste două substanţe fiind insolubile în apă, pentru ca să poată pătrunde în ţesuturi este necesar ca piesele să fie deshidratate. Deshidratarea se face prin trecerea lor prin alcooluri din ce în ce mai concentrate pentru a evita alterarea celulelor printr'o deshidratare prea rapidă. In cazul unui glob ocular întreg, deshidratarea se face în felul următor: 48 ore în alcool 60%, 48 ore în alcool 70%, 48 de ore în alcool 80%, şi 48 de ore în alcool 90%. Ajunşi în acest stadiu se deschide globul tăindu-se două capace suficient de largi, la nivelul inserţiei muşchiului drept intern şi drept extern; ochiul astfel deschis se pune în alcool absolut, care se schimbă de 3 ori în 48 de ore.

In vederea includerii la celoidină, deoarece această substanţă nu este solubilă decât în alcool-eter, este necesar ca ochiul să fie pus în acest amestec cel puţin 24 de ore înainte de a-l introduce într'o soluţie slabă de celoidină. După o şedere de 5 zile într'o astfel de soluţie slabă, piesa este trecută într'o soluţie mai puternică de celoidină fiind necesar aproximativ 10—15 zile pentru ca ea să fie pătrunsă de celoidină şi bine solidificată.

Includerea la parafină comportă aceleaş manopere, cu deosebirea că înainte de a trece piesa în parafină, trebueşte îndepărtat alcoolul cu care este îmbibată, printr'un solvant al parafinei (xilol sau toluen).

Coloraţii.

In acest capitol nu am deloc intenţiunea să descriu numeroasele şi variatele procedee de coloraţie la cari se poate recurge şi ale căror indicaţiuni variază cu cercetarea istologică pe care dorim să o facem, ci mă voiu limita la metodele cele mai practice şi mai mult întrebuinţate.

Există două tipuri de procedee de coloraţie: Unul care permite o orientare asupra topografiei leziunilor (invaziuni celulare, desorganizări tissulare, etc.) şi la baza căruia se găseşte hematoxilina şi altul, care urmăreşte punerea în evidenţă a alteraţiunilor celulare fine, prin procedeul cu albastru policrom a lui Unna şi coloraţiile tricromice. Coloraţiile cu hematoxilină sunt cele mai des utilizate. In laboratorul clinicei noastre se întrebuinţează ca metodă generală dubla coloraţie prin hematoxilină-eozină. Dintre procedeele tricromice noi utilizăm mai des

BCU Cluj / Central University Library Cluj

metoda lui Van Gieson. Se ştie că această metodă comportă întrebuinţarea succesivă a hematoxilinei care colorează nucleii şi a unui amestec de acid picric şi de fuxină acidă. Acidul picric colorează citoplasma, iar fuxina acidă, în prezenţa acidului picric colorează electiv colagenul în roşu intens. Coloraţia lui Van Gieson este foarte utilă pentru studiul nervului optic. Nucleii apar colorati în albastru violet, cilindraxii în roşu închis, tecile de mielină în galben; substanţele hialine se colorează în roşu portocaliu, fibrele musculare netede în galben şi fibrele conjunctive în roşu.

Alături de aceste metode generale, pentru complectare capitolului explorării istologice voiu indica câteva procedee de colorare electivă şi metodele speciale de colorare pentru fiecare din părţile constitutive ale globului ocular.

Printre procedeele de colorare electivă trebuesc citate în primul rând impregnările, care consistă în introducerea unei substanţe într'o piesă sau organ care se va depune sau va colora numai anumite ţesuturi cu excluderea altora. Impregnările sunt de două feluri: metalice şi vitale.

Impregnările metalice urmăresc depunerea unui precipitat de metal redus pe anumite elemente tissulare şi pe microorganismele pătrunse în ţesuturi. Metalele întrebuinţate sunt: argintul, aurul şi osmiul. Cele mai numeroase impregnaţii se fac cu ajutorul argintului şi toate metodele cunoscute până azi derivă din aceea descoperită de Ramon Y. Cajal. Cele mai des întrebuinţate sunt:

Metoda lui Cajal pentru neuro-fibrile.
„ „ Golgi pentru celulele nervoase şi nevroglice.
„ „ Mawas pentru pigmentul nevic.
„ „ Levaditi pentru treponemă.
„ „ Marchi pentru fibrele cu mielină.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Impregnările vitale se practică fie direct introducând în organul proaspăt, nefixat, substanţa colorantă, albastru de metilen sau tuşul de china, fie indirect pe calea circulaţiei.

1. Calea directă.

In ochiul recent enucleat se injectează în corpul vitros câteva picături de albastru de metilen 1%₀ în ser fiziologic 8%₀, sau 1—2 picături de tuş de China. Pentru a evita eventualele desordini din interiorul globului ocular, ca urmare a ipertensiunei produsă de lichidul injectat se recomandă în prealabil punctia camerei anterioare. Ochiul este apoi imediat fixat în formol 10% şi inclus la celoidină.

Impregnările vitale se pot face şi pe ochiul viu în vederea studiului biomicroscopic a structurei ţesuturilor oculare. Cu ajutorul acestei colorări obţinută prin instilarea frecventă de albastru de metilen sau de albastru de Nil 0,4%, Gallemertz a pus în evidenţă structura punctelor lacrimale, a glandelor lui Meybomius şi a diferitelor elemente ale conjunctivei. Corneea se colorează bine cu negru de Bismark 0.92% şi neutral rot în instilaţii conjunctivale. Firişoarele nervoase se colorează cu ajutorul soluţiilor vechi de albastru de metilen, iar vasele limfatice perilimbice cu metil crezilblau.

2. **Calea indirectă.**

Această cale utilizează obişnuit calea circulatorie şi consistă în injectarea la distanţă a substanţelor colorante care pătrund încet în organul de impregnat. Pentru ochi, injecţia se face în carotida internă de partea globului ce urmează să fie injectat, după ligatura arterei de partea opusă şi se continuă până lichidul iese prin jugulare.

Odată injecţia terminată, ţesuturile sau organele a căror impregnare s'a urmărit, sunt recoltate şi fixate în formol 20%, apoi incluse la celoidină.

Uneori în technica istologică oculară este necesar să se distrugă pigmentul membranelor oculare sau a tumorilor melanice, operaţie destul de delicată pentru care s'au imaginat numeroase procedee, cele mai des întrebuinţate fiind:

1. Metoda cu acid cromic a lui Mawas.
2. Metoda cu brom a aceluiaş autor.
3. Metoda cu permanganat de potasiu a lui Alfieri.

Pentru decalcifierea oaselor sau a ţesuturilor calcifiate se întrebuinţează acidul sulfuros 5%, care transformă fosfatul tricalcic insolubil în fosfat monocalcic foarte solubil, iar în caz de insucces acidul azotic 5%.

Pentru punerea în evidenţă pe secţiuni a microorganismelor există o serie de procedee dintre cari citez meoda lui Ziller, Gram, Gram-Weigert, Ziehl Nielsen şi Kuhne-Borell pentru bacilul Koch şi bacilul Hansen, metoda Giemsa pentru eozinofilie şi în sfârşit metoda lui Perls pentru punerea în evidenţă pe secţiuni a unui depozit de siderosă.

DSPH Cluj / Cluj Public Health Library

Procedeele speciale de colorare ale diferitelor ţesuturi oculare variază dela ţesut la ţesut şi în raport cu leziunea căutată. Astfel pentru conjunctivă se pot întrebuinţa toate coloraţiile; dacă însă această mucoasă este atinsă de trachom, pentru punerea în evidenţă a diferitelor leziuni degenerative sunt necesari anumiţi reactivi speciali, (verdele de iod a lui Stilling pentru degenerescenţa amiloidă, sau mucicarminul lui Mayer pentru degenerescenţa mucoasă a epiteliului).

Corneea poate fi studiată prin coloraţia cu hematoxilină-eozină şi Van Gieson sau prin metoda specială a lui Lieto Volaro, care utilizează soluţia alcoolică de hematoxilină, alaun de fier şi acid fosfomolibdic pentru studiul fibrelor elastice şi a trunchiurilor nervoase corneene. Arcul senil al corneei, o producţie hialină degenerativă se colorează uşor prin metoda lui Russel, care întrebuinţează fuxina fenicată şi verde de iod fenicat.

Irisul şi corpul ciliar se colorează bine prin metoda lui Mallory şi hematoxilină eozină, iar exudatele din camera anterioară, corpul vitros şi coroidă, consecutive iridociclitelor, prin metoda lui Weigert, cu violet de genţiana sau violet de metil anilinat şi soluţia iodo-iodurată a lui Lugol.

Coroida se studiază bine prin toate metodele de coloraţie, dar cele mai frumoase preparate se obţin cu metoda lui Man şi Mallory. Pentru evidenţierea glicogenului (sarcomul caroidian) se recomandă metoda lui Best cu carmin, care dă cele mai durabile preparate.

Pentru studiul retinei technica lui Rochon-Duvigneaud este pre-

ferabilă tuturor celor întrebuinţate până acum. Această metodă utilizează ca fixator vaporii de acid osmic, care se lasă să acţioneze asupra retinei timp de o oră, până la coloraţia neagră. După acest timp se introduce piesa în lichidul Müller timp de 4 ore, se spală cu apă distilată, se deshidratează în alcooluri progresive şi se include la celoidină. Metoda lui Manouelian şi hematoxilina-eozina dau bune coloraţii. Pentru evidenţierea ştefanociţilor din gliom se face coloraţia specială a lui Mawas, iar pentru grăsimi coloraţia cu scharlah şi soudan III.

In sfârşit, pentru studiul nervului optic sunt indicate toate metodele cu hematoxilina lui Weigert şi aceea a lui Van Gieson, precum şi toate metodele de impregnare metalică (Cajal, Golgi, Marchi).

2. TECHNICILE DE EXPLORARE CLINICĂ.

Examenul acuităţii vizuale.

Examenul subiectiv în oftalmologie joacă un rol foarte important. Cu toate inconvenientele sale, legate mai ales de starea psihică a bolnavului, el trebueşte practicat cu multă răbdare, pentru a obţine maximum de date.

Măsurarea acuităţii vizuale se bazează pe cetirea unor litere tipografice (optotipi) aşezate la o distanţă care exclude intervenţia acomodaţiei. In practică aceşti optotipi se aşează la 5—6 metri de persoana care urmează să fie examinată. Principiul pe care sunt construiţi optotipii, este următorul: fiecare literă este înscrisă într'un patrat care corespunde unui unghi vizual de 5 grade şi este aşezat la distanţa unde ochiul normal ar distinge litera. Unghiul vizual este spaţiul cuprins între două linii ce merg dela extremitatea obiectului la punctul nodal al ochiului situat la 15 mm. înaintea retinei şi 7 mm. înapoia corneei. Fiecare latură a patratului este subîmpărţită în 5 părţi egale, formând 25 patrate, care corespund unui unghi vizual de 1 grad.

Acuitatea vizuală este considerată ca egală cu 1, dacă examinatul recunoaşte la 5 m. o literă ale cărei braţe corespund unui unghi de 1 minut şi a cărei înălţime totală însumează un unghi de 5 minute. Ea se exprimă printr'o fracţie, al cărei numărător corespunde numărului de metri care separă examinatul de optotip (5 metri) şi numitorul, numărului care arată distanţa la care cele mai mici litere văzute ar fi cetite de ochiul normal. Vederea normală se notează: V = 5/5. Dacă un bolnav nu vede decât a treia literă de sus în jos, vederea se notează; V = 5/20, iar dacă nu vede nici o literă, se va apropia de optotip până în momentul când vede, notându-se distanţa şi exprimând acuitatea vizuală în fracţiuni de metri sau centimetri. Când vederea este scăzută mult, aşa fel că bolnavul nu vede decât degetele sau mişcările mâinii, spunem că el are percepţia mişcărilor mâinii.

Măsurarea acuităţii vizuale se face separat pentru fiecare ochi. Pentru neştiutorii de carte se întrebuinţează optotipi cu o serie de litere E de mărimea literilor unui optotip şi ale cărei deschideri sunt îndreptate în jos, în sus, la dreapta şi la stânga. Pentru copiii cari nu cunosc alfabetul, se poate întrebuinţa un optotip reprezentând obiecte cunoscute, de dimensiuni răspunzând la un unghi tip.

Pentru examenul vederii de aproape, unde este necesară mărirea puterii refringente a ochiului, se întrebuinţează tabele cuprinzând texte

tipărite cu caractere de diferite mărimi cele mai mici fiind numerotate unu. Bolnavul se așează cu spatele la lumină, așa ca tabela să fie bine luminată și citește cu fiecare ochi separat, apoi cu amândoi, textul tipărit. Vederea de aproape se exprimă prin numărul ce corespunde celor mai fine caractere citite.

Explorarea câmpului vizual.

Examenul câmpului vizual constitue unul din testele fundamentale ale oftalmologiei și este singura metodă de cercetare, care permite explorarea căilor optice intracraniene.

Dintre numeroasele metode de explorare ale câmpului vizual, două își dispută favoarea oculiștilor: o metodă care poate fi numită calitativă, întrebuințează numai teste colorate, iar alta zisă cantitativă se servește numai de un test alb dar de dimensiuni variabile.

Este cunoscut faptul că înscrierea câmpurilor cromatice are loc în interiorul câmpului alb în ordinea albastru, roșu, verde și se știe că testele colorate lărgesc scotomele făcându-le mai evidente. Astfel pata lui Mariotte apare cu 1/4 din diametrul său, mai mare când este explorată cu un test roșu față de unul alb. In aceste împrejurări, întrebuințarea testelor colorate, pentru evidențierea scotomelor patologice, este de o foarte mare importanță practică. Dar metoda prezintă și inconveniente, rezultate în primul rând din mărimea testului, contrastul cu fondul arcului perimetric, culoarea și intensitatea luminajului, apoi în legătură cu bolnavii: discromatopsii și anomalii ale simțului luminos (4%), tulburări de refracție (ipermetropii au un câmp vizual mai strâmt pentru roșu ca miopii), starea dinamică a pupilei (o pupilă în mioză focalizează mai bine și mărește câmpurile) vârsta (micșorează câmpul vizual) și starea psihică (necesitatea unei bune capacități de atenție și a unei inteligențe medii). La aceste inconveniente, se mai adaugă uneori greutatea recunoașterii testelor, din lipsa unei educații cromatice sau a discromatopsiilor, apoi oboseala care produce insule de ambliopie împiedecând peste al 10-lea minut examinarea, din lipsa de atenție a individului.

Perimetria cu teste albe nu prezintă aceste inconveniente. Se știe că această metodă se bazează pe capacitatea de percepție a diferitelor zone retiniene. Conform acestei concepții după Moreau, câmpul periferic „ghicește", câmpul mijlociu „percepe", iar câmpul central „vede". Din această diferență de percepție s'a născut noțiunea izopterelor, a cercurilor concentrice, cari se desenează în câmpul vizual unind între ele puncte cu aceaș acuitate vizuală. Gaudissard a stabilit trei izoptere principale: unul periferic, altul mijlociu și altul central. Fiecărui din aceste trei izoptere îi corespunde un test de dimensiuni diferite. Practic s'a ales un index de 3 mm. pentru zona cuprinsă între 30 de grade și periferie, și un index de 1 mm. pentru zona dela 10—30 de grade. Zona centrală trebuește explorată, fie cu stereoscopul, fie prin metoda angio-scotometrică a lui Evans care utilizează indexe sub un mm.

O altă metodă pentru determinarea câmpului vizual este metoda lui Bjerrum cu ecrane speciale, care urmărește de asemenea o perimetrie cantitativă prin determinarea izopterelor.

Simțul cromatic se explorează cu ajutorul perimetrului, sau prin

BCU Cluj / Central University Library Cluj

metoda zisă a lânurilor colorate a lui Holmgren, bazată pe clasarea pe care trebue s'o facă bolnavul, a unui oarecare număr de jurubiţe de lână după un model dat.

Examenul bio-microscopic.

Microscopia cu ajutorul lămpii cu despicătură, după metoda lui Gullstrand, Koeppe şi Vogt are importanţă tot atât de mare pentru cercetările ştiinţifice ca şi pentru practica zilnică a oculistului. Este o metodă de explorare indispensabilă în toate cazurile. Graţie diagnosticului diferenţial precis şi precoce, prin această metodă se poate observa cu mult înainte de apariţia simptomelor clinice, modificările celulare sau alteraţiunile microscopice ale mediilor ochiului într'o fază în care celelalte metode nu pot da nici o indicaţie. Prin metoda de cercetare indicată de Vogt se pot pune în evidenţă, pe ochiul viu, fenomene normale şi patologice, care nu erau cunoscute până acum decât prin anatomie, ca şi o serie de fenomene care erau inaccesibile chiar anatomiei. Astfel se poate vedea endoteliul viu al peretelui posterior al corneei, iar fibrele nervoase normale pot fi urmărite până în ramificaţiunile lor cele mai fine. Fiziologia cristalinului tânăr şi senil s'a îmbogăţit graţie acestei metode şi tot graţie ei, se cunosc astăzi multiplele forme ale corpului vitros viu.

Cu ajutorul lămpii cu despicătură medicul localizează cu precizie punctele interesante situate în mediile ochiului şi graţie secţiunii optice, făcută cu fascicolul focal, localizarea în cornee, cristalin şi corpul vitros câştigă o precizie asemănătoare aceleia întâlnite în preparatele anatomice. (Fig. 1).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

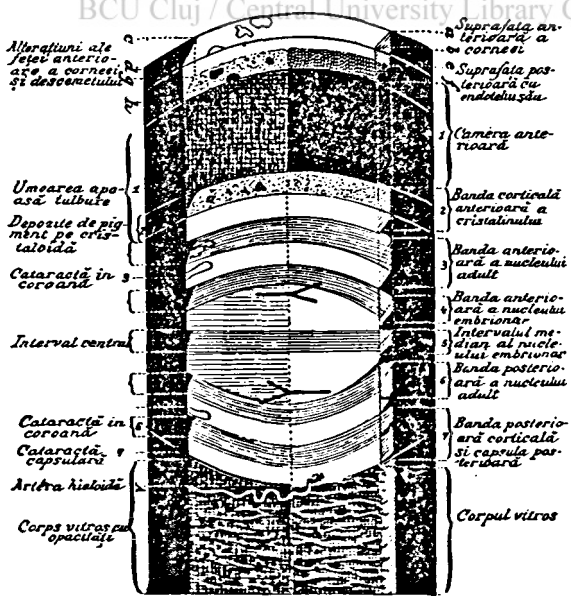


Fig. 1.— Secţiunea optică a globului ocular obţinută prin dispozitivul lui Gullstrand (Schematic). Jumătatea superioară a figurei reprezintă aspectul normal al ţesuturilor oculare în timp ce jumătatea inferioară arată alteraţiunile patologice ale diferitelor secţiuni luminate prin «Spaltlampe» (dupe Vogt).

Examenul bio-microscopic al ochiului se face cu ajutorul microscopului corneean a lui Czapski combinat cu dispozitivul lui Gullstrand, care nu este altceva decât un aparat de luminaj special, format din 4 elemente şi anume: o sursă luminoasă, un sistem de lentile condensatoare, format din două lentile plan convexe de câte 22 d., un diafragm în formă de despicătuă şi o lenrtilă de luminaj. Nu voiu descrie în detaliu toate elementele dispozitivului lui Gullstrand această descripţie găsindu-se în orice tratat bun de oftalmologie, dar voiu da în schimb câteva relaţiuni asupra opticei acestui dispozitiv.

Sursa luminoasă a dispozitivului se găseşte în focarul primei lentile condensatoare, iar fascicolul de raze care o străbate ajunge pe cea de a doua lentilă ca raze paralele. Trecând de această lentilă, razele converg către focarul său, care corespunde despicăturei în aşa fel, că această este complect luminată de imaginea reală şi răsturnată a firului încadescent al lămpei. O bună parte din razele, ce pornesc dela această imagină sunt prinse de lentila de luminaj formând o a doua imagină care este proectată asupra ochiului. In technica examenului biomicroscopic, nu razele emise de corpul luminos sunt, prin urmare, proectate asupra ochiului, ci imagina acestui corp.

Un examen bio-microscopic se poate face în trei feluri:

1. Examenul la luminajul direct, care se practică proectând fascicolul luminos direct asupra zonei oculare de studiat. Acest examen serveşte mai mult pentru o primă orientare.

2. Examenul diafanoscopic, prin proectarea fascicolului luminos în vecinătatea locului de examinat sau asupra unui viscer vecin (irisul şi cristalinul la examinarea corneei), care servind ca ecran reflectant lumineazā dinapoi zona pe care dorim s'o examinăm, permiţând studiul leziunilor sale prin transparenţă şi la lumina reflectată.

3. Examenul zonelor oglinditoare (Zones miroitantes, Spiegel Bezirk), noţiune introdusă în practică de Vogt şi prin care se înţelege zonele de discontinuitate între două medii de refracţie, al căror indice de refracţie se schimbă brusc. La nivelul acestor zone, o parte din razele luminoase sunt reflectate normal dând imagina sursei luminoase, altele în mod difuz neregulat, formând zona oglinditoare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Examenul bio-microscopic al conjunctivei se face prin luminaj direct sau inirect şi ne dă relaţiuni importante asupra vaselor sanghine şi limfatice, asupra nervilor şi leziunilor patologice desvoltate la nivelul conjunctivei. In interiorul vaselor şi cu deosebire al capilarelor din vecinătatea limbului, se poate urmări circulaţia întocmai ca în mezenterul broaştei. Acestui fapt de observaţie şi marilor posibilităţi de cercetare, pe care le oferă metoda bio-microscopică, se datoresc cercetările Maestrului meu D-l Prof. D-r Michail, făcute împreună cu mine asupra vazomotorilor conjunctivei (Annales d'oculistique T. CLXIII, 1926), prin care am putut dovedi între altele, că atropina şi mai ales pilocarpina, în instilaţii conjunctivale au o remarcabilă acţiune vazodilatatoare locală, producând în acelaş timp şi perturbaţii ale curentului lor circulator, însoţite de fenomene de transudaţie plasmatică.

Examenul prin coloraţia vitală a conjunctivei cu albastru de metilen, combinată cu studiul său bio-microscopic a dat interesante rezultate anatomice, punând în evidenţă epiteliul conjunctival, celulele sale caliciforme, terminaţiile intraepiteliale ale nervilor conjunctivei şi celulele contractile a lui Rouget din pereţii capilarelor conjunctivale. Dar rezultatele cele mai interesante şi de o foarte mare valoare practică au fost obţinute în cursul ultimilor ani, graţie acestei metode de explorare în studiul clinic al trachomului.

Cercetările bio-microscopice ale lui Cuénod şi Nataf, Mac Callan, Favoloro, Falta şi Howard, Thygeson, Avizonis, Bruck, Iamandi şi Lăzărescu, Mosso, etc., au reuşit să diferenţieze aspectul clinic al trachomului folicular de ipertrofia papilară care-l însoţeşte şi au înlesnit diagnosticul trachomului incipient prin descoperirea foliculilor trachomatoşi minusculi profunzi şi neaparenţi. Graţie aceloraşi cercetări, s'a putut evidenţia o serie de detalii în legătură cu panusul trachomatos.

Examenul bio-microscopic al corneei, se practică prin cele trei metode de examinare bio-microscopică, dar mai ales prin metoda diafanoscopică şi examinarea zonelor oglinditoare.

Examinarea diafanoscopică a corneei permite să se studieze în condiţiuni excelente alteraţiunile sale epiteliale şi endoteliale, circulaţiunea vaselor neoformate şi grosimea opacităţilor corneene.

Examinarea zonelor oglinditoare permite studiul micilor neregularităţi ale suprafeţei epiteliului corneean, dar mai ales al endoteliului a căror valoare diagnostică este de cea mai mare importanţă pentru multe afecţiuni oculare.

Examinarea irisului, cu dispozitivul lui Gullstrand, arată că acest viscer are mai mult „aspectul unei reţele sponginoase înotând într'un lichid şi este în întregime imbibată de acest lichid". In cazurile de tuberculoză iriană se constată dela început o iperemie sfincteriană, la care se adaugă curând un edem şi îngroşări bizare înconjurate de o zonă de vase iperemiate. Un semn caracteristic pentru tuberculoză după Koeppe ar fi umflarea vitroasă a ţesutului guleraşului şi a regiunei sfincteriene din imediata apropiere a marginei pupilare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Capitolul de patologiei oculară, care a suferit însă cele mai revoluţionare schimbări, graţie metodei bio-microscopice este capitolul cristalinian. Mai mult ca pentru oricare alt viscer ocular, metoda s'a impus pentru explorarea cristalinului. Graţie ei s'a putut demonstra, cât de imperfecte erau cunoştinţele noastre asupra patologiei şi morfologiei cataractei senile şi cât de false erau până mai eri părerile noastre asupra numeroaselor forme congenitale de opacităţi ale cristalinului. Pentru prima dată, examenul bio-microscopic a dat criterii exacte pentru separarea cataractei patologice de cea senilă, iar în fiziologia ochiului, noua metodă a permis achiziţionarea de noi date de o mare valoare ştiinţifică. Epiteliul cristalinian, suprafeţele de discontinuitate, relieful nucleului cristalinului adult, suturile embrionare au putut fi văzute direct şi explorate cu uşurinţă, obţinându-se relaţii asupra numărului, formei, dispoziţiunei şi luminozităţii lor.

Practica sistematică a examenului bio-microscopic a ochilor de cobai, puşi în experienţă pentru studiul cheratitei produsă de B. C. G. a permis Prof. Michail şi lui Vancea să constate, că cheratita experimentală prin B. C. G. se însoţeşte frecvent de tulburări cristaliniene, localizate totdeauna la nivelul cortexului anterior în strânsă legătură cu sutura anterioară a cristalinului. Aceste tulburări cristaliniene apar sub diverse forme clinice, printre cari autorii au notat în special două aspecte mai frecvente şi anume: fie o opacitate triunghiulară, corespunzând chiar sediului suturei anterioare a cristalinului, fie o opacitate elipticǎ, care înconjoară sediul aceleiaşi suturi. De câteva ori au aflat sutura anterioară a cristalinului în stare de dehiscenţă, cu marginile sale opalescente şi cu cortexul anterior presărat cu bule cristaliniene cenuşii, cu aspect granulat, proectându-se pe câmpul dehiscenţei suturale.

Corpul vitros din care nu se cunoştea aproape nimic, graţie dispozitivului lui Gullstrand a putut fi studiat în forma sa vie şi diferită. El apare la acest examen fie ca un schelet ondulant luminos, fie numai sub aspectul câtorva fibre, fascicole sau membrane de forme determinate sau diferite. In stări patologice se constată disociaţiuni ale scheletului, îngroşări sau condensări senile şi patologice, depozite de sânge, pigment, limfocite, etc.

Explorarea unghiului camerei anterioare.

O problemă, care a preocupat mult pe oculişti, a fost aceea a examinării unghiului camerei anterioare la o lumină focală. Dela început chestiunea s'a lovit de mari dificultăţi, izvorîte din caracteristicile anatomice ale regiunei şi din insuficienţa mijloacelor de cercetare. Banda sclerală, care intră în constituţia unghiului camerei anterioare, nu este transparentă, iar corneea la acest nivel este cu mult mai puţin clară, ca în rest. Luminarea regiunei se face, pe de altă parte, în condiţiuni extrem de grele, pentru că razele, care lovesc partea transparentă, cad într'un unghi prea mare şi o parte din ele se reflectă total, iar o altă parte care pătrund în profunzime, suferă o deformare astigmată enormă, încât imaginile apar cu totul neclare. Pentru a se putea examina unghiul, este necesar ca direcţia razelor de lumină să fie schimbată înainte de a veni în contact cu corneea. Incercările lui Salzmann cu sticla de contact, n'au dat rezultate. In 1919, Koeppe a

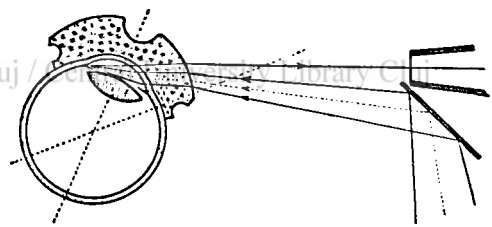


Fig. 2. — Secţiune printr'un ochi prevăzut cu sticlă de contact pentru examinarea unghiului camerei anterioare
Oglinda de argint se află în partea temporală lângă microscop, iar ochiul priveşte spre stânga şi intern (după Eregelet).

imaginat o mică cameră cu o rază de curbură de 15 mm., conţinând un amestec de Na Cl şi glicerină, ca un indice de 1,336, iar mai târziu o sticlă de contact cu raza de curbură a zonei active din punct de vedere optic, de 13,5 mm.; pe acest dispozitiv razele sunt proectate cu ajutorul unei oglinzi de argint, obţinându-se o distanţă focală de cel puţin 10 cm., unghiul camerei anterioare examinându-se la distanţa de 2—3 cm. (Fig. 2).

(Va urma)

REFORMA ÎNVĂŢĂMÂNTULUI UNIVERSITAR ŞI ISTORIA MEDICINEI *)

de

D-r V. GOMOIU

DOMNULE PREŞEDINTE,
DOMNILOR MEMBRI,

Nu ştiu cum veţi fi interpretat Domniile Voastre rostul comunicării mele din astă seară, dar, ca unul care ştiu multe, fiindcă am învăţat multe, şi pentru ca nimeni să nu poată răstălmăci comunicarea mea sau rostul ei, ţiu să declar dela început că nu vorbesc din dorinţa de a critica legea sau pe legiuitor, — căci starea actuală de lucruri este o urmare firească a stărilor din trecut, contra cărora am dat alarma încă de acum două decenii.

Din contră, dacă s'ar fi realizat măcar o parte din ceiace se zvonise că era în intenţia legiuitorului, am fi fost datori să aducem toate elogiile acelui care ar fi îndrăznit să întreprindă o „îndreptare" a învăţământului superior. Totuşi, chiar dacă este vorba de o încercare — nereuşită — am crezut că, în calitatea noastră de istoriografi trebue să o consemnăm, fiindcă, prin explicaţiile ce s'au dat, oficialitatea însăşi a confirmat „scăderile" din învăţământul superior, şi ca atare repetatele destăinuiri nu mai pot să fie taxate drept critici pătimaşe.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-l Ministru al Educaţiei Naţionale a recunoscut — în declaraţiile făcute rectorilor şi decanilor — că ar exista profesori cari nu au o activitate precisă şi n'au adus nici o contribuţie efectivă ştiinţei şi că există profesori cari nici n'au făcut cursuri; — d-sa a afirmat că în trecut s'au căutat adeziuni prin recompense din bugetul statului. Ori, deoarece nimeni n'a rectificat afirmaţiile d-lui Ministru, însemnează că tot ce s'a spus este adevărat. Am văzut o singură lămurire, în ziar, din partea unui profesor care s'a simţit vizat de afirmaţia că ar exista numeroase titulaturi pretenţioase de catedre: „Când se va pleda, de pildă, cu lux de argumente, necesitatea menţinerii unei catedre de „astrofizică" — zice d-l Ministru — deschizi cheia specială şi citeşti nepotul".

„Faimoasa chemare" — zice d-l Ministru — era menită în realitate să satisfacă interese de grup sau de familie". („Curentul" No. 3864 de Joi 3 Noembrie 1938, „România" No. 161 din 9 Noembrie 1938).

— Prin urmare, nu mai este vorba de „defăimarea" unei instituţii sau de „critici pătimaşe" — cum s'a zis până acum — ci este

*) Comunicare făcută la „Societatea Regală Română de Istoria Medicinei" în şedinţa din 17 Noembrie 1938.

recunoaşterea oficială a unor adevăruri crude, pe care nimeni din reprezentanţii învăţământului superior n'a îndrăznit să le tăgăduiască.

D-l Rector al Universităţii recunoaşte că s'au admis în corpul profesoral tineri care se bazau exclusiv pe relaţiunile lor de familie; — recunoaşte că articolul din „Curentul" intitulat „Reorganizarea universităţilor" spune deschis ceiace mai toţi şoptesc cu sfială, relatând abuzurile dela spitalele Eforiei; recunoaşte cramponarea la catedră a unor persoane lipsite de vlagă, — amestecul prea pronunţat al Academiei, etc. („Curentul" No. 3846 din Dumineca 16 Octombrie 1938).

Cu aceiaşi ocaziune, unul din profesori cere „Indreptaţi-vă privirile către facultatea de Medicină căci acolo reforma este mai necesară ca ori unde". Aceasta mărturiseşte că „Recrutarea corpului profesoral nu a rămas un act sever, de înalt cenaclu, în care singura competinţele să se pronunţe. De câţiva ani — zice dânsul — pentru unele catedre asistăm la o imixtiune neobişnuită până acum a tot felul de intervenţiuni, încât voturile „secrete" ale multora dintre noi nu mai reprezintă o convingere sinceră" („Timpul" No. 542, Vineri, 4 Noembrie 1938).

Iată, Domnilor, o primă concluzie ce se degajă — pentru istorie — din frământarea petrecută în jurul „reformei" învăţământului superior românesc: — este constatarea oficială a buruenilor care l-au înăbuşit, şi ca urmare logică a apărut necesitatea îndreptării lui.

Rămâne deci să vedem, dacă, şi în ce măsură, s'a reuşit, din ceiace era de dorit.

*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Nefiind legiuitor şi nici candidat la vreo catedră, se înţelege lesne că nici nu sunt interesat mai altfel decât este fiecare din Domniile Voastre; — mă ocup de chestiune numai ca Român şi istoriograf, şi de aceia am intitulat această comunicare „reforma învăţământului universitar şi istoria medicinei".

Poate că nici titlul acesta nu era cel mai potrivit deoarece eu nu mă voi ocupa de întreg învăţământul universitar ci numai de cel medical, fiindcă pe acesta îl cunosc bine; ba încă, indiferent de părerea altora, mă socotesc îndreptăţit să-l judec, sub toate raporturile.

Poate că însuşi cuvântul „reformă" să nu fie cel mai bine ales, fiindcă nu se mai ocupă nimeni de ceva care este deja „reformat". Imitând pe alţii, aşi fi zis „organizarea" învăţământului, dar trebue să constat că, pe alocurea noile modificări l-au desorganizat mai mult decât era; iar dacă i-aşi fi zis „raţionalizare", aşi fi căutat în zadar raţiunea care a dus la rezultatele pe care le cunoaşteţi.

*

Indiferent de titlul comunicării mele, eu am înţeles să consider de o parte „Istoria Medicinei" faţă de „noua lege a învăţământului universitar", iar pe de altă parte să consider „Legea învăţământului universitar" faţă de istoria medicinei.

In ce priveşte prima chestiune, nu am prea multe de spus, deoarece câteva constatări vor fi suficiente pentru a vă da putinţa să judecaţi singuri de întreaga situaţie.

Voi aminti în primul rând că „Istoria Medicinei" ca disciplină

în parte, de studiu, există de atâta vreme în țările civilizate: Franța, Germania, Polonia, etc.; — acolo există catedre de sine stătătoare — primordiale — și institute de specialitate, iar în Statele Unite ale Americei, există nu mai puțin decât 46 catedre, cu 2 institute formidabile, cu 2 asociații generale și 36 societăți locale de Istoria Medicinei.

In ultimii ani s'au creat însă catedre și institute de Istoria Medicinei chiar în țările unde nu existaseră: Turcia, Bulgaria, Estonia, Lituania, etc.

La noi, în București, a existat o catedră de Istoria Medicinei, în 1854, prevăzută de Davila, în primele programe ale Școalei Naționale de Medicină. Acea catedră s'a suprimat însă curând fiindcă nu s'a găsit cine să predea cursul. In 1921, prin stăruința fostului nostru președinte Cantacuzino și a profesorului Racoviță, s'a înființat la Cluj o catedră și un Institut de Istoria Medicinei, iar în 1923 — Facultatea din București, temându-se că mi se va face o catedră, a găsit mijlocul să-mi închidă drumul creind o „conferință" de Istoria Medicinei și a încredințat-o aceluia pe care vi l-am zugrăvit aici, în ședința din Iunie.

*

Nu am a cerceta considerentele legiuitorului, dar faptul este că, prin noua lege a învățământului superior atât „catedra" de la Cluj cât și „conferința" de Istoria Medicinei de la București, au fost suprimate.

In lămuririle pe care le-a dat rectorilor (vezi „Curentul" No. 3864 de Joi 3 Noembrie 1938), d-l Ministru al Educației Naționale a spus textual, că: „...am fixat un cadru precis, menținând catedra numai pentru disciplinele fundamentale și pentru principalele discipline de specializare și desființând pe toate cele inutile".

Digitized by Babeș-Bolyai University Library Cluj

Prin urmare, Domnilor, este clar: Legiuitorul a considerat Istoria Medicinei, ca o disciplină nefundamentală și inutilă, — și totuși, nu s'a găsit nici un colaborator care să-i atragă atenția asupra contradicției flagrante pe care o semnează.

In adevăr, Domnilor, pe când „Istoria Medicinei", a fost suprimată ca „nefundamentală" și „inutilă", din contră, la celelalte Facultăți — în afară de catedrele de „Istoria Antică", „Istoria Universală", „Istoria Românilor" — s'au mai păstrat și următoarele catedre — desigur, toate fundamentale și foarte utile — pe care le-am extras din „tabelele" anexate legii:

La Teologie, 3 —
- Istoria Bisericii românești
- „ „ universale
- și alta, Istoria bisericească (la Academia Teologică)

La drept, 2 —
- Istoria dreptului
- „ doctrinelor economice

La Litere, 6 —
- Istoria pedagogiei (și pedagogia)
- „ literaturei române (bibliografie și bibliologie)
- „ „ „ vechi
- „ statelor și culturii slavilor
- „ artelor
- și altă „Istoria Artelor" (la Academia de Arte Frumoase)

La Arhitectură, 2—	Istoria Generală a Arhitecturii „ Arhitecturii românești și arhitect. rurale
La Comerț, 1 —	Istoria comerțului și industriei
La Ed. Fizică, 1 —	Istoria, teoria și organizarea educației fizice
La Academia de Muzică, 2 —	Istoria literaturei dramatice „ muzicei, — și încă o „ muzicei religioase (la Acad. de muzică religioasă).

Nu aduc nici un comentariu faptului că Istoria Medicinei — reprezentată printr'o catedră și o conferință — s'a desființat de pretutindeni (din cele 3 Universități) și că s'au păstrat 18 catedre pentru istoria altor discipline, și nu voi face nimănui insulte ca să vorbesc aci de importanța Istoriei Medicale.

Trebue să constat că, în baza nouii legi a învățământului Universitar, Istoria Medicinei nu mai are nici o altă reprezentanță în România, decât Societatea noastră și Institutul nostru de Istoria Medicinei — la care, Ministrul Educației, Universitatea și Facultatea de Medicină din București, n'au contribuit cu nimic.

Înțelegeți însă amărăciunea cu care, în calitatea mea de delegat național al Societății Internaționale de Istoria Medicinei, va trebui să scriu în raportul anual către acel for internațional prezidat de românul Gomoiu, că învățământul oficial al Istoriei Medicale a fost suprimat în România — nu din spirit de economie bugetară, ci fiindcă ar fi „inutil".

Ba mai mult, această suprimare se întâmplă, printr'o nefericită coincidență, tocmai înainte de al XII-lea congres internațional de Istoria Medicinei care, a înscris în programul său, ca temă generală „Metoda cea mai bună pentru învățat Istoria Medicinei".

Noua lege ne dispensează însă de a gândi în această privință — adică, ne obligă să fim absenți, ca Români.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

*

Nu am nici o putere ca să intervin în vreun fel, dar cred că la noi nu era nevoe de „simplificare" ci se impunea o amplificare sau o complectare a învățământului, ca să se favorizeze înaintarea tinerilor pe toate tărâmurile; — se impunea mai ales o perfecționare, care la rândul lor să influențeze mersul general al culturii.

Cultura intelectuală este singurul domeniu în care calitățile noastre ne permit să pășim alături de țările cu veche civilizație, dar pentru aceasta ne trebue chiar mai multă silință decât altora.

Repet deci că învățământul nostru trebuia perfecționat iar nu simplificat, și mai ales în vremurile de azi Istoria Medicinei se cuvenea amplificată iar nu suprimată, fiindcă ea putea să aducă o valoroasă contribuție la desvoltarea conștiinței de neam.

*

Trecând la a doua chestiune — adică, la „noua lege a învățământului superior" față de Istoria Medicinei, lucrurile se schimbă, căci de data aceasta nu mai este legiuitorul care să aprecieze importanța disciplinelor, ci din contră, istoria este aceia care va avea să judece valoarea operii legiuitorului.

Consequent celor spuse la început, eu nu-mi voi permite să fac nici o apreciere — nici asupra legii şi cu atât mai puţin asupra legiuitorului — ci, mă voi mărgini la câteva constatări, care nu vor scăpa Istoriei, şi pe baza cărora aceasta se va rosti asupra operei înfăptuite.

O primă constatare este a faptului că s'a redus limita de vârstă a profesorilor şi astfel s'a scăpat Universitatea de unele elemente inutile sau dăunătoare. Eu nu discut această chestiune, dar, ca medic, mă îndoesc dacă timpul este întotdeauna şi faţă de toţi, cel mai bun criteriu, şi mă întreb dacă nu era mai etic sau mai util ca să fi eliminat numai elementele incapabile şi ca atare inutile, dar să fi păstrat pe cele capabile — indiferent de vârsta lor.

A doua constatare este că s'a creat la Facultatea de Medicină o catedră de stomatologie — şi, foarte bine s'a făcut. Necesitatea acestei catedre s'a simţit foarte de mult şi ea a fost cerută de Facultate încă din 1912, dar n'a fost înfiinţată atâta vreme cât a trăit Docentul D-r D. D. Niculescu; — acesta era pe vremuri singurul element bine pregătit în specialitate, dar Toma Ionescu şi „şcoala" lui nu-l puteau suferi, fiindcă Niculescu nu voise „să se acomodeze". După război s'a înfiinţat o catedră, la Cluj, iar după moartea lui Niculescu s'a înfiinţat şi la Bucureşti o „conferinţă" de — risum teneatis — „chirurgie maxilo-facială".

A treia constatare — dar aceasta, foarte dureroasă — este că, în schimbul unei catedre noui create, s'au suprimat atâtea alte catedre vechi, despre care este foarte greu să spună cineva că n'au fost „fundamentale" sau că sunt „inutile".

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Aşa de pildă, referindu-mă numai la chirurgie, este de remarcat că:

— Am avut o catedră de Patologie externă sau chirurgicală. Ori, poate cineva să spună că n'a fost fundamentală, când ea continuă să existe în toate facultăţile din lume?

Dar, în facultatea noastră unde lipseşte catedra de propedeutică este cineva care să creadă că studenţii pot să fie introduşi cu vreun folos, direct în clinică? — Ei bine. Se prea poate ca cineva să înveţe muzica chiar după ureche, — adică, fără să cunoască notele, dar acela se chiamă „lăutar" iar nu „artist", şi cred că bolnavii noştri — adică sănătatea publică — au nevoe de artişti buni iar nu de lăutari proşti. Dar, catedra de Patologie chirurgicală are istoria ei a parte, şi acum mă mărginesc să spun numai că prin noua lege a fost suprimată.

— Am avut două catedre de anatomie topografică: — Acea No. 1 ilustrată de Toma Ionescu până la moarte, şi aceia zisă No. 2 ilustrată de profesorul Gerota, până în anul acesta, când a fost pensionat. Oare poate cineva să spună că aceşti doi oameni au funcţionat toată viaţa la două catedre „inutile"?

— Am mai avut apoi o catedră de Medicină operatorie şi anatomie topografică ilustrată, mai întâi de D-rul Severeanu şi apoi de Generalul Demosthene.

Ei bine. Una din catedrele de anatomie topografică s'a suprimat prin moartea lui Toma Ionescu, iar cea de a doua împreună cu Me-

dicina. Operatoare au fost împreunate în mâna aceluiaşi profesor, despre care aşi vrea să spun tot binele dar mi-e ruşine.

Nu mă pot abţine însă de a constata că, noua combinaţie de catedre a fost intitulată: „Clinica chirurgicală, terapeutică şi operatoare (Anatomie Topografică)".

Ori, Domnilor, Titlul acesta — pe care Istoria îl va considera „epocal", ilustrează mai bine ca orice, una din „raţiunile" care au dus la „reforma" învăţământului medical superior — aşa cum rezultă din noua lege. Despărţirea prin virgulă a cuvântului „terapeutică" de acela de „clinică chirurgicală", însemnează că autorul acelui titlu a conceput chiar o „clinică" în care să nu se facă „terapeutică", — dar, aci este vorba de o altă istorioară, pe care o voi scri dacă voi mai trăi.

Pentru astă seară ţiu să mai constat însă că, adăogarea cuvântului „şi operatoare" după acela de „clinică chirurgicală", ne-ar lăsa să credem că în învăţământul nostru medical există şi o chirurgie fără operaţii sau operaţii nechirurgicale, pe când în realitate, autorul titlului a căutat să asigure cât mai bine asocierea celor două catedre. Ba mai mult. Fără frică de ridicol — ca şi udatul, care nu se mai teme de ploaie — autorul acelui titlu n'a ezitat ca, după cuvântul „clinică chirurgicală" să pună între paranteze — ca o explicaţie — cuvintele „Anatomie Topografică".

Ei bine, Domnilor, confundarea „Clinicei Chirurgicale" cu „Anatomia Topografică", constitue în adevăr o reformă extraordinară dar demnă de plâns, mai mult decât de râs.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

S'a zis, Domnilor, că prin suprimarea Patologiei Medicale, a Patologiei Chirurgicale, a Medicinei experimentale a Istoriei Medicinei, etc. s'a urmărit transformarea învăţământului medical într'unul mai mult practic. Dar am mai avut:

— O „conferinţă" de semeiologie chirurgicală,
— O clinică de chirurgie infantilă şi ortopedie, şi
— O clinică a boalelor genito-urinare.
— O Catedră de puericultură.

Toate aceste trei organisme — adică, discipline de învăţământ eminamente practice, au fost desfiinţate şi ataşate ca materii secundare, la clinicile chirurgicale.

Astfel: Uneia din vechile clinici chirurgicale i s'a anexat şi „semeiologia"; — alteia i s'a anexat şi „ortopedia"; — celei de a treia clinică chirurgicală i s'a ataşat şi clinica boalelor genito-urinare, — iar catedra de puericultură a fost desfiinţată prin anexarea la Pediatrie sau vice-versa.

Dar, Domnilor, ce catedră poate să fie mai utilă — şi prin aceasta mai fundamentală — decât catedra boalelor genito-urinare? Exceptând tuberculoza, sifilisul, şi alte câteva de acest fel, ce flagel bântue mai mult decât infecţiunile genito-urinare? Care este imensa majoritate din clientela medicilor tineri la oraşe? Şi, asupra cui se va resfrânge lipsa lor de pregătire?

Răspunsul îl puteţi da fiecare, dar eu ţiu să subliniez răspunsul pe care Ministerul Învăţământului îl dă Ministerului Sănătăţii; — în vreme ce acesta din urmă a pornit campania sanitară pentru salvarea

copiilor, cel dintâi desfiinţează tocmai una din catedrele de specialitate (Puericultura sau Pediatria — pe care le-a contopit).

*

Interesul bugetar — economia — n'a intervenit cu nimic în aceste suprimări, şi de aceia nici nu l-a invocat cineva. Ba mai mult. Alături de toţi titularii ale căror „catedre" sau „conferinţe" au fost suprimate, şi care titulari îşi păstrează toţi „drepturile câştigate", din contră, noua lege mai crează o serie de noui bugetari, prin încadrarea atâtor conferenţiari onorifici şi docenţi — operaţie, căreia i s'a zis „lichidarea unor situaţii confuse".

Dar, de ce s'a păstrat titlul şi salariul acelor profesori cari au fost apreciaţi ca „inutili" (— ei, sau catedrele lor)? Ce însemnează „drepturi câştigate"? — Dacă au fost câştigate aşa cum se spune?

Ori, aceasta este încă o dovadă că chestiunea banilor n'a contribuit cu nimic la hotărârile legiuitorului.

In schimb, s'a invocat în sprijinul diverselor suprimări, nevoia de a uşura pe studenţi — în adevăr, d-l Ministru a spus că: „Mai întâi am vrut să vin în ajutorul studenţimei şi să-i înlesnesc însuşirea cunoştinţelor necesare potrivit cu forţele omeneşti. In nici o ţară un student nu este obligat să dea atâtea examene ca la noi".

Domnilor, eu nu ştiu de ce s'a îngrozit d-l Ministru de atâtea examene, fiindcă noi medicii în general am trecut mai multe examene în medicina noastră decât a trecut d-sa la drept, şi totuşi nu ne-am speriat. Ba mai mult. Eu cred că reputaţia internaţională pe care am obţinut-o unii din noi se datoreşte tocmai felului de viaţă trudită la care ne-am obişnuit prin multiplele examene. Şi, mă întreb, dacă în caz de boală, d-l Ministru s'ar lăsa îngrijit de un coleg care n'ar fi dat alte examene decât cele prevăzute de învăţământul medical, „reformat".

Afară de asta, se pune întrebarea: întru cât s'a uşurat învăţământul sau studenţii — dacă, toţi profesorii ale căror catedre şi conferinţe s'au suprimat, sunt totuşi obligaţi să facă cursuri pe lângă alte catedre? — Şi, când în afară de titularii din trecut — „onorifică" şi ca atare neobligatorii pentru studenţi — se adaogă încă o serie de noui bugetari, care trebue folosiţi?

S'a zis că „numărul prea mare al catedrelor, departe de a ajuta, dimpotrivă împiedecă o bună pregătire a studentului". Dar, cum se va uşura această pregătire când s'au suprimat numai catedrele, dar s'au lăsat toate cursurile, — ba chiar s'au înmulţit?!

Va învăţa oare cineva boalele genito-urinare, ortopedia şi pediatria ori puericultura, mai bine de la titularii străini cărora au fost anexate catedrele suprimate, dcât de la specialiştii respectivi?

Incontestabil, Domnilor, că d-l Ministru al Educaţiei trebue să fi fost animat de cele mai bune intenţii — şi, svonurile iniţiale au fost cu totul altele decât rezultatele care se văd — dar, se vede că răul era atât de adânc şi influenţele laterale au fost atât de puternice, încât d-l Ministru a trebuit să cedeze în multe privinţe.

D-l Ministru a mai spus că „îndreptarea lipsurilor şi scăderilor din învăţământul superior va avea de rezultat înălţarea prestigiului

Universităţii", şi, în termeni foarte tăioşi a arătat atâtea din acele scăderi cunoscute tuturor.

Prin urmare s'a recunoscut oficial o scădere de prestigiu, pe care n'a contestat-o nimeni, iar d-l Ministru prin ceiace a spus şi a făcut n'a mângâiat câtuşi de puţin acel prestigiu. Cu toate acestea, n'a reacţionat nici unul din aceia cari au făcut faimoasa „grevă universitară" din 1921; — atunci însă s'au grăbit să demonstreze contra Eforului Gomoiu despre care ziceau că a jicnit „prestigiul profesoral" fiindcă pedepsise pe unii din cei cari nu-şi făceau datoria.

Dar istoria acelor timpuri este prea frumoasă şi o voi relua la timpul ei, pe bază de documente inedite.

Deocamdată însă trebue să constat că, vorbind de prestigiu, d-l Ministru a atins şi grava chestiune a profesorilor dela Facultatea de Medicină — cărora trebue să le consacru măcar o şedinţă, deoarece s'a dovedit acuma mai mult decât oricând, că Facultatea nu are nevoe de dânşii, ci ei au nevoie de Facultate, fiindcă altfel redevin inexistenţi.

Pentru astăzi însă trebue să mai constat că, d-l Ministru al Educaţiei a vrut să facă o operă mare şi bună, dar n'a reuşit decât să întoarcă pălăria cu pata în partea cealaltă, fiindcă racilele au rămas; — au mai rămas încă în sânul învăţământului atâţia infirmi — fizici sau intelectuali ori sufleteşti — care, nu numai că nu sunt în stare să înalţe prestigiul universitar, dar vor continua să-l coboare chiar mai jos de cât este astăzi. Observaţia poporului a recunoscut de mult că „omul sfinţeşte locul", şi nu se poate aştepta nici o „sfinţire" dela cei cari au întinat „locul".

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fără dorinţa de a se instrui mereu ei înşişi sau fără puţinţa creatoare a celor chemaţi să înveţe pe alţii şi fără subtila vibrare a intelectului lor, nici nu se poate nădăjdui redeşteptarea gustului de învăţătură sau stârnirea ambiţiei de inobilare prin educaţie. — „Nu numai cu glasul glăsueşte, o Preote! Dar mai ales cu pilda ta pildueşte".

Prin — noua reformă a învăţământului medical superior se sporeşte cantitatea celor a căror mulţime o resimţim, dar se micşorează calitatea de a cărei puţinătate suferim chiar astăzi; — se pare că prin „simplificarea" sau „uşurarea" acestui învăţământ se urmăreşte numai crearea de „practicieni", dar să nu uităm că „universitate" şi „spirit universitar" însemnează cu totul altceva.

O „îndreptare" reală se impune, şi cât mai grabnic — fiindcă toţi conducătorii poporului: preoţi, profesori, judecători, medici, ingineri, etc. sunt produsul Universităţii şi vor aplica în viaţă exact ceiace au învăţat la Universitate; şi, nu se poate nădăjdui o îndreptare a stării actuale de lucruri fără îndreptarea acestora, iar îndreptarea acestor (preoţi, profesori, medici, etc.) nu se poate nădăjdui fără îndreptarea „Universităţii".

— Cum s'ar putea face aceasta? Voi arăta în altă şedinţă.

Joi 17 Noembrie 1938.

DIVERTICOLII TUBULUI DIGESTIV, IMPORTANȚA CLINICA ȘI RADIODIAGNOSTICUL LOR

de

D-r EUGEN HERSKOVITS

Medic-radiolog București

Diverticolii tubului digestiv, fie congenitali fie câștigați, pot fi descoperiți din întâmplare — la un examen radiologic al tubului digestiv efectuat pentru un alt scop — într'o fază în care ei nu prezintă încă stază, deci neavând nici-o importanță clinică. In schimb când diverticolii prezintă o stază accentuată, se produce o inflamație a pereților diverticolari și eventual al organului de care ține, ba chiar și a organelor cari stau în corelațiune cu acest organ. In această fază, provocând diverse sindrome ei devin importanți din punct de vedere clinic.

Diagnosticul etiologic al acestor sindrome produse de diverticoli nu se poate stabili, decât cu ajutorul explorării radiologice, deoarece semnele clinice nu sunt concludente.

Diverticolii tubului digestiv fac parte din acele afecțiuni și modificări patologice ale organismului al căror diagnostic nu se poate stabili fără explorări radiologice.

Diverticolii pot fi congenitali și câștigați. Cei congenitali se găsesc foarte rar și sunt caracterizați prin aceea că pereții lor sunt compuși din toate straturile histologice ale organului căruia îi aparțin. Unii diverticoli congenitali ai duodenului, jejunului și ai ileonului conțin în structura lor și insule mici pancreatice.

Diverticolii care se formează în viața extrauterină, pot fi de două feluri, în ceeace privește patogenia lor, și anume:

a) Diverticoli de tracțiune, și b) de pulsiune.

Diverticolii de tracțiune se produc din cauza aderențelor din jurul organului afectat, ca rezultat al unor periviscerite.

Diverticolii de tracțiune sunt deobiceiu mici, în formă de cioc de pasăre sau de vârf de pintene, ascuțiți și colțuroși. Capacitatea lor fiind mică, deobiceiu ele nu produc turburări subiective.

Diverticolii de pulsiune se găsesc mult mai frecvent decât cei de tracțiune. Diverticolii de pulsiune se formează prin pulsiune (de aici numele lor) în anumite puncte slabe ale organelor și aproape întotdeauna în acelaș loc la acelaș organ, la diferiți bolnavi.

Punctele slabe, după Graser, ar fi orificiile de traversare a vaselor sanguine şi ale canalelor care intră spre lumenul intestinelor prin stratul muscular al peretelui lor. Mecanismul formării lor ar fi următorul:

Prin pulsiunea conţinutului intestinal s'ar produce o hernie a stratului mucos şi submucos al organului prin aceste puncte slabe ale stratului muscular, care cu timpul se tot măresc, atât prin pulsiune cât şi prin stagnarea materialelor intrate în pungile diverticolare.

Diverticolii de pulsiune însă nu se formează la fiecare individ, deci trebue să fie o anumită predispoziţie pentru formarea lor. Asupra acestui fapt au insistat Berg şi Schinz, care ne-au atras atenţia asupra faptului că, foarte des au întâlnit diverticoli de pulsiune la acelaş individ, la diferite organe ale tubului digestiv şi anume: La esofag, la duoden, la colon cari uneori au fost însoţiţi şi de hernii diafragmatice cauzate de insuficienţa hiatului esofagian. Aceşti bolnavi cu afecţiuni diverticolare multiple, au avut întotdeauna un habitus picnic cu ţesutul celulo-adipos foarte bogat. Deci autorii cred că la aceşti bolnavi graşi, ţesutul adipos care se depune în mare cantitate în jurul vaselor şi canalelor care traversează stratul muscular al susnumitelor organe, determină o poartă mică de eşire a mucoasei şi a submucoasei, în aceste locuri.

Vedem deci, că diverticolii de pulsiune se formează la indivizi cu o anumită predispoziţie, pe care unii o numesc congenitală.

Unii autori denumesc diverticolii congenitali, diverticoli adevăraţi, pe când pe cei pulsatili îi numesc falşi, fiindcă în pereţii acestor din urmă nu se găseşte stratul muschiular, ci numai cel mucos, submucos, subseros şi seros.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Diverticolii de pulsiune apar aproape întotdeauna la bolnavi adipoşi cari au trecut de vârsta de 40 de ani. Faptul vârstei înaintate, pe lângă structura diverticolelor, ne dovedeşte că aceştia nu sunt congenitali după cum susţin unii autori.

Inainte de era explorării radiologice a tubului digestiv, diverticolii nu au fost diagnosticaţi decât la autopsie. Unii clinicieni susţineau înainte că diverticolii nu au nici o importanţă clinică, arătând că aceste anomalii nu produceau nici o turburare subiectivă sau obiectivă. După descoperirea lor, cu ajutorul razelor in vivo, alţi autori au exagerat în cealaltă direcţie, susţinând că diverticolii au întotdeauna o importanţă clinică, deoarece chiar atunci când nu provoacă fenomene subiective, ei provcacă afecţiuni grave ale altor organe şi ale organului cărora îi aparţin.

Astăzi ştim că diverticolii pot fi diagnosticaţi fără ca diagnosticul să aibe vre-o importanţă clinică, (deci diagnostic secundar) ci numai din punct de vedere profilactic. Bolnavul poate suferi de o altă afecţiune a tubului digestiv independentă, de diverticolul găsit, care l-a adus la medic. Deci în concluzie, un bolnav la care s'a găsit un diverticol al unui organ, trebue examinat minuţios în privinţa întregului tub digestiv şi nu ne vom mulţumi numai cu diagnosticul pungii diverticolare.

Tot atât de adevărat este însă, că atunci când diverticolul ajunge la o anumită dimensiune şi nu se poate goli la timp, din cauza pedicolului prea subţire (care îl leagă de organ) şi din cauza slăbirii prin

cerc vicios a musculaturii sale (la cei adevărați), staza materialelor va produce o descompunere a alimentelor, care va fi un bun mediu pentru desvoltarea microbilor, și care la rândul lor vor produce o inflamație a peretelui diverticolar, așa numita diverticolită. Acești diverticoli inflamați pot fi foarte des puncte de plecare a neoplasmelor.

Diverticolitele pot produce la rândul lor abcese și gangrena diverticolului, care poate perfora peretele diverticolar producând o comunicație (fistulă) cu un alt organ din vecinătate. Pe de altă parte puroiul revărsându-se în organul diverticolar, va produce inflamația acestuia și a altor organe învecinate care comunică cu el. *Mai ales în aceste* cazuri diverticolii devin importanți din punct de vedere clinic, fiindcă bolnavul suferă. Suferințele lui sunt însă atât de variate și necaracteristice afecțiunilor diverticolare, încât se poate înțelege ușor, dece înaintea erei radiodiagnosticului nu s'a putut face diagnosticul etiologic la mulți bolnavi falși hepatici, pancreatici, stomacali, duodenali, intestinali sau apendiculari, de origină diverticolară.

Voi încerca a descrie caracteristicele radiologice ale diverticolelor fiecărui organ al tubului digestiv în parte, cu technica radiologică întrebuințată pentru explorarea și pentru diferențierea lor de afecțiuni cu imagini radiologice asemănătoare, adăugând la sfârșit descrierea câtorva cazuri observate și diagnosticate de mine.

1. DIVERTICOLII ESOFAGULUI.

Diverticolii esofagului pot fi: a) de pulsiune, b) de tracțiune, și c) combinații de tracțiune-pulsiune.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

a) **Diverticolii de pulsiune.**

Diverticolii de pulsiune se împart după localizarea lor în diverticoli faringoesofagieni, epifrenici și epicardiaci (ultimii fiind însă excepțional de rari). Diverticolul de pulsiune faringoesofagian este cel mai frecvent având sinonimele de diverticol hipofaringian, de graniță sau diverticolul lui Zenker. Diverticolii epifrenici sau supradiafragmatici se ivesc mult mai rar decât cei hipofaringieni. Singurul diverticol epicardiac (de mărimea unei cireșe) situat în partea intraabdominală a esofagului se află descris în literatură de Assmann și Lüdin. Diverticolii de pulsiune ai esofagului nu produc la început nici o turburare și se constată din întâmplare la un examen radioscopic al tubului digestiv făcut din altă cauză. Deci orice examen radioscopic al tubului digestiv trebue început cu controlul deglutiției bariului sub ecran pentru a se descoperi eventual un diverticul care nu produce încă turburări. Bolnavul cu diverticolul esofagian vine deobiceiu la examenul medical abia atunci când acesta îi produce disfagie. La examenul radioscopic, în caz de diverticole esofagiene vom putea observa umplerea unei pungi (deobicei la nivelul ultimei vertebre cervicale sau a primei dorsale) cu substanța de contrast și abia după umplerea complectă sau parțială a diverticolului vom observa *trecerea mai departe a bariului în esofag* (vezi fig. 1 și 2). Când însă în diverticol sunt resturi alimentare (cu toate că bolnavul este examinat dimineața pe nemâncate), acest diverticol va apăsa pe esofag, din care cauză esofagul nu se va umple decât până la acel nivel, *iar partea proximală a esofagului va fi ușor dilatată*, pe când

diverticolul va rămânea nedesemnat din cauza resturilor alimentare transparente care formează un obstacol pentru intrarea substanţei de contrast. In aceste cazuri vom recomanda bolnavului să-şi facă ca în mod obişnuit, — în caz de disfagii — masajul gâtului, (pe care dealtfel îl face în mod instinctiv) cu scopul de a goli conţinutul diverticolului. După masajul gâtului vom observa umplerea diverticolului şi apoi desemnarea întregului pasaj esofagian.

Diverticolul hipofaringian este localizat deobiceiu pe faţa posterioară a esofagului (vezi fig. 2), dar când este mai mare poate trece pe partea stângă, dreaptă şi pe cea anterioară. Deobicei, diverticolul este legat de esofag printr'un pedicol scurt şi subţire. Diverticolul de pulsiune apare mai frecvent la sexul masculin, având o formă ovoidă sau rotundă. Mărimea lui variază între mărimea unei nuci şi aceea a unui pumn de adult, are contururi regulate liniare şi este foarte mobil. Umplerea lui cu bariu poate fi complectă şi omogenă, sau numai parţială şi stratificată, cu un nivel de lichid, deasupra căruia se vede o transparenţă mărită dată de o bulă de gaz (aerul înghiţit). La inspiraţie diverticolul se deplasează în jos, iar la înghiţire în sus (semnul lui Kaufmann şi Kienböck).

Diverticolul rămâne umplut după golirea complectă a esofagului. Restul din diverticol poate stagna dela câteva minute şi ore, până la câteva zile şi chiar câteva săptămâni. Pe unele din radiogramele diverticolelor, — care se fac deobiceiu din direcţie sagitală şi obligă dreaptă anterioară — se poate depista uneori structura mucoasei pedicolului sub formă de pliuri longitudinale paralele, care pătrund spre punga diverticolară.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Diverticolii de diferite dimensiuni pot fi descoperiţi după cum am amintit din întâmplare, nesupărând deloc pe bolnav, însă când staza din ele este mare, ele produc disfagii şi diverticolite în urma cărora se poate perfora esofagul, fistulizând tracheea. In aceste cazuri de fistulă esofago-tracheală vom observa la înghiţirea bariului, în afară de semnele sus numite ale diverticolului, umplerea cu substanţă de contrast a tracheei şi a bronşiilor, mai ales a celei drepte, obţinând imaginea radiologică tipică de bronchografie (spontană) cu substanţă de contrast, urmată desigur de un acces violent de tuse. Diverticolii de pulsiune în cari se prezintă un rest la 6 ore după dejun, au o importanţă mare din punct de vedere clinic, deoarece necesită un tratament serios şi anume, îndepărtarea lor pe cale chirurgicală, pentru a preveni complicaţiile grave amintite mai sus.

Diverticolul de graniţă a lui Zenker trebue diferenţiat de dilataţiile suprastenotice ale esofagului produse după intoxicaţii cu sodă caustică, de care se deosebeşte prin faptul că dilataţiile suprastenotice privesc toate dimensiunile esofagului pe când, la diverticol din direcţie oblică, se vede traectul normal al esofagului, pe de altă parte la stenoză sub nivelul dilataţiei se vede traectul stenotic tipic al esofagului în formă de pâlnie. La pseudodiverticolii esofagului, cauzaţi de colecţiuni de puroi din mediastinul posterior, după perforaţiuni ale esofagului prin înghiţirea corpilor străini tăioşi, diferenţierea se face prin contururile neregulate ale plusului de umplere periesofagian şi prin anamneză.

Diverticolii epifrenici ai esofagului care au aceleaşi caractere radiologice ca şi acei ai lui Zenker, trebuesc diferenţiaţi de pseudodiverticolii lui Bàrsony — care pot apare solitari sau multipli în partea inferioară a esofagului din cauza unui spasm al cardiei — şi de micile hernii diafragmatice cu conţinut stomacal care se produc prin insuficienţa hiatului esofagian.

Pseudodiverticolul lui Bàrsony nu este constant, ci dispare după un timp oarecare în mod spontan sau după atropină.

Micile hernii diafragmatice mobile revin în poziţie verticală, la locul lor normal, iar fornixul stomacal nu apare în mediastinul posterior decât în poziţia orizontală a pacientului. Mai multe dificultăţi de diagnostic diferenţial ni le fac micile hernii ale hiatului, la care prin aderenţe, sacul şi conţinutul său rămân în mediastin în mod constant, în orice poziţie am examina bolnavul.

Pe aceste hernii diafragmatice ale hiatului esofagian Akerlund le-a împărţit în trei categorii şi anume:

a) Cele cu scurtarea esofagului, care se pot diferenţia numai prin imagina caracteristică a reliefului mucoasei gastrice, de diverticolul epifrenic (vezi fig. Nr. 4).

b) Hernia paraesofagiană, la care diferenţierea se poate face şi prin faptul că în aceste cazuri esofagul se desemnează pe întregul său parcurs normal, chiar şi în partea lui intraabdominală (intragastrică), iar partea supradiafragmatică a stomacului (din sacul herniar) nu se va umple, decât după umplerea porţiunii sale subdiafragmatice.

c) Hernia hiatului, care conţine pe lângă imaginea caracteristică a mucoasei gastrice, şi esofagul deviat, deplasat în sus şi recurbat, ceeace o diferenţiază de diverticolul epifrenic.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Diverticolul epicardiac sau subdiafragmatic al esofagului, trebue diferenţiat de diverticolul stomacal. Examinând bolnavul din diferite direcţiuni oblice şi din profil, diverticolul stomacului se va putea proecta în afara lumenului stomacal într'una din poziţiile sus numite, pe când cel esofagian va fi proectat întotdeauna în lumenul stomacului.

b) Diverticolii de tracţiune.

Diverticolii de tracţiune ai esofagului apar de obiceiu pe faţa sa anterioară, cauza lor fiind simfizele pleurale, sau scleroza ganglionilor mediastinali. Diverticolii de tracţiune pot apare dealungul esofagului, sub formă de cioc de pasăre şi nu ajung niciodată la un volum atât de mare încât să producă turburări. Deoarece capacitatea lor este foarte redusă, se întâmplă deseori că la examenul pasajului esofagian în poziţie verticală, ele nu se umple. Deci, dacă vrem să excludem cu siguranţă existenţa diverticolilor de tracţiune, bolnavul trebue examinat şi în poziţei orizontală, culcându-l dorsal, ventral şi pe flancuri; după acest procedeu se va umple chiar şi cel mai mic diverticol. După cum vom vedea mai târziu, acest procedeu se întrebuinţează şi la punerea în evidenţă a diverticolilor ducdenali.

c) Diverticolii de tracţiune-pulsiune.

Diverticolii de tracţiune-pulsiune ai esofagului, se produc prin pulsiune, acolo unde a existat (într'un loc mai slab al esofagului) un

diverticol de tracţiune. Pe aceştia îi vom găsi deobiceiu la nivelul bifurcaţiei tracheei (corespunzător nivelului vertebrei a patra dorsală). Aceşti diverticoli au caracterul diverticolilor de pulsiune în ceeace priveşte volumul, umplerea şi golirea lor, iar în ceeace priveşte contururile, acestea sunt ca şi la diverticolii de tracţiune. Aceşti diverticoli combinaţi sunt destul de rari, însă sunt descrise cazuri în cari, producând disfagii, a fost nevoe de intervenţii chirurgicale pentru înlăturarea lor (vezi fig. 3).

Se întâmplă ca la un bolnav cu disfagie să nu găsim radiolog nimic deosebit din partea esofagului, decât un mic diverticol de tracţiune, dar după spălătura făcută prin sonda subţire, reumplând esofagul cu bariu, va apare un diverticol mare cu caractere de tracţiune şi de pulsiune, care ne va explica originea disfagiei. In aceste cazuri nu s'a putut umple întregul diverticol la primul examen, din cauza resturilor alimentare care au fost înlăturate apoi prin spălătura esofagului.

CAZUL I. — In 15 Mai 1935, este trimis la mine de D-r Keszler un bărbat în vârstă de 55 de ani, pentru examenul radiologic al esofagului. Bolnavul ne spune că de câteva luni suferă de disfagii, care dispar după masaje uşoare ale gâtului, pe care le făcea la început în mod instinctiv, iar acum în mod conştient, constatând că-l ajută. In ultimul timp, imediat după masă îl cuprinde un acces de tuse, după care elimină o secreţie amestecată cu resturi alimentare.

Bolnavul e foarte bine nutrit, chiar gras şi nu prezintă nimic deosebit din punct de vedere clinic.

La examenul radioscopic se constată că pasta de bariu ajungând cam la nivelul primei vertebre dorsale, intră după o mică stagnare într'o pungă de mărimea unei piese de 5 lei, care din direcţie sagitală are o formă rotundă, iar din direcţie oblică o formă ovoidă, fiind situată în dosul esofagului şi în continuarea lui. După umplerea complectă a diverticolului începe să se umple esofagul şi sub nivelul pungii prezentând un pasaj normal. După golirea întregului esofag, punga rămâne umplută şi prezintă un rest considerabil chiar şi la 6 ore după dejun (vezi fig. 1 şi 2). Incolo nimic deosebit din partea tubului digestiv. Bolnavul l-am retrimis doctorului Keszler cu diagnosticul de diverticol de pulsiune a lui Zenker destul de voluminos şi cu retenţie considerabilă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

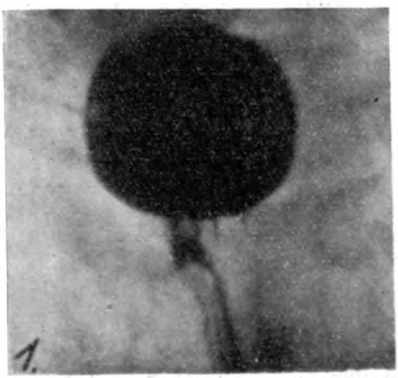


Fig. 1 — Cazul I. Radiograma sagitală a treimii superioare a esofagului cu un diverticol de pulsiune Zenker de mărimea unei piese de 5 lei, de formă rotundă.

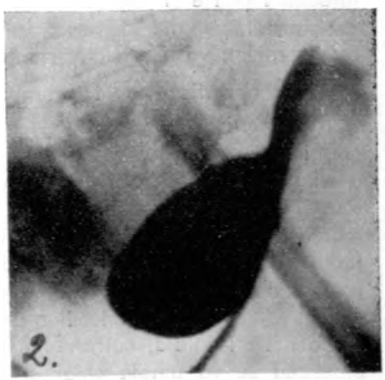


Fig. 2. — Cazul I. Radiografia în poziţie verticală a bolnavului, din direcţia O. D. A. a treimii superioare a esofagului, pe care se vede diverticolul susnumit la fig. 1 sub formă ovoidă şi pe faţa posterioară a esofagului.

După cum mi-a comunicat D-r Keszler, bolnavul nu s'a supus până azi intervenţiei chirurgicale indicată de noi, iar în afară de disfagiile care s'au mai agravat în ultimul an, nu s'a produs până în prezent ($3^1/_2$ ani trecuţi dela constatarea noastră) nici o complicaţie.

CAZUL II. — La un bolnav în vârstă de 70 de ani (28 Sept. 1936), examinând tubul digestiv, am constatat pe lângă diagnosticul principal de ulcer pe mica curbură a stomacului, un diverticol de tracţiune-pulsiune de mărimea unei nuci cu contururi nete, dar sinusoidale, cu umplere stratificată, situat pe faţa anterioară a esofagului, la nivelul bifurcaţiei tracheei. Cu toate că a rămas un rest în diverticol chiar la 6 ore după dejun, este interesant că bolnavul nu a suferit niciodată de disfagii. (Vezi fig. 3).

Fig. 3 — Cazul II. Radiograma ţintită în direcţie O. D. A. a treimii mijloci a esofagului cu un diverticol mare de tractio-pulsiune pe faţa anterioară, la nivelul bifurcaţiei tracheei.

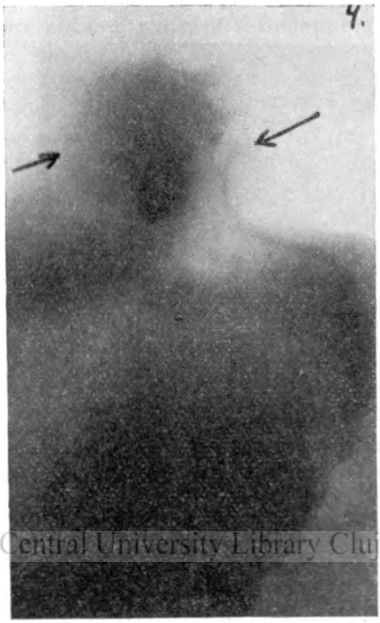
Biblioteca Universitatea "Babeş-Bolyai" Library Cluj

CAZUL III. — In 24 Iul. 1937, este trimis la mine de către D-r Sternberg un bărbat în vârstă de 60 de ani, pentru examenul radiologic al tubului digestiv. Bolnavul se plânge că, de un an încoace suferă după fiecare masă de dureri (senzaţie de presiune) în hemitoracele stâng şi în jumătatea stângă a abdomenului. Durerile apar imediat după masă şi dispar încetul cu încetul, după mai multe eructaţiuni. In ultimul timp nu are poftă de mâncare şi în câteva luni a slăbit cu 5 kgr. Suferă de o uşoară constipaţie şi de flatulenţă.

In antecedentele personale nu e nimic deosebit, în afară de un traumatism cu 34 de ani în urmă, când a fost lovit cu pumnul în hipochondrul stâng. După lovitură a leşinat fără să fi avut atunci sau după aceea vre-o altă neplăcere.

La radioscopia pe gol a abdomenului şi a mediastinului, se vede un meteorism accentuat în unghiurile colonului şi o bulă mare de gaz în mediastinul posterior imediat deasupra diafragmului. La ingerarea soluţiei de bariu se vede pasajiul esofagian normal, până la nivelul bulei de gaz văzută pe gol. De aici încolo nu se mai poate urmări umplerea esofagului, iar massa de contrast cade în mica pungă supradiafragmatică. După ce aceasta se umple aproape complect, gazul din ea dispare, reapărând sub diafragm în stomac. Abia după această fază, bariul începe să curgă şi sub diafragm pe mica curbură a stomacului, umplând complect stomacul. După câteva minute dela ingerarea bariului, stomacul este umplut în întregime, iar punga din mediastinul posterior prezintă în treimea sa superioară o cameră de aer, cu nivelul de lichid al substanţei de contrast. Punga are mărimea unui pumn de copil, având conturul drept, stâng şi inferior ondulat, ondulaţia însă nu este constantă ci se micşorează şi dispare ca să reapară peste un timp oarecare (mişcări peristaltice). Examinând partea cardială a stomacului prin presiune dozată, apare net conturul stâng (marea curbură) a stomacului care trece deasupra diafragmului stâng, în mediastinul posterior, iar pe radiografia regiunii fă-

cută în poziţie verticală cu compresie dozată (metoda Berg) ne apare relieful mucoasei gastrice deasupra diafragmului şi în continuarea pungii din mediastin. (Vezi fig. 4). La 2 ore după dejun punga din mediastin s'a golit de bariu, este însă constant umplută cu gaz. Stomacul hiperperistaltic este umplut în mare parte. Incolo nimic din partea tubului digestiv.



BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fig. 4 — Cazul III. Radiografia stomacului în poziţie verticală a bolnavului. Deasupra diafragmului puţin la stânga liniei mediane, se observă un nivel de lichid dat de substanţa de constrast, deasupra lui o trasparenţă mare în formă semilunară. Bula de aer a stomacului lipseşte. La nivelul şi imediat deasupra diafragmului se vede relieful mucoasei gastrice. Hernie mică diafragmatică constantă tip I. Akerlund.

In acest caz lipsa camerei de aer a stomacului sub diafragm cu imaginea constantă a bulei de gaz în mediastinul posterior, peristaltismul pungii şi imaginea reliefului mucoasei gastrice din sacul herniar, ne-a putut diferenţia mica hernie constantă a hiatului esofagian (cu scurtarea esofagului tip. I. după Akerlund), de un diverticol mare epifrenic de pulsiune.

După cum sunt informat, bolnavul trăeşte şi azi, având aceleaşi turburări care, după cum am văzut, se pot explica prin aerofagia, care se acumulează în partea intramediastinală a fornixului stomacal.

2. DIVERTICOLII STOMACULUI.

Diverticolii stomacului sunt foarte rari. In practica mea particulară de 13 ani nu am putut constata niciodată un diverticol stomacal.

Diverticolii stomacului sunt deobcieiu de pulsiune şi mai rar congenitali.

Ei apar deobiceiu solitari, dar s'au descris şi diverticoli multipli pe aceeaşi regiune a stomacului. După Akerlund şi Berg ei sunt mai

des localizaţi pe partea cardială a stomacului, spre mica curbură şi imediat sub diafragm. S'au descris însă de către Neuwerk şi Pansdorf cazuri cu localizări pe partea prepilorică a stomacului, de către Albrecht pe faţa anterioară şi posterioară a corpului stomacal şi de către Rothbart şi Kremser pe marea curbură a stomacului. Diverticolii stomacali apar la examenul radiologic ca un plus de umplere pe regiunile sus numite, având o formă rotundă, mai mult ovoidă, cu mărimea dela un bob de mazăre până la aceea a unei nuci mari. Contururile diverticolilor sant regulate, liniare. Diverticolul este legat de stomac printr'un pedicul subţire în care se pot observa câteva pliuri longitudinale paralele ale mucoasei gastrice, care iradiază spre lumenul diverticolar. Diverticolii sunt nobili la presiune şi uneori se observă mişcarea lor peristaltică, în special la cei congenitali. (Cu stratul muscular în peretele lor).

Diverticolul poate fi umplut omogen şi în întregime cu bariu sau poate prezenta trei straturi ca şi stomacul, (cel inferior de bariu, cel superior de aer şi cel intermediar de secreţie). După golirea stomacului diverticolul poate rămâne umplut, retenţia putându-se menţine dela câteva ore până la câteva săptămâni. Dacă diverticolul este dureros la presiune înseamnă că avem aface cu o diverticolită, ceeace ne dovedeşte şi staza mai mare decât de 6 ore după dejun.

Diverticolita poate produce gastrită, sau prin perforaţie, peritonită, deasemenea s'au observat destul de frecvent degenerescenţe canceroase, deci în toate cazurile de diverticolită trebue să indicăm intervenţia chirurgicală. Diverticolii din jumătatea superioară a stomacului trebuesc extirpaţi, iar pe cei din jumătatea inferioară îi vom exclude din circulaţie rezecând stomacul, deorece fiind goi şi lipsiţi de stratul muscular, diverticolii devin foarte mici, putând scăpa deseori observaţiunii chirurgului. S'au descris cazuri în care diverticolul negăsit la operaţie să fie constatat la autopsie, exact în locul unde a fost localizat radiologic, deci negăsirea lui la intervenţia chirurgicală, nu înseamnă că el nu există de fapt.

Diverticolii stomacului trebuesc diferenţiaţi de ulcerele cu nişa lui Haudek. După unii autori pedicolul subţire şi stratificarea conţinutului plusului de umplere ar fi semne caracteristice pentru diverticol. Dar s'au văzut şi ulcere a căror nişă prezenta aceleaşi caractere, deci numai pe semnele amintite nu ne putem bizui în diagnosticul diferenţial. Nişa nu ajunge însă niciodată dimensiunile unui diverticol mare, decât în caz de perforaţie larvată a ulcerului gastric în care vom avea un plus de umplere mai voluminos.

Cele mai sigure semne de diferenţiere sunt mobilitatea şi peristaltismul diverticolului, cu relieful mucoasei din pedicolul diverticolar, care nu se observă niciodată la nişă fiindcă în acest loc mucoasa, submucoasa şi uneori şi stratul muscular al stomacului sunt distruse. Diverticolii stomacului mai trebuesc diferenţiaţi de cei ai unghiului duodenojejunal şi de cei ai anselor superioare ale jejunului, care dintr'o direcţie oarecare s'ar proecta pe umbra stomacului. Diferenţierea acestora este foarte simplă, fiindcă examinând bolnavul din diferite direcţiuni, diverticolii jejunului se vor proecta la oareçare distanţă de stomac în cel puţin una din aceste direcţii, pe când cei stomacali se vor proecta în mod constant în continuitatea umbrei stomacale.

3. DIVERTICOLII DUODENULUI.

In comparaţie cu diverticolii stomacului, cei duodenali sunt foarte frecvenţi. Cei mai mulţi sunt de pulsiune, mai rar congenitali şi foarte rar se ivesc cei de tracţiune descrişi de Akerlund şi Kaufmann. Ultimii însă n'au nici o importanţă clinică, neproducând turburări. Locul de predilecţie al diverticolilor duodenali, este partea descendentă şi inferioară a duodenului cât şi unghiul duodeno-jejunal. Diverticolii îi găsim mai des pe porţiunea descendentă a duodenului şi anume pe partea sa concavă, mai mult în regiunea ampulei lui Vater şi deasupra ei în locul unde se varsă canalul accesor a pancreasului. Pe partea convexă a porţiunii descendente, locul de predilecţie a diverticolilor este spre unghiul inferior al duodenului. Diverticolii pot apare solitari sau multipli în acelaş loc, sau deodată pe mai multe părţi ale duodenului. Pe bulbul duodenal (care e locul de predilecţie al ulcerilor duodenale) nu se ivesc diverticoli, decât acei ai lui Hart, care sunt numiţi şi pungi sau ulcero-diverticoli deoarece, întotdeauna ele sunt consecinţa cicatricelor ulcerilor duodenale vindecate. S'au descris în literatură diverticoli adevăraţi ai bulbului şi fără ulcere duodenale, dar în aceste cazuri ne putem pune întrebarea, dacă nu cumva ulcere vindecate şi nepuse în evidenţă au fost totuşi cauza pungilor diverticolare. Buchem afirmă că nu ulcerul ar provoca pseudodiverticuloza lui Hart, ci presupune că diverticolii ar predispune şi ar provoca ulcerul duodenal, ceeace însă nu pare deloc verosimil. Intrucât nu găsim aproape niciodată ulcere pe porţiunea descendentă a duodenului, deşi aici este locul de predilecţie al diverticulozei. In concluzie, din punct de vedere practic trebue să admitem că pe bulbul duodenal nu se ivesc nici deverticoli adevăraţi (congenitali) nici cei de pulsiune, ci numai ai lui Hart.

La examenul radiologic diverticolii duodenali apar ca un plus de umplere dela mărimea unui linte, până la mărimea unui pumn de adult, având aceleaşi caractere ca şi cei stomacali. La diverticolii duodenali care prezintă o bulă de gaz aceasta nu dispare din diverticoli, în nici-o poziţie a bolnavului. (Semnul lui Chillet). Dacă diverticolii sunt mici sau mari însă umpluţi cu resturi alimentare, nu se vor putea pune în evidenţă decât după spălături duodenale şi prin examene radiologice făcute în diferite poziţiuni. (Vezi la diverticolii de tracţiune-pulsiune ai esofagului).

La unii diverticoli cari conţin resturi alimentare şi se umple numai parţial cu bariu, substanţa de contrast pătrunsă în mică cantitate în diverticol, înconjoară resturile alimentare, imitând imaginea calculilor biliari de colesterină cu un înveliş opac de oxalaţi. S'au descris cazuri cu diverticoli la nivelul ampulei lui Vater, care conţineau într'adevăr calculi biliari. Retenţia în diverticolii duodenali poate dura dela câteva ore, până la câteva zile, săptămâni şi chiar luni. Staza mare diverticolară (peste 6 ore după dejun) poate provoca diverticolite, astfel diverticolul devenind dureros la presiune. Diverticolitele pot provoca duodenite, gastrite, colecistite, pancreatite (mai ales cei din jurul ampulei lui Vater şi cei din partea supero-internă a porţiunii descendente a duodenului provoacă pancreatitele) hidrocolecistitele şi icter (mai ales cei

din jurul ampulei Vater şi din unghiul duodenal-jejunal cari apasă pe coledoc). Foarte rar se produc chiar fistule colecisto-duodenale, prin presiunea diverticolilor pe coledoc. S'au descris cazuri în cari bolnavi suferind de colecistită, sufereau după colecistectomie de colangite, întrucât colecistita a fost secundară diverticolului duodenal. Aceste cazuri nu s'au vindecat decât după excluderea duodenului din circulaţia alimentară. Vedem deci, că din semnele clinice foarte bizare şi necaracteristice diverticulozei duodenale, nu se va putea stabili niciodată diagnosticul principal, aceste semne fiind datorite numai afecţiunilor secundare, produse de diverticulită. Numai examenul radiologic minuţios şi repetat la diferite intervale, complectat prin radiografii ţintite ale duodenului din diferite direcţii şi poziţii ne va putea da diagnosticul.

Fiecărui bolnav cu colecistită fără calculi, trebue să-i facem şi examenul radiologic al tubului digestiv, putându-se descoperi prin acesta un diverticol inflamat, ca origină a afecţiunii veziculare.

Diverticolii duodenali trebuesc diferenţiaţi de următoarele afecţiuni: Calculi biliari, renali, pancreatici, ganglioni mezenterici calcificaţi, etc., dela care numai radioscopia şi grafia pe gol ne pot face diferenţierea în modul cel mai sigur, punându-i în evidenţă înainte de ingerarea substanţei de contrast.

De dilataţiuni suprastenotice ale duodenului, diferenţierea se va face uşor, prin staza accentuată a bariului în caz de stenoză, atât în stomac cât şi în partea suprastenotică a duodenului.

De o veziculă biliară umplută cu bariu, prin fistulă duodeno-vezicală (cauzată de ulcer duodenal, calculi biliari sau de stenoza coledocului) diverticolul se diferenţiază prin relieful mucoasei, care se observă în pedicolul său şi prin mobilitatea şi mişcările sale peristaltice. De o vezică biliară umplută cu bariu prin fistulă duodeno-coledociană (cauzată de ulcer duodenal sau coledocoduodenostomie) diverticolul se va diferenţia mai uşor, deoarece în aceste cazuri coledocul şi căile biliare superioare umplute şi ele cu bariu se vor desemna sub formă de ramuri de arbore.

Perforaţia larvată a duodenului se va diferenţia prin contururile şterse şi nesigure ale massei de bariu din cavitatea abdominală, în afară de semnele sus numite, prin care se diferenţiază diverticolul şi de o vezică biliară umplută cu bariu (prin fistulă duodeno-vezicală).

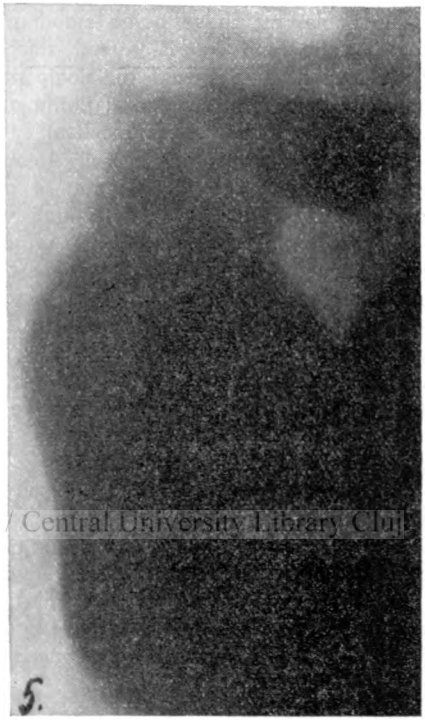
Diverticolul duodenal cu retenţie, trebue tratat mai întâiu în mod conservativ, punând bolnavul la pat şi dietă, pentru a favoriza golirea diverticolului. După cura conservativă bolnavul se vindecă foarte des. Dacă însă durerile revin după ce bolnavul şi-a reluat ocupaţia, trebue să indicăm intervenţia chirurgicală, care are scopul de a exclude duodenul din circulaţia alimentară (vezi la stomac). Se poate încerca insuflarea duodenului cu aer în timpul operaţiei, pentru a pune în evidenţă diverticolii şi ai extirpa, metodă preconizată de unii autori.

CAZUL IV. — In 16 Dec. 1937, se prezintă la mine o doamnă bine nutrită în vârsta de 34 de ani pentru colecistografie, indicată de medicul curant.

Bolnava suferă de indigestie şi de dureri vagi în regiunea hepato-biliară, de câţiva ani. A suferit de pioree alveolară anul trecut, de care a fost tratată.

Starea prezentă: Ficatul uşor şi uniform mărit, cu mici dureri la pre-

siunea hipochondrului drept, sub rebordul ultimelor coaste. Incolo nimic deosebit din punct de vedere clinic. Colecistografia făcută cu iodtetragnost intravenos, ne arată că vezica biliară nu se umple deloc. La radioscopia tubului digestiv se constată un diverticol la unghiul duodeno-jejunal, de mărimea unei nuci, umplut eterogen în trei straturi. (Vezi fig. 5). Diverticolul este mobil, dureros la presiune. Dureri mai mari la presiunea punctului cistic. La 6 ore după dejun, stomacul, duodenul şi diverticolul s'au golit complect. Incolo nimic deosebit din partea tubului digestiv.



BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fig. 5. — Cazul IV Radiografie ţintită din direcţie O. A. D. a porţiunii ascendente a stomacului. La unghiul duodeno-jejunal e o umbră stratificată (3 straturi) de mărimea unei nuci. Diverticol la unghiul duodeno-jejunal, care sagital s'a proectat pe mica curbură a stomacului

Bolnava nesuferind de colici hepatice şi vezica biliară neumplându-se nici pe cale intravenoasă, cred că diverticolul dela unghiul duodeno-jejunal presând coledocul, produce o stază în căile biliare, care la rândul ei produce o colecistită, a cărei consecinţe este obstrucţia canalului cistic sau îngroşarea bilei. Acestea ar fi deci obstacolele din calea pasajului substanţei de contrast în veziculă, iar nu calculii biliari.

4. DIVERTICOLII JEJUNULUI ŞI AI ILEONULUI.

La ansele jejunului şi ale ileonului se ivesc foarte rar diverticoli. Ei apar mai des multipli şi uneori solitari, localizaţi de obiceiu pe partea concavă a anselor intestinale. Aceşti diverticoli pot fi de pul-

siune şi conaenitali. Ei apar radiologic ca nişte plusuri de umplere, de formă rotundă sau ovoidă cu umplere omogenă sau stratificată, având mărimea unei nuci, până la un pumn de adult. Diverticolii cu pedicolul larg se vor putea goli uşor, însă cei cu pedicol strâmt se vor goli tardiv, retenţia din ei ducând la diverticolite. In caz de diverticolită apare durerea la presiune, iar retenţia va fi de peste 6—9 ore după dejun.

Diverticolitele pot produce peritonite, care prin aderenţele peritoneale pot provoca stenoze intestinale acute sau cronice.

Diverticolul lui Meckel, adică restul canalului omfalo-mezenteric, face parte din diverticolii congenitali ai ileonului. El se găseşte pe o ansă a ileonului care e la o distanţă de vreo 1—1,5 metru dela cec. El poate avea mărimea unei prune până la mărimea unei banane şi prezintă aproape întotdeauna retenţii mari.

Diverticolita Meckel poate produce stenoze acute, (invaginaţie) se pot ivi chiar în el ulcere peptice producând hemoragii intestinale. Diverticolita Meckel simulează din punct de vedere clinic foarte des o apendicită deoarece ansa ileonului căreia îi aparţine se află în vecinătatea cecului. Diverticolul Meckel e şi locul de predilecţie pentru neoplasme maligne. Diverticolii intestinului subţire trebuesc diferenţiaţi de afecţiunile calculoase ale organelor abdominale, ceeace se face prin radiograma pe gol, (vezi la diverticolii duodenali). Diverticolii de pe ansele superioare ale jejunului trebuesc diferenţiaţi de cei stomacali (vezi la stomac). Diverticolii multipli cu umplere stratificată, trebuesc diferenţiaţi de dilataţiunile suprastenotice ale intestinului subţire. Diferenţa se face prin volumul mult mai mare al anselor dilatate suprastenotice şi prin oprirea în bloc şi mai îndelungată a bariului, care la diverticoli ajunge mai departe în colon chiar şi atunci când e o retenţie diverticolară. Diverticolii intestinali cu retenţie trebuesc extirpaţi cei a lui Meckel, odată constataţi, chiar dacă s'ar evacua la timp, trebuesc îndepărtaţi din cauza pericolului de invaginaţie şi de degenerescenţă canceroasă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CAZUL V. — La 28 Martie 1938 e trimisă la mine de D-r Marcus B., o domnişoară în vârstă de 32 de ani, pentru examenul radiologic al tubului digestiv.

Bolnava suferă de constipaţie cronică, în ultimele 8 săptămâni, neavând scaun decât la 3 zile odată. De 3 săptămâni are greaţă, de care a suferit şi în Dec. 1937. Incolo nimic deosebit în trecutul bolnavei.

Starea prezentă: Bolnava bine nutrită prezintă un punct dureros la dreapta liniei mediane şi sub ombilic. Incolo nimic deosebit clinic. Radioscopia pe gol a întregului abdomen, nu prezintă nici-o umbră patologică în abdomen. La radioscopia tubului digestiv, se constată: Aerofagie, coloptoză mobilă şi un punct dureros la stânga colonului ascendent şi departe de el. La 24 şi 36 de ore după dejun, se văd în locul dureros mai multe umbre mici, grupate la un loc, care la presiune se deplasează împreună, deci formează un corp comun care are în total o formă ovoidă şi de mărimea unei nuci.

Aceste umbre foarte mobile sunt mai aproape de peretele anterior decât de cel posterior al abdomenului, dar intensitatea lor e mai slabă decât a colonului umplut cu bariu. Apendicele situat subcecal, e umplut parţial cu bariu, dar e nedureros la presiune.

Pe radiograma regiunii susnumite, făcută la 36 de ore după dejun, se observă, că umbrele componente ale grupului sus menţionat, nu au toate aceeaşi intensitate, plus sacralizarea dreaptă cu spină bifidă ocultă a vertebrei a 5-a lombară. (Vezi fig. 6). Umbra fiind compusă din mai multe umbre cu intensitate heterogenă şi toate de o intensitate mai slabă, decât umbra bariului din colon, dar

Fig 6 — Cazul V. O mică parte din radiograma intregului abdomen, făcută în poziție orizontală, la 36 ore după dejun. In proecția vârfului apofizei transverse drepte, a vertebrei a 4 a lombară și deasupra ei, se observă mai multe umbre mici, de mărimi și intensități diferite, care formează un corp comun de mărimea unei nuci. Diverticol al ileonului parțial și slab umplut cu bariu. Sacralizare dreaptă și spina bifidă ocultă a promontoriului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

în mod constant dureroasă la presiune și situată intraperitoneală, ea poate fi cauzată sau de un grup de ganglioni mezenterici, parțial calcificați, sau de un diverticol al ileonului (eventual a lui Meckel) parțial umplut cu bariu.

In contra ganglionilor mezenterici pledează lipsa umbrei la radioscopia pe gol și lipsa rezistenței la palpare, pentru ei însă pledează caracterul umbrelor. Contra diverticolului pledează felul umbrelor, pentru el vorbește durerea constantă dela locul umbrei și lipsa vizibilității sale la prima radioscopie făcută pe gol, cu ochii la fel de acomodați ca și la examenele ulterioare la care umbra a fost vizibilă. Felul umbrelor ar putea fi explicabil prin umplerea parțială, cauzată de resturi alimentare compacte din diverticol. Chiar și intensitatea mai slabă a umbrelor s'ar putea explica prin diluarea bariului în resturile alimentare lichide din diverticol.

Bolnava a fost retrimisă la medicul curant cu diagnosticul de diverticolită pe o ansă a ileonului din apropierea cecului, recomandând radiografia pe gol a intregului abdomen peste câteva săptămâni după purgațiuni și clisme repetate pentru excluderea și mai sigură a ganglionilor mezenterici calcificați.

CAZUL VI. — Pentru demonstrarea importanței controlului pe gol al abdomenului, înaintea ingerării bariului, voiu aminti pe scurt acest caz, care s'a prezentat la mine, pentru examenul radiologic al tubului digestiv și la care radioscopia și radiografia pe gol ne-au pus în evidență 2 umbre de ganglioni mezenterici calcifiați (vezi fig. 7) și care, fără examenele pe gol, ne-ar fi putut face greutăți de diferențiere de umbre diverticolare ale ileonului.

5. DIVERTICOLII INTESTINULUI GROS.

Pe cât de rar se ivesc diverticolii pe ansele intestinului subțire, pe atât de des îi găsim la colon. Diverticolii colonului sunt deobiceiu de pulsiune (ai lui Graser) foarte rar se găsesc cei de tracțiune, care nici la acest organ nu au importanța clinică, neproducând turburări.

Fig. 7. — Cazul VI. O parte a radiografiei pe gol a abdomenului făcută în poziție orizontală. La nivelul ultimelor vertebre sacrate și puțin la dreapta liniei mediane se văd două umbre, și anume: una superioară mai intensă dar cu centrul mai transparent, având mărimea unei nuci și contur net liniar, alta inferioară, mult mai slabă ca intensitate, dar cu contururi nete și cu mărimea unei alune. Umbrele sunt date de ganglioni mezenterici calcificați.

S'au descris diverticoli cari conțineau și stratul muscular în pereții lor, localizați în special la cec și la apendice. S'a dovedit că diverticolii cecului s'au ivit după traumatisme, iar cei apendiculari la apendicite cronice, deci și pe acești diverticoli îi putem încadra ca și pe cei ai bulbului duodenal între pungile postcicatriciale ale lui Hart. Acești diverticoli nu au o importanță clinică, decât la apendice unde reprezintă încă un semn de afecțiune apendiculară.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Locul de predilecție al diverticolilor de pulsiune, cari apar aproape întotdeauna multipli, e colonul descendent și ansa sigmoidă, dar se pot ivi diverticoli și la restul colonului, fiind descriși chiar la rect.

Diverticolii de pulsiune se prezintă radiologic (atât la radioscopia obișnuită descendentă cât și la irigoscopie) ca niște plusuri de umplere pe partea externă și internă a colonului ascendent, descendent sau a sigmei și pe marginea inferioară sau superioară a colonului transvers. Aceste plusuri de umplere au o formă rotundă și mărimea unor boabe de mazăre, putând ajunge la mărimea unor boabe de struguri. Plusurile de umplere sunt legate de colon printr'un pedicul subțire. Când sunt resturi alimentare în diverticol, iar substanța de contrast umple numai partea periferică, imagina imită calculii biliari de colesterină cu înveliș de oxalați.

Colonul umplut cu bariu, împreună cu diverticolii multipli, apare radiologic ca un saxofon (vezi fig. 8). După golirea colonului diverticolii mai pot rămâne umpluți, apărând sub forma unor șiruri de perle sau sub formă de boabe grindină.

Se poate întâmpla ca diverticolii, fiind umpluți cu resturi alimentare (calculi stercorali), să nu se vadă nici la examenul descendent

nici la cel ascendent. Deci în toate cazurile suspecte de diverticuloză a colonului (la bolnavi graşi, mai în vârstă cu semne de colită — diaree cu tenesme —) la cari pe ca'e obişnuită nu s'a putut pune în evidenţă diverticuloza colonului, vom pregăti în mod special bolnavul pentru irigoscopie. Pregătirea constă în a se alimenta bolnavul numai cu lichide în ziua premergătoare examenului făcându-i-se apoi clisme înalte simple în repetate rânduri, în seara dinaintea examenului, iar după clisme nu va mânca nimic timp de 12 ore înaintea irigoscopiei. In modul acesta diverticolii se vor goli de resturile alimentare şi bariul va putea intra cu uşurinţă, la umplerea ascendentă. O pregătire şi mai sigură e baia intestinală. In caz că diverticolii nu se golesc nici la 48 de ore după dejun, vorbim despre retenţie diverticolară, în special acolo unde colonul din partea corespunzătoare s'a evacuat de bariu. Staza din diverticoli poate fi dela câteva zile, până la câteva săptămâni. Retenţia mare duce la diverticolită, care la rândul său poate produce perforaţia deverticolului cu fenomene de peritonită. Perforaţia deverticolelor de pe sigmă, pot produce fistule vezico-intestinale. Dacă exudatul din deverticol se goleşte spre lumenul colonului, se va produce o colită fibroplastică, care produce cu timpul o stenoză a colonului. In locurile colitelor fibroplastice diverticolare s'a observat foarte des degenerescenţe canceroase. După statistica mare a lui Mayo în 30 % a cazurilor cu diverticuloză.

Diverticolii de pulsiune trebuesc diferenţiaţi de o imagine spastică (formă pilocarpinică) a colonului. Ochiul obişnuit îi va diferenţia foarte uşor, dar oridecâteori vom fi în dubiu, se va aplica atropină şi papaverină după care vor dispare pseudodiverticolii spastici, întregul colon devenind hipo sau atonic, pe când diverticolii adevăraţi îi vom găsi constant vizibili şi la colonul devenit atonic. Diverticolii de tracţiune formaţi prin aderenţe se vor deferenţia uşor de cei pulsatili, prin forma lor ascuţită.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Diverticolii cu retenţie care prezintă semne de inflamaţiuni trebuesc trataţi radical, adică chirurgical, pentru a evita complicaţiile pe care le pot produce. Diverticolii care nu prezintă retenţii trebuesc trataţi medical, cu dietă având grijă că diverticolii şi colonul să se evacueze regulat, pentru a preveni diverticolita.

CAZUL VII. — In 20 Noembrie 1937, se prezintă la mine un bolnav, adipos, în vârstă de 57 de ani pentru examenul tubului digestiv, cu următoarea anamneză. De 4 ani suferă de dureri în fosa iliacă dreaptă, cari apar zilnic şi la foame, In ultimul timp, durerile s'au agravat, ceeace l-a adus la medic. Bolnavul nu a slăbit din greutate în acest răstimp. La examenul clinic se constată un habitus picnic, cu un punct dureros sub şi la dreapta ombilicului. Incolo nimic deosebit din punct de vedere clinic.

La radioscopia tubului digestiv se constată semne directe de apendicită cronică şi diverticoli multipli pe colonul descendent, mai mulţi pe partea lui internă. Unii mai mici se văd şi pe ansa sigmoidă. Diverticolii au mărimea unor boabe de struguri, la colonul descendent cu centrul mai transparent din cauza resturilor alimentare. (Vezi fig. 8). Insă atât colonul descendent, sigma, cât şi diverticolii lor s'au golit complect la 30 ore după dejun. Deci diagnosticul secundar de diverticuloză a colonului, chiar numai din punct de vedere profilactic, adică a tratamentului medical, îşi are importanţa sa, diagnosticul principal rămânând apendicita cronică. Bolnavul s'a supus apendectomiei şi se simte bine, chiar după 10 luni dela apariţie.

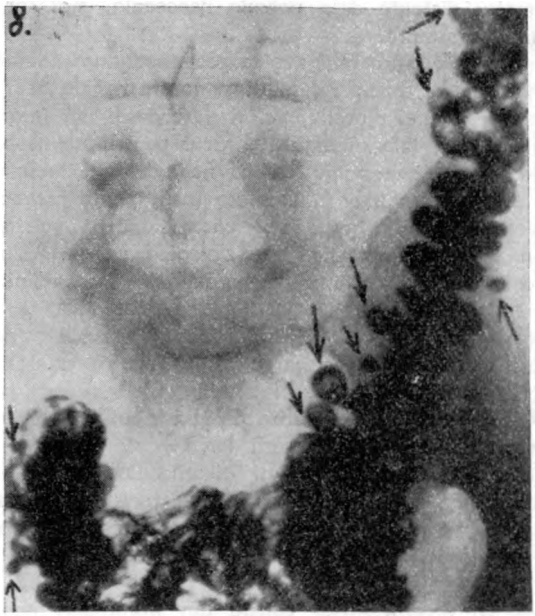


Fig 8 — Cazul VII. Radiografia jumătății inferioare a colonului descendent și a ansei sigmoide, la 24 ore după de-jun, făcută în poziție orizontală. Pe partea internă a colonu-lui descendent hipertonic se observă 6 diverticoli de mărimea unor boabe de struguri cu centrul mai mult sau mai puțin transparent. Pe partea externă a descendentului se vede un singur diverticol mai mic. Pe partea dreaptă și inferioară a ansei sigmoide, se văd doi diverticoli, de mărimea u-nor boabe de linte.

Cluj

CONCLUZII.

Diverticolii tubului digestiv pot fi congenitali sau câștigați. Cei câștigați, pot fi de pulsiune, de tracțiune și combinați de tracțio-pul-siune. Diverticolii congenitali se ivesc rar, cei mai frecvenți sunt cei de pulsiune. Diverticolii îi găsim mai des la duoden, la esofag, la colon, mai rar la restul intestinului subțire și la stomac. Ei pot apare soli-tari sau multipli la acelaș organ și la diferite organe deodată.

Localizarea mai frecventă a diverticolilor mari, la diferite organe, e următoarea:

1. La esofag, îi găsim cel mai des, la extremitatea lui superioară, mai rar pe partea supradiafragmatică și intrastomacală și mult mai rar pe restul esofagului.

2. La stomac se ivesc mai des pe partea cardiacă subdiafragmatică, mai ror în jurul pilorului și pe corpul stomacal.

3. La duoden, îi găsim foarte des pe partea concavă a porțiunii descendente, la unghiul inferior al duodenului și la unghiul duodeno-jejunal, mult mai rar pe partea convexă a porțiunii descendente.

4. La intestinul subțire, cel mai des e diverticolul lui Meckel,

Bibliotecă Universitară din Cluj ROMÂNIA

la 1—1,5 metru distanţă dela valvula ileocecală, mai rar se ivesc la restul intestinului subţire.

5. La colon se ivesc mai des la porţiunea descendentă şi la ansa sigmoidă, mai rar la restul colonului şi foarte rar la rect.

Diverticolii tubului digestiv, pot fi descoperiţi din întâmplare la un examen radiologic al tubului digestiv, făcut pentru alt scop, deci ei nu au în aceste cazuri, importanţă clinică neproducând încă nici-o turburare. Staza mare a resturilor alimentare însă, poate provoca inflamaţia pereţilor diverticolari şi a organelor cărora aparţin sau şi a acelora care sunt în legătură anatomică şi fiziologică cu ei. Abia în această fază diverticolii devin importanţi din punct de vedere clinic, provocând turburări.

Semnele clinice ale diferitelor afecţiuni provocate de diverticolii tubului digestiv nu sunt deloc caracteristice pentru a stabili un diagnostic etilogic. Acesta nu poate fi stabilit, decât numai prin explorări radiologice făcute după o pregătire specială a bolnavului, de către un radiolog expert în technica explorării lor.

Radiodiagnosticul diferenţial al diverticolilor, de alte plusuri de umplere (sau pseudoplusuri, ca de ex. calculi renali, etc.), se va face pe baza examenelor pe gol ale abdomenului, pe baza mobilităţii, peristaltismului diverticolar şi prin imaginea de relief a mucoasei din pedicolul diverticolar.

Terapeutica diverticolitelor constă din tratament medical, dar în caz de insucces trebue să recurgem la tratamentul chirurgical, pentru a evita complicaţiile mai grave (degenerescenţa canceroasă, stenoză intestinală, etc.), la care pot duce aceste diverticolite.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Tratamentul chirurgical constă din extirparea diverticolelor, sau excluderea lor din circulaţia alimentară.

Am descris câteva cazuri observate de mine, pentru a demonstra importanţa clinică şi procedeul de radiodiagnostic al diverticolilor cari aparţin organelor tubului digestiv.

BIBLIOGRAFIE

Albers, Beitrag zur Kasuistik operierter Duodenaldivertikel, Dtsch. med. Wschr. 1937, pag. 1111. — Albrecht, Die Röntgendiagnostik des Verdauungskanals, einschliesslich der Leber und der Gallenwege. Ed. Thieme, Leipzig 1931. — Albrecht, Zur Häufigkeit und klinischen Bedeutung der Kolondivertikel, Dtsch. med. Wschr. 1936. No. 17. — Bársony, Koppenstein, Spitzendivertikel des Magenfundus Fortschr. Röntgenstr. B. 46, H. 4. — Bayer, Perforation eines Oesofagusdivertikels in die Trachea, Röntgenpraxis 1934. pag. (p.) 31. — Berg, Röntgenuntersuchungen am Innenrelief des Verdauungskanals, Ed. Thieme L. 1931. — Berghoff, Duodenum-Choledocus-Fistel, Rönt. Prax. 1935. p. 688. — Bjelozerkowsky, Ueber die Divertikel des Zwölffingerdarmes, Zbl. Chir. 1937, pag. 735. — Bodarwé, Ueber Divertikelbildung im Dünndarm, Rönt. Prax. 1937 p. 403. — Buchem, Divertikel der Pars sup. Duodeni, Rönt. Prax. 1935 p. 743. — Clairmont, Zur Divertikulose des Duodenaldivertikels, Med. Klin. 1936. No. 8. — Fromme, Ueber die Grenz—(Pulsions)—Divertikel der Speiseröhre, Med. Klin. 1936 No. 38. — Gutzeit, Kuhlmann, Ueber Divertikel und divertikelähnliche Gebilde des Magens, Dtsch. Arch. klin. Med. 1933 p. 175. — Hangănuţ şi Popescu, Fistulă duodeno-coledociană în legătură cu 2 cazuri. Al doilea Congres Naţional de Radiologie şi Electrologie medicală Cluj, 1937 vol. 2 p. 132. — Herskovits E., Kleine konstante Hernia diafragmatica, Rönt, Prax. 1938 p. 36. — Herskovits E., Grosses Di-

vertikel der Speiseröhre in der Höe der Bifurkation, Rönt. Prax. 1938 p. 37. — Herskovits E., şi F. Importanţa radiografie pe gol, Bul. Med. Ter. 1929 p. 193. — Herskovits F. Marolug okozta nagyobbfoku nyelöscöszükölet, Rev. Med., Cluj 1931, p. 129. — Herskovits I. E. F. Tratat practic de röntgenologie medicală, Ed. Rev. Med. Orv. Szemle Cluj 1932. — Herskovits I. E. F. A hasüri szervek röntgen vizsgâlata Ed. Rev. Med. Orv. Szemle Cluj 1937. — Holl, Abnormer Duodenalverlauf mit grossem Divertikel, Rönt. Prax. 1935 p. 274. — Horsch, Doppeldivertikel der Flexura duodeno-jejunalis bei Pyloruskarzinom nach Anlegung einer Gastroenterostomie, Bruns. Beitr. 1933, p. 158. — Hummel, Differentialdiagnostische Schwierigkeiten zwischen Divertikulose des Dickdarms und Neubildung. Med. Welt. 1935, No. 46. : Kaiser Betrag zur Differenzialdiagnose echter und unechter Duodenaldivertikel Rön. Prax. 1937 p. 538. — Kremser, Ueber vielfache Divertikelbildung im kardialen Magenabschnitt. Rönt. Prax. 1934 p. 524. Krinke, Erworbene Magenhiatushernie und ein subdiafragmatisches Magendivertikel, Rönt. Prax. 1935 p. 106. — Kröker, Divertikel am Verdauungstrakt Rönt. Prax. 1934 p. 448 — Lange, Fremdkörperdivertikel der Speiseröhre, Z. ärzt. Fortb. 1933 p. 22. — Lorne, Beitrag zur Frage der Hiatushernien, Rönt. Prax. 1937 p. 325. — Pannewitz, Traktions-Pulsionsdivertikel des Oesophagus, Rönt: Prax. 1937 p. 500. — Pandorf, Ein reines kongenitales Pylorusdivertikel bei gleichzeitig bestehenden Ulcus duodeni, Rönt. Prax. 1929 p. 176. — Pape, Ein Fall von chronischer Oesophagus-Bronchus-Fistel bei Oesophagusdivertikel, Wien. klin Wschr. 1934 p. 44. — Prevot, Meckelsches Divertikel im Röntgenbild, Rön. Prax. 1936 p. 397. — Reiser, Ein Fall mit multiplen Duodenaldivertikeln, Med. Klin. 1934 p. 44. — Reiser, Dünndarminvagination, hervorgerufen durch ein Meckelsches Divertikel, Rönt. Prax. 1935 p. 90. — Robinsohn, Posttraumatische Eiterhöle als Pseudodivertikel des Oesophagus, Rönt. Prax. 1937 p. 126. — Schinz, Lehrbuch der Röngendiagnostik, Ed. Thieme L. 1928 şi 1932. — Schwarz, Divertikulitis subakuta, Wien. med. Wschr. 1937 p. 584. — Simon, Ueber verschiedene Erkrankungen des Meckelschen Divertikels, Arch. klin. Chir. 1936 No. 3. — Spärchez şi Popescu, Două cazuri de diverticoli duodenali, — Al doilea Congres national da Radiologie şi Elektrologie Med. 937. vol. 2. p. 136. — Steuer, Zur klinischen Bedeutung der Duodenaldivertikel, Klin. Wschr. 1936 No. 14 şi 15. — Sumi, Ueber ein Blinddarmdivertikel, Zbl. Chir. 1936 No. 25. — Szabo, Divertikel des Zökums, Ach. klin. chir. 1937 p. 190 şi 291. — Thaler, Uebersicht über die Klinik und röntgenologische Symptomatik des Duodenal divertikels, Münch. med. Wschr. 1936 No. 50. — Teschendorf, Lehrbuch der röntgenologischen Differentialdiagnostik der Erkrankungen der Bauchorgane Ed. Thieme, L. 1937. — Teschendorf, Paraösophageale Hiatushernie, Rönt, Prax. 1937 p. 201. — Umber, Divertikel im Verdauungstrakt, Münch. med. Wschr. 1937 p. 1377. — Walzel, Behelf zur Darstellung schwierig oder nicht auffindbarer Duodenaldivertikel während der Operation, Zbl. Chir. 1935 p. 21.

EUGEN HERSKOVITS: *Divertikel im Verdauungstrakt, ihre klinische Bedeutung und Röntgendiagnose.*

Die Divertikel des Verdauungskanals können angeborene oder erworbene sein. Die. Erworbenen können pulsions oder traktions Divertikel sein, oder beide combiniert. Die angeborenen findet man selten, wahrend am zahlreichsten die Pulsionsdivertikel sind. Wir finden sie am häufigsten am Zwölffingerdarm, an der Speiseröhre, am Mastdarm, seltener am Dünndarm und Magen. Dieselben können vereinzelt oder auch mehrfach am selben Organ und auch an mehreren Organen zu gleicher Zeit erscheinen. Die Localisierung grosser Divertikel an den verschidenen Organen:

1) Am Oxsophagus finden wir sie hauptsächlich am Eingang, seltener am epiphrenischen Teil, noch seiteuer am intragastrischen Teil und ganz selten an den restlichen Teilen.

2) Am Magen kommen sie häufiger vor an dessen Kardialen subphrenischen Teil, seltener an der Pylorusgegend und am Magenkörper.

3) Am Duodenum sind sie häufiger auf der konkaven Seite des deszendenten Teiles, dann am unteren Winkel des Zwölffingerdarmes und an der Flexura duojejunalis, seltener an der konvexen Seite der Pars descendens.

4) Am Dünndarm kommt am häufigsten der Meckelsche Divertikel vor, etwa 1-1.50 Mtr. von der Ileocoecalklappe entfernt, seltener sind die Divertikel am anderen Teil des Dünndarmes.

5) Am Dickdarm kommen die Divertikel häufiger am absteigenden Teil des colon descendes und an der Sigmoidschlinge vor, seltener in den restlichen Tei len des Colons und nur sehr selten am Rektum.

Die Divertikel am Verdauungskanal können durch Zufall bei einer Röntgenuntersuchung die aus anderen Gründen vorgenommen wurde, entdeckt werden. (Nebendiagnose). In diesem Falle kommt ihnen keine klinische Bedeutung zu, zumal sie dem Kranken keine Störungen verursachen Vorhandene grosse Stauungen von Nahrungsmittelresten, können aber eine Entzündung der Divertikelwände und der Organe selbst, oder auch der Organe die mit dem letzten in anatomischer und physiologischer Verbindung stehen, verursachen. Erst in dieser Phase sind sie aus klinischem Standpunkte wichtig, da sie Störungen verursachen.

Die klinischen Merkmale der verschiedenen Störungen die infolge von Divertikuliten zu Tage treten, sind keineswegs so charakteristische, um eine äthiologische Diagnose zu ermöglichen Die Diagnose kann nur durch Röntgenuntersuchung die unter besonderer Vorbereitung des Patienten vorgenommen wird, von einem erfahrenem Facharzt, der die Technik der Divertikeldiagnose beherrsch, — gestellt werden. Die Röntgedifferentialdiagnose der Divertikel von anderen Füllungsplusen oder Pseudoplussen (Steinen etc.) ist durch die Leeraufnahme des Abdomens und durch die Beweglichkeit, durch Peristaltismus und durch das Reliefbild der Schleimhaut (von Pediculm) der Divertikel durchzuführen.

Die Therapie der Stauungslosen Divertikel beschränkt sich auf medikamentöse Behandlung, Diät, etc. Wenn aber trotz dieser Behandlung eine Stauung in den Divertikeln festgestellt wird und wenn der Kranke über Störungen und Schmerzen klagt, so ist derselbe dem Chirurgen zu überweisen, um die schweren Folgen der Divertikelentzündurg (Z. B. Krebsartige Degenereszenzen etc.) zu vermeiden.

Die chirurgische Behanglung besteht aus der Entfernung der Divertikel und wo sie nicht auffindbar sind (während der Laparatomie) was auche oft geschieht, müssen sie aus der Nahrungsbahn ausgeschaltet werden.

Ich habe einige von mir beobachtete Fälle mitgeteilt um die klinische Bedeutung und das Röntgendiagnostische Verfahren bei den Divertikeln des Verdauungskanales zu demonstrieren.

DOTT EUG. HERSKOVITS *Diverticoli del tubo digestivo, loro importansa clinica e diagnostico radiologica*:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

I diverticoli del tubo digestivo sono congenitali oppure acquisti. Quelli acquisti possono essere di pulsione, di trazione oppure di trazio-pulsione. I diverticoli congenitali s, incontrano meno frequenti, i piu frequenti sono quelli di pulsione. I diverticoli possiamo trovare al duodeno, al esofago, al colone, meno frequente al resto del ileo, ad allo stomaco. Essi possono presentarsi solitari oppure multipli allo stesso organo, oppure agli organi diversi nello stesso tempo simultaneamente. I diverticoli del tubo digestivo possono essre scoperti—ale same radiologico del tubo digestivo fatto per una altra cosa,—in una fasi nel quale essi non presentano una stasi, dunque senz, una importanza clinica. Invece quando, i diverticoli presentano una stasi accentuata, si produce una inflamazione nei lati dei diverticoli ed eventualmente del, organo dal guale appartiene, anzi anche gli organi in correlazione con questo organo. In questa fasi si producono diversi sindromi, ed in questa fasi i diverticoli diventani importanti dal punto di vista clinica.

Il diagnostico etiologico di questi sindromi prodotti dai diverticoli non si possono stabilire se non coll, esplorazioni radiologice, perche i simptomi clinici non sono concludenti. La terapia dei diverticoli consiste nel trattamento medicale ma in caso di insuccesso siamo costretti di intervenire per via chirurgicale per evitare dei piu gravi complicazioni come degenerazione cancerosa, stenosa intestinale etc. tutti questi come risultanti di questi diverticoliti.

Ho descritto qualche casi da me osservati per dimostrare la loro importaza clinica, il metodo diagnostico radiologica dei diverticoli, i quali appartengono ogli organi del tubo digestivo.

EUGEN HERSKOVITS: *Diverticules dans le trajet du tube digestiv, leur importance clinique et leur diagnostique radiologique.*

Les diverticules du tubef digestit peuvent être congenitaux ou acquis. Les derniers peuvent être sous divisés en diverticules de pulsion, diverticules de traction et mixtes, diverticules de tractio-pulsion.

Les diverticules congenitaux sont rares, les plus fréquents, sont ceux depulsion. Le plus fréquemment on trouve les diverticules au duodenumà l'oesophage, dans le colon et plus rarement dans l'intestin grèle et l'estomac.

Leur apparition peut être solitaire ou il peuvent être multiples, dans un seul organe ou dans le même temps dans plusieurs organes.

La localisation des grands diverticules dans les divers organes:

1) *Oesophage:* dans l'ordre de la fréquence dans la portion initiale, puis, à sa portion sus-diaphragmatique et enfin sur la portion intrastomacale, plus rarement sur le reste de l'oesophage.

2) *Estomac,* les plus fréquents sont ceux de la portion cardiaque, sous-diapfragmatique, ceux du pylore et du corps sont plus rares.

3) *Duodenum*: plus tréquents sur la face concave de la portion descendente, à l'angle duodeno-jéjunal et encore plus rarement sur la face convexe de la 2-ème portion.

4) *Dans l'intestin grêle* le plus fréquent est le diverticule de Meckel à 1-1⁵ cm. loin de la valvule ileo-coecale.

5) *Colon,* les plus fréquents dans la portion descendante et dans l'anse sygmoïde, très rarement dans le rectum.

Les diverticules peuvent être decouverts par hasard dans le cours d'un examen radiologique du tube digestif.

Dans ces cas ils ne provoquent au malade aucun trouble, pour le moment. La stase des substances alimentaires dans les diverticules peut provoquer l'inflammation des parois diverticulaires de l'organe même sur lequel il est situé et même des organes avec lesquels celui-ci garde des relations physiologiques ou anatomiques.

C'est seulement dans cette période qu'ils peuvent provoquer des troubles.

La symptomatologie n'est pas caractéristique, ainsi qu'on ne peut établir un diagnostic étiologique.

Celuici, peut être fixé seulement par des examens radiologiques après une préparation spéciale du malade, faite par un radiologue expert dans la technique de leur exploration

Le diagnostic différentiel et avec les autres remplissages suplimentaires (calcules etc.) est possible par les examens à jeun et après le remplissage au barium, puis par la mobilité et par l'image en relief de la muqueuse du pédicule diverticulaire.

La thérapie des diverticules sans stase est resummée au traitement médical-diététique et seulement en cas de troubles importantes au traitement chirurgical pour éviter les complications plus graves des diverticulites dégénérescence cancereuse etc.)

Le traitement chirurgical consiste en l'extirpation des diverticules et là où ils ne sont pas à trouver pendant la laparotomie (ce qui n'est pas très rare) leur exclusion de la circulation alimentaire.

J'ai décrit les quelques cas observés par moi, pour démontrer l'importance clinique et la méthode du diagnostique radiologique des diverticules du tube digestif.

Resumatele autorului.

Central University Library Cluj

SIROPUL NEURO TONIC GHEORGHIU

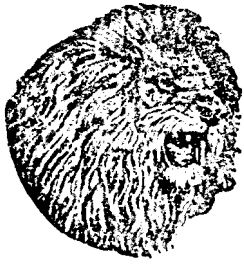
TONICUL NERVILOR ŞI AL MUŞCHILOR

Aprobat de Ministerul Sănătăţii

Apreciat de D-nii Medici Neurologi şi Internişti

In cazurile:

Surmenaj intelectual, fizic şi moral. — Anemie. — Convalescenţă. — Extenuare. — Melancolie. — Nevrostenie. — Nervi sensoriali. — Insuficienţă sexuală. — Timiditate. — Tic Nervos, etc., etc.



Marca preparatului

Reconfortant. Reconstituant. Tonic. Aperitiv.

POSOLOGIE: Adulţi: 2—4 lingurile zilnic inaintea meselor.

PUNCŢIA, PE CALE VAGINALĂ, A CHISTULUI DE OVAR TORSIONAT

de

Adm. Agregat D-r AL. LAMBESCU
Chirurg primar

După o expunere succintă a datelor celor mai importante, cum sunt complicaţiunile torsiunei pediculare, formele ei clinice, diagnosticul diferenţial şi tratamentul, autorul prezintă o observaţie interesantă prin aceia că vindecarea clinică a acestei afecţiuni s'a obţinut prin puncţia, pe cale vaginală, a chistului torsionat. In acest sens stabileşte tehnica, indicaţiile, contra-indicaţiile şi procesele ipotetice de vindecare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Un chist de ovar torsionat evoluiază acut sau subacut, din etapă în etapă, până la sfârşitul letal.

Această evoluţie însă, nu este absolut obligatorie (Bégouin). Torsiunea poate deveni, uneori, curabilă în mod spontan, producându-se o restabilire în sistemul venos de retur, cel dintâiu blocat, fie că agentul de torsiune va reactiva, fie că nu. Aceasta cu totul excepţional. Se citează de-asemenea, mai mult cu titlu pedant, varietăţi de nuanţe ca: torsiune „manquée", torsiune rudimentară, torsiune regresivă, exprimând noţiunea clasică de torsiune pediculară incompletă. Oricum, e bine să nu contăm pe aceste excepţii şi după exemplul lui Spencer Wells să operăm oridecâteori ne aflăm în faţa unui caz identificat ca atare.

Complicaţiile torsiunei pediculare sunt de trei ordine:

1. Complicaţii de ordin mecanic:

Aici se înglobează ruptura intraperitoneală cu grefe consecutive sau maladia gelatinoasă a peritoneului (pseudo-myxomul intra-peritoneal, Werth); ruptura extra-peritoneală într'un organ cavitar, cu urmările posibile şi hemoragia intra-chistică sau intra-peritoneală. Tot aici îşi au locul compresiunile.

2. Complicaţii de ordin infecţios: supuraţia.

3. Complicaţii de ordin degenerativ: necrobioza.

De aici cele trei forme clinice:

Torsiune formă cataclismică (Lejars). Tabloul clinic e dominat de semnele de hemoragie internă (Daniel, Gordon-Martins).

Torsiune formă oclusivă (**Bénard**) prin paralizie, spasm sau compresiune intestinală.

Torsiune formă peritonitică determinată de debutul de gangrenă.

Diagnosticul torsiunei pediculare nu prezintă nici o dificultate (**Benthin**). Ceia ce constitue un semn de siguranţă este prezenţa unei tumori în timpul examinării sau în antecedente şi mai ales augmentarea notabilă, în timp scurt, a acestei tumori (**Mondor, Lejars**). In unele cazuri, s'au putut palpa chiar tururile de spiră (**Moulonguet-Doléris**).

Pacientele, după o mişcare mai bruscă, uneori după un simplu strănut, simt o durere al cărei sediu rămâne de partea leziunei. Se adaugă greţurile, vomitările, sensibilitatea exagerată la presiune, balonarea abdomenului, reţenţia de scaune şi de gaze, unele turburări urinare, atacuri febrile, accelerarea pulsului, hipotensiunea, etc.

Violenţa simptomelor a determinat pe cercetători (**Guibal**) să defineasca această stare patologică cu termenul sugestiv de „dramă abdominală".

Semnul lui **Mouls** şi **Bloch** adică „suflul sistolic la nivelul pediculului, sincron cu pulsul arterial şi întovărăşindu-se de o ondulaţie în masă, a tumorii" este d. p. d. v. practic foarte puţin utilizabil, fiindcă cere un moment oportun, acela în care arterele sunt încă permeabile curentului sanguin, iar venele sunt obliterate prin actul torsiunei (**Mondor**), cere un perete subţire şi un calibru arterial remarcabil. Alţi autori nici nu-l citează.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Diagnosticul diferenţial se face:

a) In forma cataclismică, cu toate hemoragiile interne, cari ar putea coexista. In acest caz, mărirea de volum a tumorii ne pune pe drumul cel adevărat.

b) In forma ocluzivă se va controla dacă transitul intestinal totuşi se face. Tuşeul rectal înlătură probabilitatea unei stenoze organice ano-rectale.

c) In forma peritonitică ne vom îndrepta atenţia şi asupra apendicelui, care poate fi sediul unui proces evolutiv, simultan cu torsiunea. In cazurile în care tumora ovariană este de dimensiuni mici şi a trecut neobservată până la accident, iar cadrul simptomatic îmbracă un aspect cataclismic, pentru a îndepărta diagnosticul unei sarcini ectopice, recomandăm intra-dermo-reacţia **Gilfillen** şi **Gregg** cu antuitine — S sau cu prolan Bayer (**O. Rodrigues Lima, J. de Rezende şi C. Goulart de Andrade**) care dă indicii destul de preţioase în 30—40 minute.

In faza acută palpeul abdominal e şi dificil şi insuficient. Vom face tuşeul genital combinat cu palpeul şi vom reuşi să delimităm polul inferior al tumorii.

Odată diagnosticul lămurit, tratamentul se impune automat: exereza. Sunt însă şi situaţiuni când actul chirurgical — din diferite motive — nu poate sau nu trebuie executat.

Iată un caz, de această natură, la care tratamentul conservator a fost urmat de vindecare clinică:

Pacienta V. A. de 35 ani, din Balcic se plânge de dureri în pelvis, de greaţă, vărsături, nelinişte şi stare proastă generală. Este o veche ginecopată. Cu două luni în urmă i se propusese ablaţia unui chist al ovarului drept, mare cât o portocală, de către un confrate chirurg, care data aceasta a trimis-o la domiciliu ca netratabilă operator. Examinată de mine, în primul septenar de boală, găsesc o pacientă extenuată, foarte slabă, cu ţesutul muşcular şi celular subcutan topite, cu limba uscată şi aspră (deshidratată), extrem de agitată din cauza durerilor sub formă de crize cu punct de plecare pelvisul şi cu iradieri în tot abdomenul. La examenul general se notează:

Bronşită cronică suspectă, pulsul 140 pe minut, hipotensiv, suflu sistolic funcţional. Abdomenul subombilical imobil la inspir. uşor dureros. La tuşeul vaginal combinat cu palpeu se constată un uter relativ mobil, deplasat spre spre stânga. In dreapta lui o tumoră ceva mai mare decât un grape-fruit, imobilă, renitentă, ce pare a nu avea conexiuni cu uterul, extrem de sensibilă, bombând în fundul de sac lateral drept, cu polul abordabil regulat.

Tubul digestiv nu tolerează nici un aliment, nici un lichid cu toate medicamentele ce a ingerat. Vărsăturile sunt, în medie 10—12 pe zi, mucoase sau amestecate cu bilă când nu conţin alimente.

Bolnava îşi face singură injecţii cu oleu camforat şi pantopon.

Propunându-i internarea în spital, o refuză cu încăpăţânare. Acceptă numai un tratament paliativ. In faţa acestui refuz prescriu papaverină, atropină, ser fiziologic şi glucozat şi practic, prin vagin, o puncţie a tumorii. Evacuez o cantitate de circa 200 gr. lichid albuminos, alb-gălbui, filant, lipicios, fără urme de sânge.

După puncţie durerile încetează imediat, vărsăturile se opresc, iar de a doua zi bolnava începe să se alimenteze. După o săptămână vine la consultaţie singură, pe picioare. Părăseşte apoi oraşul şi după o lună primesc o c. p. prin care îmi comunică, mulţumindu-mi, că se simte foarte bine şi-şi poate vedea ocupaţia ei.

Indicaţiile puncţiei unui chist ovarian, în torsiune, sunt următoarele:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In primul rând imposibilitatea execuţiei actului operator, fie din lipsă de condiţii tehnice, fie din cauza stării generale a subiectului (mai puţin), fie prin refuz conştient.

In al doilea rând puncţia să nu se facă decât exclusiv tumorilor chistice şi anume chistului mucoid care constitue cele $^2/_3$ din toate torsiunile. Pentru aceasta e nevoie ca diagnosticul să fie exact.

In al treilea rând să sperăm la bune rezultate numai în formele oclusive (ca în observaţia noastră) acolo unde, prin puncţie, vom decomprima un organ sau vom înlătura spasmul. In forma cataclismică nu vom reuşi să oprim hemoragia, ba chiar o putem redeştepta. Dela formele perionittice vom aştepta rezultate mult mai puţin sigure.

Tehnica, deşi este extrem de simplă, cere totuşi câteva precauţiuni. Nu mă ocup de puncţia evacuatoare la nivelul peretelui abdominal anterior.

Astfel vaginul va fi debarasat de toate secreţiunile prin irigaţiuni cu hipermanganat de potasiu în care se pun 1—2 linguri de soluţie 10‰ de carbonat de sodium. E preferabil să ştergem — sub controlul vederii — colul uterin şi fundurile de sac cu alcool. Puncţia se face conducând acul pe indicatorul mâinii drepte. Indicatorul, în vagin, trebuie să simtă bine polul chistului, să caute artera uterină şi să deosebească cârja ureterului. Un ajutor imobilizează tumora sau, mai bine, o împinge uşor spre degetul din vagin. Nu se injectează nici un topic pe ac; cel puţin eu nu am injectat nimic.

Ca să nu riscăm să facem o puncţie albă, trebuie să alegem bine cazul, după indicaţiile de mai înainte, adică punga chistică să fie renitentă şi atacabilă prin unul din fundurile de sac, iar în timpul puncţiei direcţia acului să fie, cât mai exact posibil, înspre centrul tumorii.

Tehnica aceasta este valabilă şi pentru cazuri de hidro sau piosalpinx. Am recurs la ea de nenumărate ori cu urmări mai mult decât remarcabile, afară de formele vechi în cari scleroza peretelui piogen nu permitea turtirea lui şi dispariţia cavităţii.

Rezultatele pot fi diferite, dar în general ele sunt rele sau bune. Sunt rele când facem greşeli de tehnică sau când starea morbidă se reface fără vina noastră. Sunt bune când puncţia evacuatoare a întrunit condiţiunile de tehnică şi a respectat indicaţiile. Vindecarea poate surveni prin unul din aceste următoare procese:

Prin puncţie, eliminându-se lichidul conţinut de chist s'ar putea să se producă o decongestionare, o deblocare venoasă şi să se restabilească circulaţia. Fenomenul ar fi identic cu cel ce are loc când se puncţionează o vezică în retenţie.

Chistul golit se detorsionează mai uşor, Bineînţeles derularea pediculului se petrece numai dacă nu s'au schiţat încă aderenţe perichistice.

O altă ipoteză :chistul, în eventualitatea cea mai frequentă şi-a stabilit aderenţe, cu neoformaţiuni vasculare ce asigură nutriţia peretelui cu toate că vasele pediculului s'au obliterat prin chiaguri organizate.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In toate aceste eventualităţi ipotetice, celulele epiteliate de tip cilindric, cari căptuşesc pe dinăuntru stratul fibro-vascular al chistului, sunt expuse să fie înăbuşite şi invadate de ţesutul conjunctiv.

Pierzându-se funcţia lor secreto-excretoare (Eichwald) peretele chistic rămâne o simplă membrană.

De sigur că toate aceste procese nu au încă o bază anatomică, din lipsă de control in situ, ele producându-se cu o raritate extremă.

AL. LAMBESCO: *La ponction, par la voie du vagin, dans la torsion du kyste de l'ovaire.*

L'auteur présente une observation très intéressante à cause de la guérison clinique obtenue après la ponction par la voie du vagin, dans la torsion du kyste de l'ovaire.

A cette occasion, il expose brièvement les complications, les formes cliniques, le diagnostic différentiel et le traitement de la maladie, elle même une complication, la technique de la ponction, les indications, les contre-indications et les procesus présumés qui peuvent être invoqués pour expliquer la guérison.

AL. LAMBESCU: *Die Punktion, auf vaginalem Weg, des verdrehten Ovariumskyste.*

Nach einer kurzen Darlegung der wichtigsten Daten wie folgt: Complikationen bei pedikulärer Torsion, ihre klinischen Formen, Diferenzial diagnose und Behandlung, bringt der Verfasser eine interessante Bemerkung durch die Tatsache dass, man die klinische Heilung durch vaginale Punktion des verdrehten Ovariumskyste erzieht hat.

In diesem Sinne legt der Verfasser die Technik fest, gibt Indikationen, Gegenindikationen und die hypothetischen Heilungsprozesse.

RADIOKYMOGRAFIA ŞI APLICAŢIUNILE EI IN AFECTIUNILE CARDIO-VASCULARE *)

de

E. LAZEANU

Conferenţiar de Radiologie

Radiokymografia este o metodă de radiologie dinamică, care complectează examenul radiologic static, ce se face în mod obişnuit.

Ea găseşte aplicaţiuni în clinică şi aduce în unele cazuri elemente de diagnostic şi pronostic cari îi sunt proprii.

I.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

PRINCIPIUL METODEI

O nouă metodă radiologică este azi la ordinea zilei: aceasta este radiokymografia. Ea are drept obiect studiul radiologic al mişcărilor viscerale. Metoda a format în ultimul timp subiectul a numeroase lucrări şi continuă să aducă noui probleme în discuţiune.

Pentru a nu cita decât pe cele mai importante din publicaţiuni, ne mărginim să menţionăm monumentala lucrare a profesorului Stumpf din Münich, fundatorul metodei, interesanta minografie a lui Bordet şi Fischgold la Paris, precum şi importantele publicaţiuni ale lui Delherm şi Thoyer-Rozat.

Considerată la început ca o metodă de laborator, de cercetări de fiziologie, ea începe să apară azi ca o metodă cu importante aplicaţiuni în clinică.

Mişcările diferitelor organe: pulmon, faringe, esofag, stomac, duoden, intestin, basinet şi ureter, pot fi azi înscrise prin această metodă şi studiate în toate amănuntele lor în ceeace priveşte ritmul şi intensitatea lor. Dar mai ales în studiul afecţiunilor aparatului cardiovasclar, radikymografia găseşte numeroase aplicaţiuni, luând loc alături de metodele grafice şi de electro-cardiografie.

Principiul metodei datează din 1912, este datorit lui Gött şi Rosenthal, cari cei dintâi au încercat înscrierea radiografică a mişcărilor unui punct situat pe marginea cordului, printr'o fantă subţire orizon-

*) Conferinţa, ţinută în cadrul Asociaţiei docenţilor fac. de medicină din Bucureşti, a fost însoţită de numeroase proiecţiuni.

tală făcută într'un ecran de plumb. Razele pătrund prin această fantă şi ating în mod tangenţial conturul inimei într'un punct urmând toate mişcările sau deplasările lui. Dacă punem în faţa bolnavului o casetă cu un film radiografic, căreia îi imprimăm o mişcare uniformă, se vor înscri pe radiografie mişcările păreţilor cordului. Cum inima are mişcări de expansiune diastolică şi de retracţie sistolică, două puncte situate unul pe marginea dreaptă, iar celălalt pe marginea stângă, se vor proecta prin fantă, iar poziţiunile lor succesive vor fi înregistrate pe filmul radiografic. In timpul histolei ventriculare cele două puncte se vor apropia unul de altul şi se vor depărta în timpul diostolei. Vom obţine astfel două linii sinuoase. Acest procedeu nu a fost însă utilizat neavând aplicaţiuni practice.

Profesorul Stumpf din Münich a perfecţionat metoda, înlocuind fanta unică prin fante multiple, formând astfel o grilă în cari fantele au 0.5 mm. lărgime, iar intervalul dintre ele fiind de 12 mm. In acest mod se pot înregistra mişcările întregului contur al inimei şi al pediculului vascular. Se obţine deci prin metoda lui Stumpf înregistrarea kymografică a mişcărilor inimei şi în acelaş timp se vede pe clişeu întregul contur al inimei, având un aspect dinţat. Aceasta este radiokymografia plană.

După cum facem ca grila să se mişte în faţa filmului sau filmul să se deplaseze în faţa grilei fixe radiogramele sunt diferite.

In primul caz, grila mobilă vedem pe radiografie imaginea cardio-vasculară în întregime, cu tot conturul ei, fără nici o întrerupere. Conturul prezintă dinţături cari sunt diferite în raport cu diferitele segmente ale conturului cardio-vascular.

In cazul al doilea grila fixă, şi filmul mobil se înscriu bătăile unui număr limitat de puncte situate pe conturul inimei, care are tot un aspect dinţat, dar în formă de scăriţă.

In ultimul timp s'au mai construit modele diferite de grile, variindu-se lărgirea fantelor sau distanţele dintre fante, iar întrebuinţarea lor este în raport cu intensitatea mişcărilor ce voim să le înregstrăm şi cu scopul ce urmărim. O importanţă perfecţionare au adus Delherm, Thoyer-Rozat, Codet şi Fischgold acestei metode, introducându-se un dispozitiv prin care se poate mări viteza cu care se deplasează filmul şi prin constituirea unei grile cu spaţii mari între fante. In modul acesta se pot înregistra un număr mai mare de pulsaţiuni şi mai ales se poate obţine o etalare a curbei mişcărilor cardiace. Se obţin astfel curbe foarte bogate în detalii, a căror citire este mai uşoară şi mai interesantă decât a curbelor obţinute prin metoda lui Stumpf.

Curbele radiokymografice sunt în perfectă concordanţă cu cele obţinute prin metodele grafice ale fiziologiştilor şi trebue totdeauna să ţinem seama de curbele fiziologiştilor şi de traseurile obţinute prin metodele grafice medicale când voim să interpretăm şi să înţelegem curbele radiokymografice.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

II.

INTERPRETAREA RADIOKYMOGRAFIEI PLANE

Grila mobilă. Citirea radiokymografiei plane, cu grila mobilă se face de sus în jos. Imaginea cordului este analoagă cu imaginea ce vedem pe ecran sau pe radiografiile obişnuite, cu deosebirea că conturul lor în loc să fie liniar, prezintă o serie de crochete.

Forma acestor crochete variază în raport cu diferitele segmente ale conturului inimei, în raport deci cu diferitele cavităţi ale inimei, cu diferitele artere cari pleacă din inimă.

Crochetele ventriculare sunt formate dintr'o ramură histolică, aproape orizontală, de scurtă durată dirijate către linia mediană, apoi după o inflexiune, urmează ramura diastolică, care se depărtează de linia mediană, este oblică şi de o durată mai lungă decât ramura sistolică.

Apariţiunea primelor crochete ventriculare, indică în mod precis situaţiunea punctului G. In regiunea vârfului inimei, forma crochetelor diferă de aceia a crochetelor dela bază, din cauză că mişcările inimei nu mai sunt în direcţiunea fantelor, nu mai sunt orizontale, ci oblice. In acest nivel punctul G' este deasemenea reperat.

Crochetele arteriale sunt analoage celor ventriculare, dar de tip invers; ele încep cu o expansiune orizontală, care corespunde pătrunderei sângelui în arteră în timpul sistolei cardiace, urmează apoi retracţiunea oblică şi înceată corespunzătoare diastolei. Găsim aceste crochete arteriale în nivelul arcului aortic. Arcul mijlociu al marginei stângi a inimei este format din două feluri de crochete: în partea lui superioară se disting crochete arteriale ce corespund arterei pulmonare, iar la partea lui inferioară observăm o serie de crochete, de amplitudine mică, rotunzite şi bifide. Aceste crochete corespund auricului stâng şi urechiuşei.

Prezenţa acestor crochete auriculare în partea inferioară a arcului mijlociu confirmă în mod definitiv părerea lui Bordet, care a susţinut întotdeauna că auriculul stâng participă la formarea arcului mijlociu.

Marginea dreaptă a inimei prezintă la nivelul arcului inferior crochete auriculare, iar jos în apropierea domului diafragmatic găsim crochete ventriculare. Arcul superior drept nu are nimic caracteristic pe radiokymografia plană, el corespunde, după cum ştim, venei cave superioare.

Aplitudinea crochetelor ventriculare, în stare normală, variază dela 3—6 mm.

Pulsaţiunile în stare normală sunt mai ample în regiunea vârfului decât la bază.

Sunt din contră mai mici în cazuri de oboseală a inimei.

In inspiraţiune amplitudinea pulsaţiunilor este mai mică decât în expiraţiune.

Grila fixă. Citirea acestor curbe se face aşezând filmul orizontal; se citesc accidentele după apariţiunea lor cronologică, adică dela stânga la dreapta, iar când filmul este ţinut vertical, de jos în sus.

In timpul radiografiei, filmul mergând de sus în jos, primele

accidente sau mişcări ale unui punct se înscrie jos, iar ultimele sus. Aceste curbe kymografice sunt comparabile cu curbele manometrice ale lui Marey sau cu cardiogramele lui Pachon.

Examinând curba corespunzătoare ventriculului stâng vom distinge o linie de ascensiune verticală care corespunde sistolei, un platou şi o linie descendentă care reprezintă diastola. Linia de ascensiune este precedată de o mică ondulaţiune a, care corespund sistolei auriculare, adică care e datorită transmisiunei la ventricul a sistolei auriculare.

Curba aortei prezintă un vârf, ce corespunde sistolei ventriculare şi o depresiune care reprezintă turtirea arterei. In unele cazuri găsim pe linia mare oblică descendentă o mică ridicătură, care nu este altceva decât unda directă, datorită închiderei valvulelor sigmoide. *Radiokymografia arterei pulmonare nu diferă de aceia a aortei.*

Curba auriculară se prezintă cu o serie de ondulaţiuni, de înălţime egală, unele mai scurte, altele mai etalate. Primul vârf (a) corespunde contracţiunei auriculare, al doilea (v) corespunde începutului diestolei ventriculare; punctul c al phflebogramei nu se distinge.

Această curbă auriculară, poate fi modificată din cauza vecinătăţei cu artera pulmonară. Uneori apar ondulaţiuni difazice, acestea sunt în raport cu pulsaţiunile arteriale, iar vârfurile scurte sunt în raport cu bătăile auriculare.

Pe marginea dreaptă a umbrei cardiace curba auriculară poate fi suprapusă unor bătăi de amplitudine mai mare.

Oscilaţiunile mari, pozitive, corespund vârfurilor sistolice ale ventriculului drept, iar dipresiunile expansiunilor sale diastolice. Uneori chiar, pulsaţiunile auriculare sunt complect absorbite de mişcările de antrenare ventriculară.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

III.

RADIOKYMOGRAFIA IN DIFERITE STĂRI PATHOLOGICE

In diferitele stări pathologice vom constata diverse modificaţiuni ale radiokymogramelor, privind sau conturul imagini cardio-vasculare sau aspectul crochetelor.

Analizând sediul şi amplitudinea crochetelor, înălţimea şi ritmul sistolelor, profunzimea şi intervalul diastolelor, vom putea deduce anomaliile pulsaţiunilor cardiace sau arteriale.

In special asupra contractilităţei şi tonicităţei miocardului radiokymografia aduce importante noţiuni şi elemente de pronostic, cari îi sunt proprii. Ea complectează astfel într'un mod fericit datele electrocardiografiei, cari se referă în special la excitabilitatea şi la conductibilitatea miocardului.

Când tonicitatea miocardului este păstrată, amplitudinea pulsaţiunilor va fi normală; când un eofrt sau o leziune oarecare impune un surplus de travaliu inimei, amplitudinea pulsaţiunilor se va accentua. *Astfel în perioada de compensaţiune a leziunilor valvare, în tachycardii,* etc., găsim totdeauna pulsaţiuni a căror amplitudine este accentuată, de-

păşind ţifrele de 3—6 mm., care reprezintă amplitudinea pulsaţiunilor normale.

Din contră în cazurile în cari tonicitatea miocardului va fi alterată vom obţine pe radiokymogramă crochete atipice, crochete a căror amplitudine va fi redusă sau diminuată. In aceste cazuri amplitudinea pulsaţiunilor inimei va fi scăzută, rezidiul postsistolic va creşte, iar cavităţile inimei se vor dilata.

In cazuri de insuficienţă cardiacă înaintată, cu mers progresiv, ireductibilă, amplitudinea pulsaţiunilor cardiace diminuă din ce în ce, mai întâi în regiunea vârfului, apoi la bază.

Cordul în aceste cazuri este enorm dilatat, iar rezidul sanguin este în continuă creştere. Dispoziţiunea pulsaţiunilor în regiunea vârfului constitue deci un simptom important de deficienţă a miocardului şi o indicaţiune formală a tratamentului tonicardiac. Am găsit acest simptom în mod frecvent la hypertensivi, la cardio-aortici, în cazuri de miocardită, etc.

Făcând examene succesive, la diferite intervale, vom putea observa efectul medicamentului tonicardiac.

Pulsaţiunile dispărute în regiunea vârfului inimei pot să reapară în cazurile cari se influenţează în mod favorabil de medicaţiunea tonicardiacă. Am avut ocaziunea să observăm la un bolnav cu insuficienţă cardiacă, dispariţiunea pulsaţiunilor în regiunea vârfului pe o primă radiokymografie, făcută la intrarea în serviciu, apoi după un interval de timp în care bolnavul a fost în repaus şi i s'a administrat digitală, pulsaţiunile au reapărut în regiunea vârfului. Câteva zile în urmă în urma unui efort fizic făcut de bolnav am constatat din nou dispariţiunea pulsaţiunilor în regiunea vârfului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Un alt simptom important de insuficienţă a miocardului, descris de Prof. Stumpf şi confirmată în urmă de Bordet şi Fischgold este sistola in „M" sau „le mouvement double de la systole".

Găsim acest semn, în mod frecvent în cazurile grave de insuficienţă cardiacă, în sclerozele miocardului.

In cazurile de pericardită exudativă se constată pe radiokymografie dispoziţiunea pulsaţiunilor cardiace şi persistenţa pulsaţiunilor arteriale.

Importanţa radiokymografiei în aceste cazuri poate fi foarte mare. Se ştie că de multe ori imaginea radiologică a unui exudat pericardic e foarte greu de deosebit de imaginea unei mari dilataţiuni cardiace. Graţie radiokymografiei acest diagnostic diferenţial devine azi uşor de făcut.

In symphiza pericardică Bordet şi Fischgold au observat mişcări ale coastelor sincrone cu pulsaţiunile cardiace.

In cazurile de infarct al miocardului radiokymografia poate pune în evidenţă zona infarctului, caracterizată prin dispoziţiunea pulsaţiunilor în acel nivel. După un interval oarecare de timp în cazurile favorabile, se constată reapariţiunea pulsaţiunilor în zona infarctului.

Turburările de ritm ale inimei pot fi deasemenea puse în evidenţă cu ajutorul radiokymografiei, întrebuinţând mai ales metoda şcoalei franceze de a etala curbele. Extra-sistolele, aritmia complectă,

pulsul bigeminat, alternanţa ventriculară, disociaţiunea auriculo-ventriculară pot fi evidenţiate cu ajutorul radiokymografiei, care în unele cazuri complectează datele electro-cardiografiei, de ex. în cazuri de alternanţă. In anevrismele aortei, radiokymografia poate aduce uneori elemente utile, pentru diagnosticul diferenţial atât de dificil de făcut cu tumorile neoplazice ale mediastinului.

Deasemenea în cazurile de aortite, din observarea amănunţită a pulsaţiunilor înscrise prin radiokymografie putem avea uneori elemente importante de diagnostic sau de pronostic.

Umbrele hilare şi artera pulmonară au format subiectul unor interesante cercetări făcute de Clerc, Dulherm, Fischgold şi Frain cu ajutorul radiokymografiei. Aceşti autori au descris **sindromul de distensiune a arterei pulmonare,** caracterizat prin alungirea şi proeminenţa arcului mijlociu (tergercenţa arcului mijlociu) care este în acelaş timp animat de bătăi pulsaţiile accentuate. Umbrele hilare sunt exagerate, sunt net conturate şi animate de pulsaţiuni ample, atât de partea dreaptă cât şi de cea stângă.

Găsim acest sindrom de distensiune a arterei pulmonare în cursul diferitelor cardiopathii: maladia mitrală, afecţiuni congenitale, symphiza pericardică, în pneumopathii cronice: bronşită cronică cu emfizem pulmonar, scleroze pulmonare, bacilare, etc., precum şi în arteritele primitive ale trunchiului arterei pulmonare.

El corespunde unei distensiuni a arterei, a unei accentuări a calibrului arterei şi a unei derulări a arterei; traduce o jenă în circulaţiunea arterială pulmonară. Uneori el poate fi preludiul unei arterite a arterei pulmonare sau poate constituie o fază iniţială a maladiei lui Ayertza.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Diagnosticul diferenţial al simplei distensiuni a arterei pulmonare de o arterită a pulmonărei e greu de făcut numai prin examenul radiologic. In aceste cazuri trebuie să ţinem seama de simptomele clinice ale bolnavului ca dispneea accentuată, cyanoza, etc.

Umbrele hilare au un aspect diferit în cazurile de **stază venoasă:** ele devin accentuate, lărgite, având însă un contur difuz şi fiind lipsite de pulsaţiuni. In timp ce distensiunea arterei pulmonare este în funcţiune de ventriculul drept, staza venoasă este în raport cu auriculul stâng. Staza venoasă se însoţeşte totdeauna şi de o infiltraţiune edematoasă în ţesuturile periferice.

Radiokymografia este singura metodă capabilă de a pune în evidenţă într'un mod atât de obiectiv aceste importante simptome clinice, ea constitue singurul mijloc de a studia direct mica circulaţiune.

Concluziuni: Radiokymografia ne permite să evidenţiem într'un mod obiectiv starea de tonicitate diastolică a miocardului, să apreciem contractilitatea miocardului şi să ne dăm seama de variaţiunile rezidiului postsistolic, în cazurile de dilataţiune cardiacă.

Un examen radiologic obişnuit al inimei, trebuie azi să fie complectat prin date asupra amplitudinei pulsaţiunilor arcului mijlociu, comparate cu pulsaţiunile arcului aortic şi asupra pulsatilităţii umbrelor hilare în raport cu amplitudinea pulsaţiunilor arterei pulmonare.

Intrebuinţarea radiokymografiei se impune azi în practica cardiologiei moderne. Ea constituie o metodă de radiologie dinamică, care complectează examenul radiologic static al inimei şi al vaselor de la baza inimei.

LAZEANU E. — *Sur la radiokymographie du coeur et des vaisseaux de la base.*

Après avoir fait quelques considérations sur la technique et sur l'interprétation des radiokymographies l'A. prèsente des radiokymographies provenant des malades atteints de différentes lésions valvulaires, des hypertendus etc.

C'est sur la tonicité et la contractilité du myocarde, que la nouvelle méthode apporte des éléments de diagnostic et de pronostic utiles pour la clinique courante. L'A. insiste sur la fréquence de la disparition des pulsations dans la région de la pointe du coeur et sur les systoles en M observées dans les cas d'insuffisance cardiaque.

La radiokymographie est une méthode utile dans les cas d'infarctus du myocarde, de péricardite, de grande dilatation du coeur etc.

Elle est la seule mèthode dont nous disposons pour l'étude de la petite circulation.

Après avoir signalé les symptômes de distension de l'artère pulmonaire et les ombres hilaires données par les stases veineuses, étudiés par MM. Clerc, Bordet, Delherm, Fischgold, l'auteur termine en considérant la radiokymographie comme une méthode utile pour la clinique courante, c'est une méthode de radiologie dynamique qui doit completer l'examen radiologique classique du coeur et des vaisseaux de la base.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

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 EŞANTIOANE LA:
J. E. BUCUR, STR. MECET, 8 — BUCUREŞTI-IV

ETIOLOGIA ŞI TRATAMENTUL CIROZEI ATROFICE

de

D-r I. PAVEL

Etiologia cirozei atrofice aşa cum suntem obişnuiţi să o considerăm în practica zilnică pare foarte simplă. De îndată însă ce încercăm să o aprofundăm ne dăm seama de dificultatea problemei. Chestiunea este cu atât mai importantă cu cât de o bună cunoaştere a etiologiei depinde un bun tratament profilactic şi curativ.

Rolul alcoolului în apariţia cirozei, în marea majoritate a cazurilor apare ca un fapt clinic evident. Ocupaţia pacientului (cârciumar, etc.) sau netemperanţa lui atestă importanţa ce i se acordă.

Ceeace este însă paradoxal este faptul că în mod experimental nu se poate obţine ciroză cu alcool. Publicaţiile mai vechi ducând la concluzii afirmative au trebuit încet, încet să fie revizuite. Aşa spre exemplu experienţele afirmative făcute altădată la iepure, nu au nicio valoare. Acest animal face ciroza atât spontan, cât şi foarte des din cauza coccidozei, maladie foarte frecventă la el. De altă parte, unele memorii foarte citate, spre exemplu al lui Saltykow, sunt tendenţioase trecând ca favorabile rolului cirogen al alcoolului, experienţele lui Fahr, Mertens, interpretare pe care aceşti autori nu au dat-o niciodată. Cu alcoolul nu se obţine experimental decât o degenerare parenchimatoasă şi grasă. Pentru a putea vorbi de un proces cirotic trebuie să avem alături de degenerarea celulelor hepatice, o regenerare a acestor celule cu punct de plecare la nivelul celulelor păstrate încă, precum şi o invazie de ţesut conjunctiv, condiţiuni pe care alcoolul singur nu le întruneşte, cel puţin în cercetările experimentale.

Este însă foarte interesant să ştim că alcoolul poate să joace un rol de factor predispozant sau de cofactor. Aşa de exemplu asocierea alcoolului cu fosforul sau cu arsenicul poate să facă să apară ciroza mai repede decât cu aceşti doi ultimi corpi administraţi separat. Datorită acestui fapt s'a atribuit ciroza umană zisă alcoolică asocierei alcoolului cu fosforul ce există în vasele de fier şi de zinc în care se păstrează alcoolul. In orice caz va trebui în practica zilnică să căutăm care este factorul etiologic din cei pe care îi vom expune mai jos pe care l-a potenţat alcoolul pentru a duce la ciroză.

*

Intre alte toxice exogene evocate, salvarsanul poate produce necroze întinse cu reacţie conjunctivă ce aminteşte procesul cirotic. Asociaţia acestei substanţe cu alcoolul favorizează mult apariţia cirozei.

Exemplar Institutul de Istorie a Medicinei "Victor Babeş" Cluj

Plumbul şi quartzul administraţi îndelung în injecţii intra-venoase la iepure, sunt consideraţi în medicina experimentală ca buni factori cirogeni.

Printre substanţele organice susceptibile să proavoace experimental ciroza este tratamentul cu gudron. Unii autori cred chiar că în această categorie trebuiesc situate substanţele din seria benzenului care se întrebuinţează la arderea butoaelor şi care dau o culoare brună conţinutului datorită lemnului jumătate ars.

Tetra-clorurul de carbon întrebuinţat pentru tratarea calviţiilor cu seboree grasă, provoacă experimental o ciroză de tip Laennec. Chiar şi la om s'a constatat după fricţiuni ale pielei capului, îndelung repetate, apariţia unei ciroze.

Intre toxicele de întrebuinţare curentă la om va trebui să avem în vedere în particular acidul acetic ce intră sub formă de oţet şi murături în alimentaţia nelipsită şi abuzivă a ţăranului român. Experimental **Boix** a obţinut altădată ciroze cu acidul acetic, fapt care întăreşte supoziţia noastră în rolul nefast al oţetului. Tot aci va trebui să facem menţiune şi de celelalte picante. Aşa de exemplu, unul din bolnavii noştri mânca nu mai puţin de 40 de ardei iuţi pe zi.

In treacăt amintim că nicotina a fost şi ea incriminată ca factor cirogen.

In fine, tot aci va trebui să menţionăm denutriţia sau subnutriţia aşa de frecvente la alcoolici şi în genere la ţăranul nostru. In adevăr acestea pot fi considerate ca toxice atât pentru că epuizează rezervele de apărare ale organismului şi în particular glicogenul hepatic cât şi prin faptul pătrunderei mai uşoare a toxicelor în celulele denutrite.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

*

Rolul paludismului trebuie avut în vedere în regiunile unde această boală este endemică. Discutat şi negat în Apus, unde paludismul este doar o maladie colonială, coincidând în acelaş timp şi cu etilismul, căruia i se acordă rolul principal, rolul paludismului este indubitabil pentru **Trabaud** dela Damasc. In împrejurimile acestui oraş există o regiune cunoscută sub numele Midan, foarte bântuită de malarie. Locuitori acesteii regiuni, copii, femei sau bărbaţi, deşi nu au băut niciodată băuturi alcoolice, fac ciroze şi anume după 15—20 de ani dela infectare. Acest lung răstimp de vreme face ca această etiologie să fie greu urmărită şi deci prea uşor contestată.

Ar exista după acest autor o deosebire clinică între ciroza etilică şi cea paludică, pe care o expunem mai jos, având în vedere importanţa problemei pentru ţara noastră.

Ciroza alcoolică.

Faza precirotică marcată prin simptome de intoxicaţie etilică: inapetenţă cu desgust de materii grase, pituite matinale, turburări nervoase, tremurături ale degetelor şi limbei.

Apoi, epistaxis, hematemese, subicter. Sindrome urmate de insuficienţă hepatică (urobilină, pigmenţi, săruri biliare, indican, scatol, oxalaţi, uraţi). Ficatul Ficatul întâi mare, se micşorează apoi. Splina creşte moderat de volum, depăşind marginea costală. Circulaţie cola-

terală mai întâi în regiunea hepatică, apoi în zona splenică şi finalmente pe tot abdomenul. Pântecele se balonează repede.

Ciroza paludică.

Inapetenţă masivă neelectivă. Nausee, vărsături alimentare şi biliare, coincidând cu pusee termice, frisoane, transpiraţiuni (traducând accese larvate) — subicterici dar mai mult anemici — (destrucţie globulară masivă). Splina se tumefiază întâi şi ajunge la linia mediană la ombilic. Nu există epistaxis, ci numai rar hematemeze. Circulaţia colaterală începe în hipocondrul stâng şi apoi se întinde la dreapta, ca numai târziu să coboare în hipogastru. Ascita e mai bogată în albumină 14—16 gr. în loc de 12 la etilici. Oedemul membrelor inferioare care apare la alcoolici în faza precirotică este mai tardiv în palduism. Ascita e de volum moderat.

*

Infecţiunile acute au, se pare, un rol în apariţia cirozei infantile. Astfel au fost incriminate: scarlatina, pojarul, difteria, variola, tifosul şi mai ales infecţiunile cu streptococ (Moon şi Mallory). In marea lor majoritate însă aceste infecţiuni produc leziuni hepatice reversibile „ad integrum" şi numai rar se produce o mică proliferare conjunctivă în locurile unde a existat leziunea. Nici în acest caz însă nu se ajunge la ciroză. Credem că rolul infecţiunilor trebuie interpretat ca jucând rol de cofactor important care poate grăbi apariţia unui proces cirotic evoluând încet. Am avut astfel impresia într'un caz că o gripă mai prelungită a pus în evidenţă un proces cirotic latent de origină digestivă şi în altul că a provocat o reşută după o lungă ameliorare.

BCU Iaşi / Central University Library Iaşi

Intre infecţiunile cronice sifilisul ar fi după unii o cauză etiologică importantă. Haţieganu dă şi oarecare particularităţi clinice care pot fi considerate ca sugestive pentru această etiologie, în afară, bun înţeles, de existenţa reacţiei B.-W.: splenomegalie pronunţată, hipertrofie predominantă a lobului hepatic stâng, şi o circulaţie colaterală mai redusă. Foarte probabil că şi în aceste cazuri coexistă un factor toxic endogen sau exogen, printre care cel mai frecvent pare să fie alcoolul.

*

Hipoteza unei ciroze de origină gastro-intestinală are precursori îndepărtaţi. Intrevăzută de Portal, Broussais, Andral, Budd şi Level, ea a fost în particular susţinută de Hanot şi Boix. Ultimul şi-a făcut chiar teza cu subiectul: „Ciroza prin auto-intoxicaţie de origină gastro-intestinală".

In lipsa etiologiei alcoolice, autorii clasici au incriminat la unii bolnavi toxinele care pot exista în tractul gastro-intestinal, fie ele de origină alimentară: cărnuri putrefiate, cârnăţării, peşti sau crustacei avariaţi, etc., fie produse de fermentaţie ale microbilor intestinali: acid butiric, acetic, valerianic, lactic, oxalic, etc., sau în fine acţiunea indolului, scatolului, fenolilor şi altor toxine fabricate de agenţi microbieni şi în particular de colibacil.

Boix ar fi reprodus chiar experimental leziuni cirotice cu acizii butiric, lactic, valerianic şi mai ales cu acidul acetic, şi de altă parte,

cu ajutorul culturilor şi toxinelor datorite colibacilului. După **Hanot**, acizii organici ai digestiei pot să producă prin ingestie o ciroză hepatică. Ficatul normal ar rezista la aceste otrăvuri, obişnuite în tubul digestiv. Dar dacă ficatul este slăbit din o cauză oarecare sau constituţional, acţiunea toxică se produce şi ciroza hepatică de origină gastro-intestinală ar lua naştere.

Posibilităţile cirogene de ordin digestiv invocate de autori, au fost foarte variate:

a) Rezorpţia produselor conţinute normal în intestin: acizi de fermentaţie, toxine colibacilare, indol, scatol, phenol, elemente care ar fi suficiente pentru a produce ciroza hepatică prin auto-intoxicaţie, dacă ficatul ar fi slăbit prealabil de o cauză oarecare (**Hanot** şi **Boix**).

b) Rezorpţia produselor toxice alimentare (cărnuri putrefiate, cârnăţării, peşti, crustacei avariaţi, ape putride), (**Boix**).

c) Sensibilizarea la acţiunea toxică a conţinutului intestinal prin atingerea prealabilă a celulei ficatului prin alcool (**Ramond F.**).

d) Rezorpţia toxinelor în timpul unor afecţiuni caracterizate ale tractului gastro-intestinal: dilataţia stomacului (**Bouchard**), apendicita (**Dieulafay**). Această eventualitate este contestabilă din punctul de vedere al clinicei curente.

e) Turburări de nutriţie provocate prin contactul prelungit al alcoolului cu mucoasa gastrică care se atrofiază. **Villaret, Justin-Besancon, Delarue, Klotz**, aseamănă această perturbaţie nutritivă cu carenţa unui factor esenţial foarte vecin de vitamine, şi în special vitamina B.

f) Infecţiunea coledociană ascendentă, cirogenă, secundară unei duodenite (**Strauss A., Strauss F., Crawford A.** şi **Strauss H.**).

g) In fine, noi credem că rezorpţia la nivelul duodenului şi poate a intestinului subţire a alimentelor incomplect degradate, rezorpţiune facilitată prin inflamaţia mai mult sau mai puţin acută a acestor organe ar putea juca un rol. Este posibil deasemenea ca absorbţia să fie uşurată prin permeabilizarea epiteliului datorită unei carenţe în vitamine (vitaminele C sau A).

Studiul modificărilor patologice ale duodenului şi în special studiul duodenitei pe care l-am întreprins în ultimii ani, aduce un argument important în favoarea originei digestive a unor ciroze. Noi ştim că obişnuit tranzitul duodenal nu permite decât o absorbţie foarte redusă. Intr'o serie de observaţiuni dintre care o parte sunt consemnate în cartea noastră apărută de curând şi în care cauzele etiologice clasice lipseau, noi am arătat existenţa unor turburări caracterizate prin modificări ale tubajului duodenal, prin semne citologice duodenale (fig. 1) prin stază spastică (iritabilitate spastică) (fig. 2), demonstrată la radiologie şi în 2 cazuri prin control anatomic, existenţa duodenitei urmată la un răstimp mai mult sau mai puţin îndelungat de apariţia clinică şi anatomică a cirozei. Noi credem deci posibil, pentru a explica apariţia cirozei în asemenea cazuri, să invocăm absorbţia produselor intermediare de digestie şi în particular a albuminoidelor neajunse în stadiul de aminoacizi. Rezorbţia este uşurată fără îndoială pe de o

1) *I. Pavel et Paunesco-Podeanu* Affections non ulcéreuses du duodènum Avec une préface de J. Ch. Roux. Masson. Edit. 1938, 204 pagini, 50 fr.

Digitized by Central University Library Cluj

Fig. 1. — *Sediment de lichid duodenal într'un caz de duodenită cronică. Descuamaţie epitelială.*

Fig. 2. — *Duodenită cronică urmată la un an şi jumătate, de apariţia unei ciroze. Spasmul duodenal reprezentat aci a persistat la ecran o jumătate de oră (clişeu Laţcanu).*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

parte prin alterarea epiteliului duodenal care se poate traduce prin permeabilizarea sa, şi de altă parte prin întârzierea tranzitului în duoden şi în primele segmente ale intestinului subţire.

Rezorbţia materiilor albuminoide incomplect degradate intervine fără îndoială în apariţia cirozelor. Rolul nefast al proteinelor este dealtfel demonstrat experimenxal prin cercetările lui **Mann** şi **Bolmann.** Aceşti autori au verificat efectele patologice ale diferitelor alimente asupra apariţiei ascitei după ce au produs în prealabil cu tetra-clorură de carbon o ciroză tipică la câine.

La animalele astfel preparate, aceşti autori au putut controla în mai multe reprize influenţa dietei asupra cantităţei ascitei. Astfel la câinii cirotici nutriţi cu siropuri şi materii hidrocarbonate, ascita nu apărea deloc sau apărea în foarte mică cantitate. Din contră la animalele cărora se administrează un regim bogat în proteină se desvolta o ascită puternică care era apoi din nou rezorbită de îndată ce se instituia un regim de hidrocarbonate. Nu se poate astfel demonstra mai bine rolul nociv al materiilor albuminoide sau al produselor lor de degradare.

Este bun înţeles că asocierea unui alt toxic sau unei infecţiuni poate să grăbească apariţia fenomenelor clinice ale cirozei.

Absorbţia la nivelul duodenului şi intestinului subţire care ar rămâne fără importanţă dacă ar fi episodică, ia o mare valoare patogenică prin repetiţia sa zilnică un timp foarte îndelungat.

Tot în sprijinul originei digestive a cirozei se înscrie tentativa chi-

rurgicală realizată în America de Fuller şi colaboratorii săi. Aceşti autori au consiliat rezecţia 2—4 m. de intestin subţire însoţită, sau nu, de splenectomie şi de omentopexie. Această operaţie a fost urmată de succes terapeutic într'un caz de ciroză care avusese 21 de puncţiuni ale ascitei.

*

Lăsând la o parte factorii toxici, infecţioşi, sau gastro-intestinali pe care i-am trecut în revistă mai sus, s'a observat încă de lungă vreme că nu toţi indivizii supuşi acestor influenţe sunt susceptibili să facă o ciroză sau că o realizează cu aceiaşi uşurinţă. In primul rând, **Chvestek** a arătat, în ceeace priveşte rolul alcoolului, că efectul său depinde în primul rând de constituţia băutorilor sau cu alte cuvinte de rezistenţa celulară faţă de influenţele nocive externe. **Chvostek** dădea ca semne ale constituţiei anormale favorabile apariţiei cirozei o serie de stigmate degenerative: dentiţie anormală, mersul şi vorbirea întârziate, piciorul plat, miopie timpurie, evoluţie sexuală întârziată sau precoce, sexualitate exagerată sau abolită, menstruaţie anormală, sterilitate, disharmonie staturală, trăsături infantile, îmbătrânire înainte de vereme, bărbaţi cu bazin femenin, cu ginecomastie, sau femei cu habitus masculin. In fine, anomalii ale sistemului pilos: barba şi mustăţile rare, tip pilos femenin la bărbaţi şi invers.

Rezistenţa ficatului acestor indivizi la alcool ar fi foarte mică tocmai din cauza constituţiei anormale. In fine, acelaş autor adaugă că ciroza se produce numai pe un teren care pe lângă constituţia anormală, prezintă şi o inclinaţie accentuată spre proliferarea conjunctivă: diateza conjunctivă.

Pende exprimă o idee analogă când spune că ciroza recunoaşte o constelaţie de factori endogeni, cari sensibilizează ficatul la acţiunea factorilor exogeni.

Câteva fapte de observaţie clinică, demonstrează cu prisosinţă rolul glandelor endocrine. Aşa **Müller** constată în necropsiile făcute pe Malaezi existenţa cirozei la 40—50% din cazuri, deşi în aceste părţi alcoolismul este necunoscut. Din contră, se ştie că aceşti indivizi sunt hipotiroidieni, iar la autopsii acest autor a găsit constant tiroida mică, o aortă îngustă, şi în fine tipul femenin al pielei. O serie de autori au descris coexistenţa cirozei hepatice cu ginecomastie, iar **Tobler, Corda, Tattoni** şi **Paula**, găsesc în aceste cazuri totdeauna o scleroză a testicului. In fine, **Cabo** şi **Corda** găsesc în cirozele alcoolice atrofia testucului. **Laignel-Lavastine, Troisier** şi **Boquien** atrag atenţia asupra asociaţiei frecvente a cirozelor alcoolice cu depilaţie şi insufciienţă tiro-ovariană. **Pende** şi **Catellino** întâlnesc frecvent la cirotici hipo-suprarenalism cortical constituţional. **Neuser** şi **Flekseder** au descris la cirotici tineri masculi, hipoplazia arterială şi genitală, atrofia tiroidei, hiperplazia ţesutului limfatic.

Din toată această enumerare de factori etiologici decurge o primă noţiune de care trebue să ţinem seama în viitor: ciroza apare mai uşor sau numai când există o asociere de factori: toxici exogeni, gastro-intestinali, infecţioşi sau constituţionali.

Tratamentul

In tratamentul cirozei ne vom aminti deci la fiece pas de etiologia care totdeauna e mai complexă decât ne-a obișnuit să o considerăm rutina zilnică. Simpla suprimare a unuia din factorii etiologici de mai sus e prea deseori ineficace. Acestea fiind spuse, tactica terapeutică trebue să tindă la:

Suprimarea toxinelor, în particular a alcoolului, sub orice formă. Realizarea acestui punct depinde în mare parte de puterea de persuasiune a medicului și de devotamentul anturajului bolnavului. In acelaș timp va trebui să ne ingeniem să găsim toxicul sau factorul asociat care potentează sau e potentat de acțiunea alcoolului. După observația noastră, acesta trebuie căutat, mai ales la populația care vine dela țară, în abuzul de oțet și în subnutriție.

Datorită acestor toxice sau survenind independent de ele starea tractului digestiv trebue supravegheată foarte de aproape. Vom administra deci un regim, care să evite pe deoparte aportul alimentelor hepatotrope (ciuperci, brânzeturi, picante sau toxice, cărnuri fesandate, etc.) și pe de altă parte, chiar alimentația bogată în proteină animală. In adevăr, cum am amintit mai sus, în cursul unei afecțiuni duodeno-intestinale resorpția precoce a proteinelor insuficient degradate poate să joace un rol toxic pentru ficat.

Vom da deci, în această împrejurare, un regim bogat în hidrocarbonate și în cruditățî rase sau sub formă de sucuri. Regimul de cruditățî pare să joace un rol favorabil chiar în cirozele înaintate. In afară de evitarea proteinelor, se știe că acest regim e bogat în vitamina C, a cărei cantitate este foarte redusă în ciroza hepatică și în provitamina A, al cărei rol în buna stare a celulelor epiteliale este cunoscut. In ceeace privește pe acesta din urmă, va fi totdeauna preferabil să o dăm pe cale injectabilă. Regimul de cruditățî fiind pe dealtă parte sărac în sodiu și bogat în ioni de potasiu, mărește și diureza.

Trebue să adăogăm însă că din punct de vedere dietetic sunt mari deosebiri de vederi. Așa **Adlersberg** și **Porges** în opoziție cu cele de mai sus, dau un regim fără făinoase și destul de bogat în grăsimi și proteine [2]). Ei pleacă dela premiza verificată experimental, după care hidrații de carbon mai mult chiar decât sarea provoacă retenția de apă. In singurul caz în care acest rest regim a fost instituit un timp mai îndelungat și pe care am avut ocazie să-l observ, n'am avut deloc buna impresie a autorilor de mai sus.

Horsters preconizează mai ales în stadiul hipertrofic o alimentație bogată în lecitine. El observă astfel oprirea cirozei atrofice după administrarea zilnică „à jeun" a 2—4 gălbenușuri de ou.

Vom trata medicamentos starea tractului digestiv administrând pulberi adsorbante: cărbune, kaolin, pentru substanțele toxice intestinale de *origină exogenă sau endogenă*. In cazurile incipiente am avut impresia că acest tratament este de un oarecare folos.

Vom consilia bolnavului să evite infecțiuni suplimentare, inclusiv gripa care am avut impresia că a putut da „un coup de fouet" pentru apariția ascitei, în cazuri de ciroză latentă sau incipientă.

2) Autorii nu prescriu nici chiar alimentele conservate, de geniul sardelelor.

Infecţiunile cronice vor fi tratate de îndată ce existenţa lor e verificată. Sifilisul va fi tratat de preferinţă cu cianur de mercur care are şi un efect bun asupra diurezei. Arsenicul toxic cirogen, prin excelenţă, cum am văzut mai sus, va fi definitiv proscris.

In ceiace priveşte paludismul, va fi bun înţeles tratat dacă este încă în activitate. Dacă este cronic, cu ciroza constituită, ajuns la casexie, am avut impresia că încercarea terapeutică este absolut ineficace. Importanţa cunoaşterei etiologiei paludice e mai mult de ordin profilactic.

In ceeace priveşte factorul constituţional nu putem spera să obţinem modificarea constituţiei mai ales când e vorba de un individ ajuns la maturitate. Din punct de vedere practic, în cazurile cu metabolism scăzut am putut constata o carecare eficacitate a preparatelor tiroidiene. Alături de acţiunea lor diuretică, acestea ajută regenerarea celulei hepatice (Eppinger, Mann). Vom aminti că experimental preparatele de prehipofiză au dat lui Fiessinger aceiaşi impresie de ajutătoare ale regenerării hepatice.

In afară de aceste tratamente ale căror indicaţii sunt în strânsă legătură cu etiologia, dispunem de mijloace în raport cu simptomatologia. Aşa pentru diminuarea ascitei, diureticele mercuriale, clorurul de calciu de amoniu, şi la nevoie, paracenteza ne vor fi de mare folos. Pentru uşurarea circulaţiei portale vom stimula formarea circulaţiei colaterale superficiale, mai ales când este redusă, prin şedinţe de raze ultraviolete.

Hemoragiile vor fi tratate după metoda obişnuită în toate hemoragiile abdominale. Când sunt datorite varicelor esofagiene, repausul şi mai ales alimentaţia neiritantă, fin divizată şi îndelung masticată, trebue respectată chiar în timpul remisiunilor durabile.

Pentru activarea circulaţiei profunde şi poate regenerarea celulei hepatice, s'a întrebuinţat diatermia cu pol pe regiunea ficatului.

Pentru stimularea celulei hepatice, alimentaţia hidrocarbonată şi injecţiuni cu insulină, injecţiile cu extracte hepatice sau ingestia de 150 gr. de ficat de viţel crud, mai ales în cazurile nu prea avansate, sunt de mare folos.

Va trebui să adăogăm că după cercetările lui Horsters preparate cu bază de cholină sau gălbenuşul de ou au proprietatea să împiedice degenerescenţa grasă a ficatului.

Homeopatii îşi au şi ei tehnica lor. Ei administrează săptămâni şi luni Phosforus D 5.

Nu trebuie să uităm că momentul intervenţiei noastre terapeutice este de mare importanţă. Regenerarea parenchimului hepatic este în funcţie de persistenţa circulaţiei portale. Când aceasta este deviată în vâna cavă, atunci posibilitatea regenerării este mult scăzută. Pe de altă parte, în cazurile avansate regenerarea este stânjenită de bariera inextensibilă ce o opune ţesutul conjunctiv adult. (Numai în imediata vecinătate a capsulei nodulii de neo-formaţie mai pot împinge bariera fibroasă, ceea ce explică bomabrea lor la suprafaţă).

In fine vom termina amintind câteva technici chirurgicale.

Vom semnala astfel omentopexia lui **Talma**, propusă pentru a uşura circulaţia de întoarcere.

Splenectomia propusă de **Eppinger**, abandonată şi reluată în ultimul timp de chirurgi, este poate utilă la ciroticii tineri. Intre alte premise care au dus la această intervenţie este şi faptul experimental datorit lui **Mann**, care a arătat că regenerarea ficatului se face mai uşor după splenectomie.

Nu trebue însă să uităm că mortalitatea operatorie este încă foarte mare. De altă parte vom menţiona că Americanii au propus o enterectomie (rezecţia a 2—4 m. intestin subţire), pentru a diminua aportul sanguin în vena portă şi pentru a diminua suprafaţa absorbantă a intestinului. Circulaţia portală ar fi astfel mult uşurată. La un cirotic tânăr care avusese 21 punctiuni, ei au obţinut un succes durabil. Aceiaşi autori propun, în caz că această operaţie este insuficientă, o ometopexie şi apoi într'un al 3-lea timp şi o splenectomie. E cazul să ne întrebăm şi mai ce!

Dar această rezervă lăsată deoparte trebue să reţinem faptul rezistenţei ciroticilor la intervenţia chirurgicală. De altfel literatura acestei boale este plină de surprize. Rivet cita cazul unui cirotic căruia i-a dispărut ascita în urma unei come care a durat 8 zile!

Toate aceste surprize ne arată că cu toate progresele făcute în acest domeniu, ştim încă foarte puţin despre mecanismul intim al producerei cirozei şi al dispariţiei diverselor sale simptome.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

LABORATOARELE MIDY, ~~4, RUE DU COLONEL-MOLL — PARIS (17e)~~

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, BUCURESTI IV

Clinica Radiologică
Facultatea de Medicină Iaşi

TROPHOEDEMUL NERVOS ŞI TRATAMENTUL RÖNTGENTHERAPIC

de

Prof. D-r E. RADU

Trophoedemul este o afecţiune întâlnită destul de des în clientelă, însă rar diagnosticată precis şi mai rar putându-se prescrie tratamentul necesar.

Intâlnind câteva cazuri de Trophoedem, cazuri deosebite între ele ca simptome, însă aparţinând aceleiaşi cauze, cred că ar trebui cunoscute, mai ales că în aceste cazuri a dat rezultat un tratament asupra căruia nu s'a gândit nici cei ce s'au ocupat în mai deaproape de ele.

Editia electronica a Universitatii "Ion Creanga" din Iasi

Léri descrie în tratatul său „Les affections de la colonne vertebrale" o afecţiune sub denumirea de sindrom trophoedem nervos, descriere ce o face în urma prezentărei la Societatea medicală a spitalelor din Paris a unor cazuri.

Trophoedemul acesta e datorit unei neînchideri a sacrului, o spina bifidă ocultă a sacrului.

Tulburările descrise de el sunt datorrite unei compresiuni a coadei de cal, prin nişte bride fibroase transversale, aderente la faţa externă a durei-materului.

Lucrul acesta a fost constatat de Léri, operând unul din cazurile prezentate şi la care a constatat aceste leziuni.

Rezultatele therapeutice nu au fost însă încurajatoare.

Maladia se prezintă sub o formă insiduoasă, fie la o vârstă mai tânără, fie la o vârstă mai înaintată, în genere la femei. Din toate observaţiile făcute de mine n'am găsit acest trophoedem decât la femei. Boala începe, până să atragă atenţiunea bolnavului, până să ajungă la medic, cu câţiva ani înainte.

Cele câteva cazuri ce am putut examina nu s'au prezentat medicului decât după 2—3 ani dela apariţia maladiei, atunci când deformarea membrului inferior a devenit prea evidentă.

Trophoedemul acesta se desvoltă la membrele inferioare, începe printr'un singur membru şi mai târziu atinge şi pe celalt. Câte odată se mărgineşte numai la un singur membru. Atenţiunea bolnavei e atrasă de o uşoară impotenţă funcţională. Simte piciorul mai greu, mai ales

după un mers mai îndelungat sau o staţionare în picioare. După un repaos peste noapte, a doua zi simte piciorul mai uşor.

Bolnava observă câteodată la început o diferenţă între cele două membre, de cele mai multe ori numai greutatea la mers îi atrage atenţiunea.

De multe ori observă boala numai după ce unul din membrele inferioare a căpătat un volum destul de aparent.

Edemul merge progresând foarte lent, cu anii ajunge la deformări mari, bine vizibile, însă niciodată nu ajunge la un adevărat elefantiazis. La începutul maladiei numai măsurătoarea atentă şi comparativă ne poate arăta desvoltarea mai mare a unuia din membrele inferioare. Edemul supra maleolar se distinge mai devreme la o simplă inspecţie, restul edemului la început numai printr'o măsurătoare atentă se poate evidenţia.

Edemul e dur, nu lasă impresiunea digitală ca la celelalte edeme, ori cât de puternic am apăsa. La presiune ai chiar impresiunea unei rezistenţe mai mari, rezistenţă ce o deosebeşti bine dacă exercităm aceiaşi presiune şi pe celalt membru.

De cele mai multe ori pielea nu e alterată deloc. Numai când edemul a deformat membrul puternic, se observă o uşoară modificare a pielei, pielea pare mai întinsă, mai lucie, lucru ce se observă bine examinând comparativ şi membrul sănătos. In genere nu se observă modificări mari din partea tegumentelor.

Edemul poate să cuprindă dela început tot membrul dela laba piciorului până la plica inguinală sau să se limiteze mai mult la laba piciorului şi puţin deasupra art. tibio tarsiană. Deformarea poate rămânea limitată numai la extremitatea inf. a membrului sau treptat să se întindă în sus. La unele cazuri edemul începe în tot lungul membrului. Edemul începe printr'un membru, ca mai târziu să treacă la celălalt. La examenul radiografic al oaselor membrului bolnav nu se observă nici un semn de leziune osoasă. Nu s'a găsit nimic din partea sângelui, nimic din partea urinei.

Cu cât edemul devine mai pronunţat, cu atât survine şi o impotenţă funcţională. La început impotenţa nu e aşa de mare, deabia e simţită şi numai după eforturi mari. Cu desvoltarea edemului impotenţa se accentuează. Impotenţa la început e fără dureri, numai la edemele prea mari ale labei piciorului deformarea e însoţită de dureri, probabil prin compresiunea nervilor plantari în mers.

Radiografia arată totdeauna în aceste cazuri o deformare a sacrului, sudura sacrală nu e complectă, lăsând o spina bifida ocultă de multe ori cu o deschidere mică.

Mecanismul producerei acestui edem e datorit după Léri unor aderenţe a durei materului, ce prind filetele nervoase din coada de cal.

OBSERV. I-a. — D-şoara P. L. de 14 ani, elevă de şcoală.

Se prezintă la examenul radioscopic ca un ultim refugiu, până acum neputându-i-se fixa un diagnostic şi nici un tratament.

Bolnava spune că cu câteva luni de zile înainte a simţit o greutate în membrul inferior, greutate ce se accentua la mers, la fugă, dar mai ales la exerciţiile de gimnastică ce le urmează la şcoală. Nu mult după ce a simţit această greutate la mers a observat că membrul inferior drept e mai mare de

BCU Cluj / Central University Library Cluj

cât cel stâng şi această deosebire o observă mai ales în părţile inferioare ale membrului. Membrul stâng nu prezintă nici o deformare. A întrebat mai mulţi medici, fără a i se fixa un diagnostic precis.

N'a fost bolnavă decât de pojar; altă maladie infecţioasă n'a avut. Antecedentele colaterale, hereditare, personale nu prezintă nimic important.

In urină nu s'a găsit nimic patologic.

La examenul făcut se observă următoarele: la inspecţie nici o modificare a tegumentelor, se observă şi destul de evident o tumefiere a membrului inferior drept., îngroşare mai evidentă spre extremitatea inf., Deosebirea se remarcă comparînd ambele membre. Se măsoară ambele membre comparativ şi se găseşte o deosebire marcată în circonferinţa membrului inferior drept. In părţile inferioare diferenţa e mai mare, cam de 2—3 cm., spre plica inguinală diminuând cam de 1,5 cm.—2 cm. In dreptul art. tibio tarsiană deosebirea e cea mai mare. La presiune edemul acesta opune o rezistenţă destul de marcată. Impresiunea nu lasă godeurile acelea caracteristice unui edem.

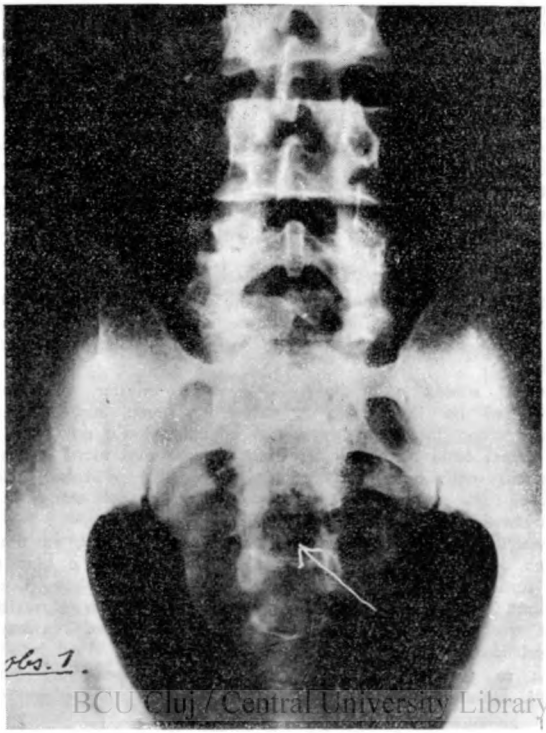
BCU Cluj / Central University Library Cluj

La examenul celorlalte organe nu se constată nici un semn de leziune. Nici un semn de leziune pulmonară, din partea cordului, din partea rinichiului Din partea ţesutului limfatic nici o reacţiune. Nu se observă ganglioni inguinali. Pielea se deosebeşte puţin de acea a membrului sănătos, e ceva mai lucié, mai întinsă.

Bănuind un trophoedem de origină nervoasă, am făcut o placă radiografică a sacrului, placa a cărei copie o alăturăm, alăturăm şi fotografia pacientei. Pe placa radiografică se observă o neînchidere a canalului sacral.

Pe fotografie se observă bine deosebirea între membrul edemaţiat şi cel sănătos.

Am recomandat bolnavei un tratament chirurgical. Părintele D-şoarei fiind



Obs. 1.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

contra acestui tratament am recomandat un tratament radiotherapic. Fiind vorba de aderenţe, de nişte bride cicatriciale, am crezut că voi putea influenţa acesté bride după cum influenţează razele X şi alte formaţiuni de asemenea fel.

Tratamentul a fost făcut în trei serii de şedinţe, fiecare serie de 6 şedinţé, toate şedinţele posterioare, 3 pe partea dreaptă a sacrului şi 3 pe partea stângă. N'am aplicat nici o şedinţă anterior, temându-mă să nu influenţez ovarele şi pentru a fi mai aproape de leziune.

Fiecare şedinţă a avut o mică cantitae de raze, cu un filtraj de 4 mm. aluminiu. Cantitatea era de 2 h pe şedinţă. Distanţa H-E-D 35 cm. La 25 zile s'a mai repetat o nouă serie de şedinţe. S'au făcut 3 serii. La intervale mari de 4—5 luni s'a mai repetat câte o serie de şedinţe.

Evident că un regres imediat al edemului nu era de aşteptat, lucru ce a fost comunicat părinţilor cu toată nerăbdarea lor.

Am urmărit bolnava timp de 3 ani de zile, la intervale mari de 4—5 luni de zile mai repetând tratamentul.

Edemul după un an de zile persista însă mult diminuat după măsurătorile făcute şi comparând cu măsurătorile anterioare.

Bolnava spune că simte piciorul mai uşor la mers. In timpul repaosului edemul diminueazâ, mai ales după repaosul de peste noapte.

Dacă edemul n'a dispărut complect, tratamentul tot a avut un rezultat bun, a oprit avansarea lui şi l'a făcut să regreseze. După 3 ani măsurătorile făcute arată o diminuare mai mare a edemului însă tot necomplect dispărut. Celalt membru n'a mai fost atins.

OBSERV. II-a. — D-na B. L. de 45 ani, casnică.

Se prezintă la consultaţie cu un edem pronunţat al ambelor membre inferioare, edem ce o împedecă la mers, de multe ori de a sta în picioare, mémbrele devenind dureroase după o staţiune mai îndelungată. Bolnava vine pentru

un examen radiografic după ce mai consultase şi alţi medici înainte, tot odată cerându-ne sfatul unui tratament.

I s'au făcut toate analizele de sânge de urină, fără să se găsească nimic patologic. Nu se ştie cauza acestor edeme.

Bănuind şi la această bolnavă un trophoedem, fac o placă radiografică a sacrului şi găsesc lipsa de închidere a canalului sacral.

Bolnava se prezintă cu ambele membre inferioare mult edemaţiate, un edem ce deformează membrele până la plica inguinală. Bolnava nu poate merge de cât cu greutate, se plânge şi de dureri în tot lungul membrelor, durері ce se liniştesc după un repaos, după o noapte a doua zi se simte mai bine. Fiind casnică ocupându-se singură cu gospodăria, deformarea aceasta a membrelor inferioare a devenit o infirmitate.

Nimic important hereditar, colateral, personal.

A observat că de mai bine de 4 ani de zile a început o deformare a membrului inferior stâng, mai ales deasupra maleolelor. Arătându-se la un medic s'a crezut că e un edem renal, analizele de urină însă nu au arătat nimic din partea rinichilor.

La început simţea o greutate în membrul inferior, i se părea piciorul mai greu, fără să fie împedecată la mers. Nu avea dureri. Treptat, treptat, membrul inferior stâng începe să devie mai voluminos; n'a dat prea mare importanţă de cât atunci când a început să simtă o jenă mai mare la mers. De 2 ani volumul a crescut mult, această deformare atingând şi pe celalt membru. Astăzi ambele membre sunt aproape de o egală tumefiere, cel stâng la măsurătoare ceva mai mic în conferinţă.

La inspecţie nu se observă nici o modificare a pielei, la ambele membre se prezintă sub ocelaşi aspect. Edemaţiarea ambelor membre e bine vizibilă chiar considerabilă, fără a fi o stare de elefantiazis. Plicele poplitee şi cele din jurul art. tibio-tarsiană nu se mai disting. La presiune se simte o rezistenţă şi degetul nu lasă urme de presiune ori câtă putere am pune. Nu se observă godeurile caracteristice edemului în genere.

Bolnava se plânge de dureri în tot lungul membrelor, mai accentuate spre extremităţi. Durerea se linişteşte dacă stă culcată. E împedecată la mers din cauza greutăţii picioarelor şi a durerei.

Măsurătoarea arată o mică deosebire, membrul stâng e mai mare. Radiografia făcută nu arată nici un semn de leziune din partea oaselor membrelor. Radiografia sacrală arată o lipsă de închidere a canalului sacral.

Tratamentul chirurgical e refuzat. Se aplică tratamentul radiotherapic. Având rezultate îmbucurătoare în primul caz, am aplicat şi aci acelaşi dosaj.

Tratamentul şi dosajul a fost indicat de mine nemai găsind în literatură aplicarea acestui tratament în asemenea cazuri. Am urmărit bolnava după un tratament îndelungat, după 4 ani. Dela primele şedinţe durerile au diminuat, după primul an şi edemul a diminuat puţin. Durerile diminuaseră chiar din primele luni de tratament. Bolnava se simte mai uşurată, nu mai are dureri, mişcă mai uşor picioarele, edemul e diminuat mult fără să dispară complect; măsurătorile făcute au arătat acest lucru.

OBSERV. III-a. — Doamna S. G. de 38 ani, casnică, se prezintă la tratamentul radiotherapic, fiind trimisă cu diagnosticul de reumatism. Bolnava se plânge de dureri în membrele inferioare mai ales la dreapta şi mai ales în dreptul art.-tibio-tarsiană şi laba piciorului.

Deasupra art. tibio-tarsiană şi la laba piciorului se observă un edem pronunţat, edem ce merge diminuând mult spre genunchi.

Are dureri în staţiunea în picioare câte odată aşa de accentuate că nu poate sta în picioare, în repaos nu le mai are.

Examenul arată un edem al extremităţilor inferioare, edem resistent ce nu lasă urme de impresiune a degetului la presiune.

E bolnavă de mai multă vreme, de aproape 2 ani. De un an a observat cum se accentuează edemul şi durerea. La început n'a prea dat mare importanţă edemului, care accentuându-se, a consultat un medic.

Nimic hereditar, colateral, personal. La inspecţie se observă edemul ce deformează mai mult extremitatea inferioară a membrelor inferioare. Nimic în analiza urinei sau a sângelui. Nici un semn de vre-o altă leziune. Nu se observă ganglioni inguinali.

Digitized by Google Digitized by Google Digitized by Google

S'a făcut o placă radiografică şi se observă o lipsă de închidere a canalului sacral.

Se recomandă tratamentul radiotherapic. După un interval mai îndelungat, de câteva luni de zile, se observă o diminuare a edemului. Durerile încépuséră să diminueze chiar din primele luni. După 2 ani de la prima şedinţă se observă o evidentă ameliorare.

Aceste trei cazuri de trophoedem mai demonstrative le am expus, fiindcă cu toate că se deosebesc ca formă şi situaţie a edemului, edemul ţine de aceiaşi cauză.

Cazuri de trophoedem se întâlnesc destul de des, nu toate însă sunt datorite numai aderenţelor durei-materului.

In unele cazuri cauza edemului se poate diagnostica radiografiind sacrul.

Rezultatele bune ce am căpătat aplicând radiaţiile X m'au făcut să expun aceste trei cazuri observate un timp mai îndelungat, arătând şi technica întrebuinţată, a dozelor mici şi repetate des.

L'auteur décrit quelques cas de trophoedème, causé par faute d'occlusion du sacrum.

Cette affection étudiée et décrite pour la première fois par Léri, a été traitée chirurgicalement sans efficacité.

La radiothérapie nous a donné des bons résultats, seulement l'amélioration est survenue tradivement.

Der Verfasser beschreibt einige Fälle von Trophoedem nerveus, ein Leiden das dann entsteht wann der Sacrum nicht geschlossen würde.

Dieses Leiden wurde zum ersten Mal von Léri beschrieben.

Die chirurgische Therapie blieb ohne günstige Wirkung. In Gegenteil die Roentgentherapie hatte eine wirksame Beeinflussung, die erkennbare Verbesserung tritt aber erst spät vor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Carbantrène «Ciba»

10% Iodocloroxichinoleină bismutată
20% Pectină
70% 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

SINDROMUL FALLOIDIAN
IN LUMINA CERCETARILOR ACTUALE

de

Conferenţiar D-r ALFRED RUSESCU, Intern D-ra D-r DANIELOPOLU, şi Extern MANEA.

(Sfârşit)

III) Sindromul sudoral (muscarinian).

Acest sindrom este produs de ciuperci din genul **Clitociba** şi **Inocyba** (clitociba dealbata, clitociba rivuloza şi mai multe inocybe: petuilardi, geofila, asterospora, hirtela, etc.). Principiul toxic este **muscarina.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Sindromul sudoral este caracterizat printr'o transpiraţie profuză şi prelungită care nu poate fi confundată cu transpiraţiile ce se observă în cursul indigestiilor. Uneori din cauza acestei transpiraţii stratul cornos de pe palme şi plante se deslipeşte de epidermă.

Apariţia sindromului este precoce: după 1—3 ore. In afară de transpiraţie se observă şi ptialism şi hipersecreţie nazală. Turburările digestive sunt tardive şi puţin importante. Bolnavii au deasemeni turburări vizuale din cauza micşorării pupilare şi turburări cardiace.

In contra acestui sindrom posedăm o terapeutică eficace, **aproape specifică: sulfatul de atropină,** care este antidotul muscarinei; el dă rezultate surprinzătoare.

In sindromul sudoral (muscarinian) datorit muscarinei se obţin deci bune rezultate cu atropină.

Nu trebue să confundăm acest sindrom muscarinian datorit muscarinei cu sindromul următor, sindromul muscarian produs de amanita muscaria şi amanita panterina, dar în care muscarina nu joacă decât un rol foarte redus, accidentele fiind datorite unui toxic asemănător atropinei: myco-atropină.

Pentru a evita orice confuzie, Martin Sans a propus numirea sindromului muscarinian (produs de muscarină) **Sindrom sudoral,** iar sindromul muscarian produs de myco-atropina conţinută de amanita muscaria l-a numit **myco-atropinian.**

IV) **Sindromul myco-atropinian** (muscarian).

El este datorit ciupercilor din grupul Amanita: Amanita muscaria și amanita panterina.

Aceste ciuperci conțin mai multe principii toxice: 1) **Muscarină** în cantitate foarte mică. Harmsen a arătat că trebuesc 3 kgr. de amanită pentru a aduna cantitatea de muscarină necesară a omorî un om. 2) **Myco-atropina** (sau muscaridina) descoperită de Schmideberg-Kobert, foarte asemănătoare cu atropina. 3) **Myco-toxină** (Harmsen) și 4) **Cholină**.

Acțiunea toxică este datorită în cea mai mare parte myco-atropinei; muscarina fiind în cantitate foarte mică. Timp îndelungat s'a comis eroarea (perzistă și astăzi în multe tratate și formulare) de a se administra atropină în intoxicațiile cu amanită muscaria, bazându-se pe prezența muscarinei (al cărui antidot este atropina) în aceste ciuperci. Or actualmente este dovedit că procedând astfel se agravează răul, căci sindromul muscarian este în fond o intoxicație atropinică. Deaceia, după cum am văzut mai sus Martin Sans pentru a evita orice confuzie a propus ca sindromul **muscarian** produs de amanita muscaria să fie numit Myco-atropinian, iar sindromul produs de ciupercile cu muscarină (sindrom **muscarinian**) să fie numit sudoral. In sindromul myco-atropinian (muscarian) nu se va face atropină, care agravează boala; în sindromul sudoral (muscarinian) atropina, din contră, își găsește indicația majoră, administrarea ei dând rezultate extraordinare.

Sindromul myco-atropinian este caracterizat printr'o incubație foarte scurtă (1—2 ore), turburări gastro-intestinale precoce și continue, anurie, și turburări ale ineligenței, memoriei, excitație cerebro-spinală, convulsii, incoordonație motrice, delir vesel (beția muscariană).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Durata este, în general, scurtă: 24—48 ore. Patogenia acestui sindrom complex este următoarea: Myco-Atropina, ca și beladona, produce delirul asemănător beției. Myco-toxina produce convulsiile; muscarina și colina produc turburări gastro-intestinale.

In asemenea cazuri se aplică tratamentul general al intoxicațiilor cu ciuperci. Nu se face atropina; de asemenea nu se face pilocarpină a cărui acțiune depresivă asupra inimei este periculoasă.

V) **Sindrom Gastro-Intestinal.**

Acest sindrom este produs de numeroase ciuperci cari se pot grupa în 3 categorii:

a) Ciuperci cari dau turburări grave, mergând până la accidente mortale. Tricholoma pardidum (tigrinum), entoloma lividium.

b) Ciupercile cari dau turburări de gastroenterită fără prea mare gravitate: Clitociba olearia.

c) Acțiune doar purgativă: Clavaria formoza, clavaria aurea, clavaria flava. In general simptomele produse prin ingerare de tricholoma pardidum sau entoloma lividum sunt datorite unei acțiuni emeto-catartice puternice. Principiile toxice ale acestor ciuperci nu sunt cunoscute până acum.

Ca simptomatologie se pot distinge 2 variante:

a) Sindromul Tricholomian (tricholoma tigrinum), și b) Sindromul

entolomian sau lividian (entoloma lividum). La ambele debutul este rapid, după o incubaţie de 1—2 ore; dureri gastrice, greţuri, vărsături incoercibile, diaree intensă, fetidă. In sindromul tricholomian apare o cefalee intensă şi crampe în membrele inferioare. In sindromul entolomian există o sete arzătoare cu uscăciune a gâtului mergând până la afonie, deasemeni uneoeri există turburări pupilare.

Durata sindromului gastro-intestinal este de 2—6 zile şi se termină în general cu vindecarea.

Se aplică tratamentul general al intoxicaţiilor cu ciuperci.

VI) Sindromul Resinoidian.

Acest sindrom este produs de ciuperci aparţinând genurilor Rusula (queleti, emetica, badia) şi Lactarius (Forminozus, rufus). Ele conţin răşinuri iritante cari produc o inflamaţie a mucoasei stomacale şi intestinului, asemănătoare cu aceea produsă de o doză mare de muştar.

Aceste răşinuri prin fierbere devin inofensive.

VII) Sindromul Anafilactoid.

Este produs prin ciuperci cari nu sunt veninoase prin ele însăşi, dar ingerate împreună cu alte substanţe pot provoca accidente. Astfel Coprinus atramentarius, coprinus micaceus, dacă sunt ingerate singure sunt inofensive; dacă se ia în acelaşi timp o băutură alcoolică (vin de exemplu) se produc palpitaţii şi roşaţă la faţă, la gât, chiar a corpului, putând perzista câteva ore. Este foarte probabil că în aceste ciuperci există o substanţă solubilă în alcool, care în momentul digestiei trece în sânge producând aceste accidente. Aceste simptome au mare asemănare cu anafilaxia, căci dacă persoana, care le-a prezentat mai mănâncă în aceleaşi condiţiuni ciuperci accidentele se intensifică. De aceea i s'a dat numele de sindrom anafilactoid.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

VIII) In afară de aceste accidente, ciupercile mai pot fi toxice prin paraziţii (mucegaiurile) cari se formează la suprafaţa lor. Aceste mucegaiuri pot provoca turburări digestive grave, adevărate intoxicaţiuni.

IX) In fine, chiar ciupercile comestibile pot provoca intoxicaţiuni, fie prin exces alimentar, fie printr'o sensibilitate particulară pe care o au unele persoane faţă de ciuperci, sau faţă de anumite feluri de ciuperci. Acest fenomen ar fi asemănător cu sensibilitatea pe care multe persoane o au faţă de fragi, raci, stridii, midii, ouă (idiosincrasie).

DESCRIEREA CAZURILOR NOASTRE

CAZUL I. — **Tudora Puican.** 25 ani, domiciliată în cartierul Dămăroaia este adusă la camera de gardă la ora 18,45, la 5.XI.1937 pentru dureri abdominale, vărsături, scaune diareice facies choleriform, somnolenţă, cu păstrarea conştiinţei.

A.H.C. fără importanţă.

A.P. fără importanţă.

Istoric: Bolnava împreună cu familia ei, compusă din: mamă şi patru copii au mâncat la 4 XI la prânz o ciorbă de ciuperci. Bărbatul plecând la lucru la C. F. R. s'a simţit rău şi s'a dus la medicul respectiv care îi a dat îngrijirile de rigoare. Mama şi copii au mai mâncat în cursul zilei şi seara din aceleaşi ciuperci. A doua zi (6 XI) pe la ora 4—5 p. m. au început, întâi mama, apoi copii să prezinte fenomene de intoxicaţie: stare generală proastă, greaţă, vărsături repetate alimentare şi bilioase, durari abdominale difuze continue şi sub formă de colici, scaune repetate diareice (lichide, de coloraţie închisă şi

foarte fetide) cefalee intensă, ameţeli. Fenomenele agravându-se la toţi membrii familiei, mama bolnavei a fost dusă la spitalul Filantropiei unde a decedat, iar bolnava şi copii aduşi la camera de gardă.

Se face: 1) o spălătură stomacală largă cu apă albuminoasă şi ser fiziologic: se extrage un lichid brun fără alimente. 2) Tonice cardiace (ol. camforat 5 cc. Cafeină 1 cc. 3) ser glucozat 33 % 20 cc. i. v. 4) inj. atropină 0,01 gr. 5) sulfat Na 30 gr.

Este internată în serviciul medical unde i se pun sticle calde la extremităţi, goutte-à-goutte cu ser glucozat 47‰ şi i se dă cărbune animal.

A petrecut noaptea destul de liniştită, însă cu vărsături continue şi scaune diareice..

Stare prezentă (6 XI ora 8 a. m.) Bolnava de constituţie bună, tegumentele uscate de culoare pământie. Conjunctivele uşor subicterice, este somnolentă, cu facies choleriform, trăsăturile feţei accentuate, ochii înfundaţi, încercănaţi, privirea anxioasă, buze violace, extremităţi reci, cianozate. Subfebrilă 37 °.

Sist. Osteo-Muscular. Dureri osoase articulare, mai ales în membrele inferioare, masele muşculare hipotonice, ganglioni inghinali palpabili.

Ap. Respirator: Dispnee accentuată.

Ap. Circulator: Bătăi cardiace accelerate, aritmice, puţin asurzite. Puls 132 pe minut, slab, aproape filiform.

Ap. Digestiv: Sete mare, apetit nul. Greaţă continuă cu vărsături apoase şi bilioase fetide. Scaune frequente (10—15 pe zi) lichide brune închise, fără sânge, nici tenesme; colici abdominale difuze şi dureri continue foarte accentuate la epigastru. Aceste fenomene survin în crize repetate, separate de acalmii.

Gura uscată, buze arse, limbă saburală cu margini roşii. Mucoasa faringeană uşor roşie.

Abdomenul hipotonic, excavat, suplu, foarte dureros la palpare mai ales în hipochondrul drept şi la epigastru.

Ficatul, limita superioară normală; depăşeşte rebordul costal cu trei laturi de deget, măsoară 14 cm., de consistenţă uşor mărită, regulat, dureros la palpare. Punctul cistic foarte dureros. Manevra Murphy pozitivă.

Babeş-Bolyai University Library Cluj

Splina nepercutabilă, nepalpabilă.

Genito-Urinar: Lombele sensibile spontan. Giordano pozitiv. Punctele renoureterale dureroase. Urinile oligurice, galbene închise, limpezi, nu are glicozurie; în sediment, rare cristale de oxalat de Ca şi uraţi amorfi. Rare leucocite, mucus şi celule epiteliale. Albumină, nor mijlociu. Nare oedeme.

Sist. Nervos. Somnolenţă cu adinamie şi păstrarea cunoştinţei. Răspunde clar la întrebări, îşi dă seama perfect de starea ei. Mişcările active şi pasive lente greoaie; nu prezintă contracturi nici clonus. Reflexe osteotendinoase vii. Babinsky în flexiune. Reflexe cutanate vii. Pupilele midriatice egale, reacţionează perfect, corect la lumină şi distanţă.

La 6 XI seara acelaşi facies, cu buzele ceva mai colorate, ochii mai vioi, mai puţin anxioşi, varsă mai rar (de 4 ori), 6 scaune. Abdomenul balonat, dureros. Puls 120 pe minut. Temp. 37°. Se alimentează: 900 gr. lapte, cafea, sirop (250 gr. zahăr, 1700 gr. apă). Ser glucozat 47 ‰ g.à.g. 2500 gr. Ser glucozat 33% 1.v. 150 cc. Ser glucozat 47‰ s.c. 200 gr. Cărbune animal. Căldură la extremităţi, prişniţe alcoolizate şi calde pe abdomen. Adrenolină 1 ‰ 1 cc. Digitalină X pic. Ser fiziologic 200 cc. Venesecţie dimineaţa 180 cc.

7 XI. Aceeaşi stare ca seara precedentă. Temp. 36°5. Puţin mai agitată. Ficatul s'a mărit cu un lat de deget şi este foarte dureros. Conjunctivele icterice. Tegumentele uşor galbene.

Seara. Stare de agitaţie uşoară, somnolenţă, privire fixă, se plânge că nu mai vede bine, are ameţeli şi o slăbiciune generală accentuată. Pulsul frequent, foarte slab, extremităţile reci, buze cianotice, dureri foarte vii abdominale. Temp. 37,°9. Bolnava sucombă la 1,30 noaptea.

Constatările necropsiei făcute la Institutul Medico-Legal:

Cap, Torace normal. Pulmon normal. Pe suprafeţele de secţiune congestionat fără leziuni hemoragice (focare). Inima dilatată, diastolică, plină de sânge lichid şi chiaguri fibrinoase. Miocard palid cu focare hemoragice.

Abdomen: Nimic la esofag, stomac uşoară hiperemie. Intestin: Mucoasă hiperemiată, aspect rugos. Ficat: uşor mărit 1550 gr., galben pronunţat, cu le-

ziuni de degenerescenţă grasă, f., pronunţată. Vezicula biliară plină de bilă fluidă. Splină normală. Rinichii: uşor palizi pe suprafaţă de secţiune.

CAZUL II. — Constanţa Puican. 7 ani şi jumătate. Acelaşi istoric ca la mama sa. Adusă la spital la 5.XI.1937 la 7 seara.

Constituţie slabă, tegumente normal colorate, faţă pământie, conjunctivele subicterice, ochii înfundaţi, încercănaţi, buze cianozate, pupile miotice. Abdomenul retractat, bolnavul acuză colici difuze. Extremităţile reci. Stare de somnolenţă accentuată. Nu vorbeşte, nu răspunde la întrebări.

Puls slab, tachicardic, dispnee. Temp. 37,02. La ora 2 noaptea începe să fie agitată, privirea anxioasă, are convulsii de scurtă durată, apoi intră în comă şi sucombă la ora 3,35 în noaptea de 5—6/XI.

Spălături gastrice. Camfor, Cafeină. Ser glucozat 33 % 15 cc. Atropină 1 cc. Căldură la extremităţi. Sulfat de Na. 8 gr.

CAZUL III. — Constantin Puican, 5 ani şi jumătate. Este adus la gardă împreună cu mama şi fraţii lui la 5 XI ora 18,45 pentru: somnolenţă, durere abdominală, vărsături, scaune diareice. A.H.C. Fără importanţă. A.P. Fără importanţă.

Istoric. A ingerat ciuperci la prânz în ziua de 4 XI 1937. A doua zi spre seară a fost apucat de dureri mari în abdomen, apoi vărsături alimentare şi apoase, negre, scaune frequente, somnolenţă, adinamie, tem. 36,08.

Se fac la camera de gardă spălături gastrice cu ser fiziologic 1000 gr. Sulf. Na 4 gr. Injecţii cu camfor şi cafeină, atropină 0,0005 gr. Este internat în serviciul nostru unde i se pune căldură la extremităţi. În cursul nopţii aceeaşi stare de somnolenţă şi adinamie, alternând cu perioade de agitaţie din cauza durerilor mari abdominale.

Stare prezentă, la 8 a. m. 6.XI.

De constituţie medie, tegumente de culoare brun închis, conjunctive subicterice, privire anxioasă, ochii înfundaţi, încercănaţi, trăsăturile feţei accentuate, buzele violacee, arse, extremităţile reci, temp. 37,06, somnolent, apatic, adinamic, răspunde totuşi corect la întrebări, dacă se insistă. Uneori perioade scurte de agitaţie, fără convulsii, între timp aceeaşi stare.

Biblioteca Centrală Universitară Cluj

Sist. Ganglionar: Ganglionii submaxilari uşor măriţi, cei laterocervicali cât bobul de fasole, duri nedureroşi, mobili.

Sist. Osteo-muscular. Tonicitatea musculară crescută.

Ap. Respirator. Dispnee, respiraţie superficială cu inspiraţii scurte şi expiraţii prelungite.

Ap. Circulator. Tachicardie, sgomote asurzite. Puls 124 pe minut, regulat, slab. Tensiune Mx. 9 mn. 6.

Ap. digestiv. Sete mare, anorexie, vărsături reptate, incoercibile, în cantitate mică, formate din puţin lichid verzui sau numai salivă; scaune repetate apoase (10) mucoase, brune, fără sânge, tenesme, dureri abdominale aproape continui, cu crize violente când copilul se svârcoleşte în pat şi se vaită. Limbă saburală, mucoasă bucală şi faringeană roşie. Abdomenul excavat, foarte dureros la orice atingere.

Ficatul: cu limita superioară în spaţiul V. Interc., depăşeşte falsele coaste cu trei laturi de deget, măsoară 9 cm. pe linia mamelonară de consistenţă crescută, regulat, dureros la palpare. Punctul cistic dureros, manevra Murphy pozitivă.

Splina: Percutabilă pe trei laturi de deget, nepalpabilă.

Ap. Genito-Urinar: Urini oligurice, închise: albumină: nor fin. Sediment f. numeroşi, uraţi amorfi de Na. Glucoză absentă. Nare oedeme.

Sist. Nervos. Pupilele midriatice, egale, reacţionează corect la lumină şi distanţă. Reflexe osteotendinoase şi cutanate v.i. Nu prezintă contracturi, nici clonus. Babinsky negativ. Somnolent, adinamic, conştiinţa păstrată.

Hemoglobina: 60 %. Gl. albe 6800. Gl. Roşii 2992000.

Formula: Poly. neutr. 52 %, eozinofile 2 %, limfocite 10 %. Monocite 36 %.

Rezistenţa globulară: 5 (scăzută).

Regim: Hidric abundent: 1500 cu zahăr 50 gr., lapte 1000 gr. cu cafea.

Tratament: 1) Ser glucozat goutte-à-goutte 47 ‰ cât mai mult (4500) gr. 2) Ser glucozat 33 % 30 cc. intravenos. 3) Ser fiziologic 2X50 cc. 4) Serglucozat 47 ‰ intravenos. 2X50 cc. 5) Ol. camforat sau cardiazol 2X4 cc.

6) Adrenalină sol. 1 ‰ 2X1/4c.c. 7) Tră digitală 2X.X. pic. 8) Prişchnitze calde sau alcoolizate pe abdomen. Căldură la extremităţi.

6.XI. seara. Temp. 38,05. Puls 132, mai bine bătut. Aceaşi somnolenţă, scaune tot atât de frequente, varsă mai rar, durerile abdominale mai puţin violente, privirea mai vie, vorbeşte, îşi recunoaşte familia.

7.XI. Copilul a eşit din somnolenţă, privirea vioaie, ochii fără cearcăne, stare generală mai bună, 5 vărsături, 13 scaune, tenesme, dureri abdominale difuze cu *rare colici*. Abdomenul *suplu, dureros la palpare* în etajul superior, uşor balonat. Puls bine bătut, 120 pe m. Temp. 37,09. Se alimentează destul de bine. Acelaşi tratament.

8.XI. Stare generală bună, copilul e vioi, a început să se ridice singur în pat; are cefalee, a vărsat de trei ori după alimentaţie, 14 scaune apoase, mucoase. În cursul nopţii precedente a avut trei scaune cu sânge. Durerile abdominale s-au limitat la epigastru, apar mai ales la palpare. Sete mare, se alimentează bine. Puls 120. Afebril. Acelaşi *tratament*.

9.XI. Aceiaşi stare. Ficatul 8 cm. pe linia mamelonară, mai puţin dureros la palpare. 12 scaune apoase, 2 vărsături. Temp. 37,02. Pupile normale. Reflexe normale. Continuă tratamentul.

10.XI. Abdomenul f. puţin sensibil la palpare. Copilul e vioi, începe să se joace. Nu mai varsă. 9 scaune apoase. Urini în cantitate destul de mare, coloraţie şi aspect normal. I se dă, în plus, cartofi fără sare.

11.XI. *Abdomenul suplu, nedureros, facies normal*. Temp. 37,02—37,08. Puls 106. 8 scaune apoase.

14.XI. Stare generală din ce în ce mai bună. Copilul câştigă în greutate, mănâncă bine. I se dă regim lacto-farinos şi compot. Ficatul depăşeşte, cu un lat de deget, nu mai e dureros. 12 scaune puţin legate, mucoase. Se suprimă medicaţia şi zahărul per os urmând să i se facă 60 cmc. pe zi de ser glucozat 47 ‰ subcutanat şi ol. camforat 4 cm.; cărbune. Temp. 37,02.

16.XI. *6—7 scaune apoase*. Se dă *Tanalbin* 1,50 gr. pe zi şi acelaşi regim. Se suprimă serul glucozat, camforul şi cărbunele şi parte din lapte.

19.XI. Stare generală f. bună. 2 scaune pe zi consistente. Ficatul nu mai este palpabil. Regim complect.

24.XI. Bolnavul a câştigat în greutate, e afebril, mănâncă bine, are scaune bune.

CAZUL IV. — **Petre Puican**, 3 ani 6 luni. Este adus la camera de gardă la 5.XI. la ora 18,45 împreună cu mama şi trei fraţi pentru: *vărsături, diaree*, dureri abdominale, convulsii.

A.H.C. *fără importanţă*.

A.P. Rugeolă.

Istoric: Acelaş ca precedentul. Bolnavul a început să verse, să fie agitat şi să prezinte convulsii. La gardă i s'a făcut o spălătură gastrică cu ser fiziologic 1000 gr.; Atropină (inj.) 0.00025 gr.; Cărbune. Sulfat Na. 4 gr. Inj. cu Ol. camforat, cafeină. Căldură la extremităţi.

Stare prezentă: Constituţie bună. Tegumente şi conjunctive normal colorate. Dimineaţa la 6 a avut convulsii ce au încetat după învelişuri repetate calde şi tonice cardiace (camfor, cafeină). Este uşor somnolent, vorbeşte bine, facies uşor tras, cu orbitele uşor excavate cu cearcăne, buze roz, extremităţile calde. Febră 36,07.

Masele musculare hipotonice, ganglioni cervicali palpabili.

Ap. Circulator şi Respirator: Normal.

Ap. Digestiv: Sete mare, a avut două *vărsături; apetit diminuat*, dar se alimentează cu lapte, cafea sirop, 3 scaune lichide, galbene, bune. Dureri abdominale, fără colici, nici tenesme. Mucoasa bucală şi faringeană cu aspect normal. Limba uşor saburală. Abdomenul suplu, dureros la epigastru.

Ficatul: depăşeşte rebordul costal cu un lat de deget, f. puţin dureros; de consistenţă normală. Punctul cistic sensibil. Manevra Murphy pozitivă.

Splina: Percutabilă pe două laturi de deget, nepalpabilă.

Uro-Genital: Lombele *sensibile*. *Urini oligurice, aspect şi coloraţie normală*, nu are albumină, nu prezintă oedeme.

Sist. Nervos: Puţin somnolent şi adinamic. Uşoară redoare a cefei, uşoară contractură. Reflexele osteo-tendinoase şi cutanate vii. Pupilele egale, reacţionează la lumină şi distanţă.

Biblioteca Universitară Cluj / Central University Library Cluj

Tratament: Cărbune, regim hidro-lactat (lapte 300 gr. apă 800 gr.). Inj. Ser glucozat 33 % 20 cc. intravenos.

Inj. Ser glucozat 47 ‰ { 50 cc. dim. intramusc. / 50 cc. seara

Inj. Ser fiziologic 100 cc. Subcutanat.
Tră. digitală 2.X.VI picături. Adrenalină 1/4 cc. Prischnitz cald pe abdomen. Revulsie toracică 2 pe zi.

7.XI. Copilul a petrecut noaptea liniştit. Dimineaţa la 9,50 a început convulsii, stare de subconştienţă, apoi inconştienţă, facies anxios, ochii în fundul capului, încercănaţi, privire fixă, dispnee, puls tachicardic filiform, extremităţile reci, cianozate. Temp. 36,08. Se fac învelişuri fierbinţi toracice, toni cardiacice, etc. etc. La ora 12,50, începe să aibă respiraţie sgomotoasă, tuse seacă, face spume la gură, se cianozează. Pulmonar câteva raluri subcrepitante, ronflante şi sibilante. Se face o flebotomie 50 cc. Ouabaină 1/8 intra muscular şi oleu camforat. Sucombă la ora 4,20 p. m.

Constatările necropsiei făcute la institutul medico-legal.

Pulmon: câteva pete echimotice subseroase. Cord în diastolă, cu chiaguri fibrinoase. Ficat: degenerescenţă grasă pronunţată. Rinichi palizi.

CAZUL V. — Sandu Puican, 1 an 3 luni. Este adus la camera de gardă la 18,45 în stare preagonică, fără convulsii, somnolent adinamic, Tegumentele şi mucoasele uşor subicterice, ochii înfundaţi cu cearcăne, buze violacee, respiraţie superficială, cu respiraţii adânci din când în când. Puls filiform. Extremităţile reci, dureri abdominale. Se face o spălătură gastrică şi injecţie cu camfor, cafeină. Sucombă la gardă.

CAZUL VI. — Constanţa Olteanu, 12 ani, domiciliată în cartierul Dămăroaia. A mâncat ciuperci cu cei 5 bolnavi anterioţi; este adusă la gardă la 6 XI ora 13., pentru stare generală proastă, vărsături, diaree, extremităţile reci, buze violacee, puls imperceptibil, bătăile cardiace foarte slabe. I se face o spălătură gastrică cu ser fiziologic; ser glucozat intravenos 15 cc. Ol. Camforat, decocte de china cu linguriţa, purgativ salin. În serviciu i se mai face o spălătură gastrică cu apă albuminoasă.

Ora 16. Stare generală mai bună. Puls 50 pe minut, slab. Dureri la epigastru nu prea întinse. E conştientă, declară că se simte mai bine.

Ora 3 noaptea. Are brusc vărsături repetate, abundente, convulsii generalizate Se face Ol. Camforat, clismă cu cloral hidrat şi se linişteşte.

Ora 6 dimineaţa. Stare agonică, contracţiunile au dispărut complect, respiraţie sgomotoasă, salivaţia abundentă, transpiraţie, incontinenţă de urină şi fecale, midriază, cord extrem de rapid, puls imperceptibil. Sucombă la 7 XI dimineaţa.

CAZUL VII. — Lucreţia Carjan. 29 ani. Comuna Militari, Jud. Ilfov. Se prezintă la camera de gardă la 12 XI, ora 12,10 împreună cu trei copii; prezentând dureri abdominale, mai ales la epigastru. Diaree (6—7 scaune) tendinţă la somn.

Ant. H.C. fără importanţă.

Ant. pers. 5 avorturi spontane (1—2 luni); are 5 copii sănătoşi. În timpul sarcinelor avea edeme, dar n'a făcut analiza urini. Rugeolă şi tuse convulsivă în copilărie, malarie la 10 ani. B.W. negativă.

Istoric: A mâncat împreună cu doi copii, bărbat şi soacră în ziua de 11 XI 1937 la ora 11 ciuperci făcute mâncare şi supă. Ciupercile au fost culese de soacră şi aveau culoare roşie, cu stropi albi, probabil din grupul amanitelor veninoase, după descriere. Bărbatul şi soacra au mâncat puţin şi începând turburările au fost trataţi la Filantropia cu purgative saline şi spălături gastrice, şi acum sunt ameliorаţi acasă. Pacienta însă a mâncat mult, forţând şi pe cei doi copii să mănânce mult. Alţi doi copii fiind la şcoală nu au mâncat. La ora 12 noaptea întâi copiii şi apoi pe la 4—5 dimineaţa mama, au fost apucaţi de dureri mari abdominale, vărsături (a eliminat parte din ciupercile şi alimentele ingerate) stare generală proastă, apoi scaune diareice (lichide, cafenii, fetide), tendinţă la somn. Starea pacientei şi copiilor agravându-se vine la gardă la 12 XI la ora 12,10. Se face o spălătură gastrică (lichid brun) camfor, cafeină şi e internată în serviciul medical.

Stare Prezentă: De constituţie bună, Tegumentele normal colorate. Facies

BCU Cluj / Central University Library Cluj

palid, obosit, cu buze violacee, are ochii sticloşi, încercănaţi. Acuză slăbiciune generală, apatie, tendinţă la somn. Extremităţile calde. Temp. 37.

Sist Osteo-Muşcular: Hipotonicitate musculară.

Ap. Digestiv: Sete intensă, anorexie, acuză dureri în tot abdomenul, mai ales la epigastru şi hipochondrul stâng, exacerbate în timpul dejecţiei. Scaune (13) apoase verzui, însoţite de colici intense, tenesme. Vărsături (2) bilioase. Limba uşor saburală. Mucoasa bucofaringeană uşor hiperemică. Abdomenul flasc, hipotonic, dureros la palpare, mai ales la epigastru. Ficat, splină normale.

Uro-Genital: Urini oligurice, închise, puţin turburi. Albumină: nor. fin. Sediment: frequenţi cilindri granuloşi, numeroase epteliii vezicale şi leucocite.

Ap. Respirator: Dispnee, ritm respirator regulat.

Ap. Circulator: Ritm tachicardic regulat, zgomote asurzite, Puls 110 regulat, slab. Tens. Art. Mx. 10. Mn. 7 1/2.

Sist. Nervos: Pupilele midriatice, reacţionează la lumină şi distanţă. Reflexele osteotendinoase foarte vii, cutanate normale. Nu prezintă contracţiuni, nici clonus. Babinsky negativ. Mişcările active lente, pasive normale, forţa muşculară diminuată.

Regim: Hidric 2400, lapte 250 gr. Zahăr, cafea.

Tratament: Sulfat Na 30 gr.

Desinfecţie nazo-faringeană. Ser fiziologic 60 cc. Ser glucozat 47 ‰ g.à.g. 1000—1500; 47 ‰ intravenuse. 2X100 cc.

Ol. Camforat 2X5 cc. Sol. digitalină 1 ‰ X picăturià. Adrenalină sol. 1 ‰ 2X 1/2 cc. Cardiazol. Ser glucozat 33 % (2X50 cc) intravenos. Venesecţie largă (150 cc.).

13 XI. Somnolenţă a dispărut. Acelaş facies obosit, cu ochii mai puţin încercănaţi. Conjunctivele subcterice. O vărsătură. 15 scaune apoase, fără mucozităţi, nici sânge. Tenesme. Ficatul depăşeşte rebordul costal cu 2 laturi de deget, de consistenţă puţin crescută, regulat, dureros la palpare. Temp: 37,02—37,05. Puls 94. Bolnava are un copil de trei luni pe care îl lăptează, copilul este pus la sân.

Ex. Urinei: Săruri biliare-urme. Pigmenţi biliari-urme. Urobilina crescută. Uree sanguină 0,64 ‰. Colesterină 1,50 %. Hemoglobină 70 %. Gl. Roşii: 2.616.000. Gl. Albe 7000.

Formulă: Poly. neutr. 58 %. Eozinofile 8 %. Limfocite 6 % monocite 27 %. Rezistenţa globulară 4 (normală). Continuă trat. se suprimă serul fiziologic.

14 XI. Stare generală mai bună, facies normal, uşor subicter conjunctival. Abdomenul mai puţin dureros la palpare, nu mai are colici. Urini normale. 24 scaune apoase. Nu mai are vărsături. Acelaşi tratament. Se adaugă la alimentaţie cartofi.

15 XI. Scaune mai rare, dar mucoase. Stare generală mai bună, se ridică singură din pat, poate umbla sprijinită, vorbeşte şi îngrijeşte de copii. Puls 92. Temp. 37.

17 XI. 8 scaune mai legate. Nu mai are dureri abdominale. Ficat normal, conjunctive normal colorate. Reflexele normale. Se suprimă Digitalina.

20 XI. Stare generală bună, uşoară slăbiciune, 4 scaune puţin moi. Puls 80. Albumină absentă. F. Numeroşi Uraţi acizi şi cristale amoniaco-magneziene.

2 XI. Scaune bune. Regim lacto-făinos. Se suprimă medicaţia.

CAZUL VIII. — Petre Carjan, 3 luni. Stare de subconvulsii, agitaţie.

A.H.C. Fără importanţă.

A.P. Născut la termen. Alimentat la sân, vaccinat B.C.G.

Istoric: Hrănit la sân; mama a mâncat ciuperci în ziua de 11 XI, şi la 12 XI a fost internată la spital cu copii. Copilul a început să aibă fenomene de intoxicaţie în noaptea de 11—12 XI; e agitat, contracţiuni generale ce se exagerează în unele momente.

Starea prezentă: Constituţie normală. Facies uşor intoxicat, ochii cu cearcăne, anxios, privirea atentă, a avut subconvulsii ce au ţinut o jumătate de oră, dispărând după o injecţie cu chin-ether, inj. cu ser fiziologic, învelişuri calde, muştar, regim hidric 12 ore. Afebril. 5,500 Kg. Cutireacţie negativă.

Ap. digestiv: Apetit conservat, fundul gâtului uşor hiperemic. Scaune verzi, mucoase. Ficat, splina normală.

Ap. Circulator: Puls tachicardic, slab.

Ap. Respirator şi sistem Nervos: normale.

13 XI. Fenomenele nu s'au mai repetat. Reia alimentaţia la sân.

15 XI. Copilul creşte în greutate. Are puţine scaune groase. Se adaugă 40 gr. lapte (3/4) plus o linguriţă zahăr. Tanigen.

29 XI. *Scaune normale. Temperatură normală. Stare generală satisfăcătoare.*

CAZUL IX. — Gheorghe Carjan. 5 ani. Dureri abdominale, scaune diareice, vărsături.

A.H.C. Mama 5 avorturi. B.W. nevativ.

A.P. Vaccinat B.C.G. Pojar, scarlatină, varicelă, bronchită.

Istoric: Acelaşi ca al mamei sale (cazul VII). La 12 noaptea 11 XI, 1937. rare vărsături, scaune frequente mai mult lichide, crampe abdominale, stare generală proastă, somnolenţă accentuată.

Stare prezentă: Constituţie medie. Tegumentele de culoare închisă. Este apatic somnolent, răspunde totuşi la întrebări, facies palid ochii încercănaţi, privirea obosită. Afebril. Extremităţile reci.

Limfatic: Micropoliadenopatie.

Osteo-Muscular: Tibiile f. puţin recurbate. Tonicitate musculară scăzută.

Ap. Respirator: Dispnee. Respiraţia superficială.

Ap. Circulator: Tachicardic, Puls 120 slab, Ritm regulat. Tens. Art. Mx. 10 Mn. 8 1/2.

Ap. Digestiv. Apetit nul, greaţă continuă, rare vărsături lichide, scaune diareice, fără sânge, dureri continue la epigastru, crampe abdominale în crize, separate de scurte acalmii, crize ce coincid cu scaunele. Tenesme. Buze arse, uşor violacee. Limba roşietică, cu aspect de fragă spre vârf. Fundul gâtului uşor balonat, dureros la presiune în mod difuz.

Ap. Uro-Genital: Urini reduse, închise, *n'are oedeme. Albumină: nor fin.* Sediment: Frequenţi cilindri granuloşi, rare leucocite şi uraţi amorfi.

Sistem Nervos: Pupilele midriatice. Reflexul fotomotor întârziat. Reflexele tendinoase vii, mai ales la membrele superioare, cele cutanate normale. Somnolenţă. Babinsky negativ. Conştient.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Tratament: Regim Hidro-lactat, zahăr, cafea. Revulsie toracică. Ser glucozat 47 %o, 500 goutte-à-goutte, Ser glucozat 47 %o 2X50 cc. intramuscular. Ser fiziologic 40 cc., Ser glucozat 33 % 40 cc intravenos. Ol. Camforat 2X3 cc. Cardiazol, Adrenalină 1/4 cc., Cărbune. Tinctură de digitală 2X X picături. Sulfat Na. 10 gr.

Uree în sânge: 0,44 % Colesterină 1,30 %o. Hemoglobină 60 %. Rezistenţa globulară: 4,5; Globule roşii 2.120000. Gl. albe:8000. Formula leucocitoză: Poly. neutr. 55 %, Eozinofile 3 %, Limfocite 19 %, Monocite 23 %.

13 XI. Copilul tot uşor somnolent. 4 vărsături. 8 scaune apoase. Temp. 37,09—38. Puls 120. Ficatul depăşeşte f. c. cu un lat de deget, dureros la palpare. Doarme mereu. Se suprimă serul fiziologic.

14 XI. Abdomenul balonat, f. dureros la epigastru şi flancul drept. Reşpiraţia dispneică, aripele nasului bat. A avut câteva convulsii, ochii cu privire rotatorie, facies anxios, obosit, cu cearcăne, buzele arse, violacee. Dureri foarte mari în regiunea epigastrului, dureri retrosternale, vărsă după orice alimentaţie. Temp. 37,0. Puls 130 slab. 16 scaune apoase şi unul cu sânge şi mucus. Se pun Prischnitze calde pe abdomen. Tonicardiace.

15 XI. *Ficatul nu se mai palpează, abdomenul uşor excavat.* Nu mai are dureri de cât la epigastru. 2 vărsături. 13 scaune cu mucozităţi. Nu mai are dispnee, e puţin mai vioi, mai puţin somnolent, vorbeşte cu cei din jur. Afebril. Puls 106. Albumina absentă în urină.

17 XI. Stare generală bună. Deşi e încă puţin somnolent, are însă perioade când vorbeşte spontan cu cei din jur, se joacă puţin, stă aşezat în pat. Facies mai vioi, tot puţin obosit, buze uscate, sete mare. Nu mai varsă, nu mai are dureri abdominale. 7 scaune lichide. Temp. 37,04. Puls 108.

19 XI. Nu mai are vărsături, are 5 scaune lichide, 3 cu mucus. Uşoară somnolenţă. Puls 110.

Sediment Urinar: Rare leucocite, uraţi amorfi, cristale de acid uric. Albumină absentă.

21 XI. Stare generală bună. Aseară a avut 38,09 cu stare de ușoară somnolență. Numeroase (2—4) scaune lichide și 2 cu mucus. Mucoasa faringeană roșie, acuză dureri în ambele urechi. Punctul T, pozitiv. Se pune glycerină fenicată și prischnitz. Febra scade la 37,09. Se dă regim lacto-făinos. Se suprimă medicația lăsând doar serul glucozat 47 %o (60).

22 XI. Stare generală mai bună. 2 scaune legate. Nu mai e somnolent. Ficat în limite normale. Abdomenul nu mai e dureros. Afebril.

2 XII. Ese din spital vindecat.

CAZUL X. — Tudorița Carjan. 2 ani și jumătate. Internată pentru scaune diareice, dureri în tot abdomenul.

A.P. Născută la termen, vaccinată cu B.C.G.

Istoric: Acelaș ca mama și Gheorghe. Nu a vărsat de loc, a avut dureri abdominale, mari scaune diareice. Se face o spălătură gastrică și se dau tonice cadiace la gardă.

Stare prezentă: Constituție bună, Tegumentele de culoare închisă, păstrează cuta (deshidratate), Facies palid. Ochii încercănați, privire obosită, buzele violacee, extremitățile reci, somnolență, ușor apatică, afebrilă 36,05.

Limfatic: Ganglionii inghinali puțin măriți.

Osteo-Muscular: Normal.

Ap. respirator: Dispnee.

Ap. Digestiv: Apetit diminuat; scaune diareice lichide, fără sânge, fără mucozități. Nu are vărsături. Se plânge de dureri abdominale, mai exagerate când are scaune. Sete mare. Limbă saburală. Abdomen suplu, ușor balonat, dureros la palpare. Ficat, Splină, normale.

Ap. Circulator: Cord în limite normale, nu depășește marginea dreaptă a sternului. Tahicardie (116). Puls regulat.

Ap. Uro-Genital: Urină normală, albumină absentă. Nu are oedeme.

Sendiment: Frequente leucocite, urați amorfi de natriu, cristale de fosfați amoniaco-magneziene.

Sist. nervos: Pupile midriatice, egale, centrale. Reflexele fotomotor și la distanță întârziate. Osteotendinoase normale. Nu are contracțiuni, nici clorus. Babinsky negativ. Uree: 0,60 %o. Cholesterină 1,50 %o. Hemoglobină 70 %. Radioscopie pulmonară normală. Globule albe 6000. Globule roșii 2.056.000. Formula leucocitară: polinucleare neutr. 45 %. Eozinofile 2 %. Limfocite 18 %. Mononucleare 35 %.

Tratament: Regim Hidro-Lactat, cafea, Zahăr. Desinfecția orificiilor, revulsii de două ori pe zi. Sulfat de Na. 6 gr. Tră, digitală 2 X VI picături. Adrenalină $^1/_R$, cc. Ol. camforat 2 X 3 cc. Ser glucozat 33 % 30 cc.intravenos Ser glucozat 47 %o 2 X 50 cc. intramuscular. Ser glucozat 47 %o g.à.g. 3—4000 cc. Cărbune animal, Cardiazol, ser fiziologic 50 cc.

13 XI. Somnolența persistă, privire mai vioaie. Scaune 6 apoase. Temp. 37,05. Puls 110. Dureri difuze în abdomen. În inspirație profundă se palpează marginea inferioară a ficatului.

14 XI. Tot este somnolentă. Privirea bună, facies normal. Temp. 37,0, 37,03. Puls 110. 8 scaune apoase și două sacune cu mucus și sânge. Tenesme, Dureri mari în abdomen.

15 XI. Aceeași somnolență. Abdomenul ceva mai puțin dureros. 7 scaune apoase, 2 cu mucus și sânge. Se dă în plus cartofi. Ficatul depășește cu un lat de deget falsele coaste. Temp. 37,02. Puls 108.

17 XI Somnolența a dispărut complect. Stare generală bună. Apetitul a crescut. Mănâncă bine. Are încă dureri abdominale dar mai diminuate. 5 scaune fără mucus și sânge, Reflexe pupilare normale.

20 XI. 2 scaune, mai consistente. Nu mai are dureri abdominale. Ficat în limite normale. A avut seara puțină febră. Pulmonar câteva raluri ronflante și sibilante. Se dă apă și poțiune de tuse. Ex. Urinei: Urați amorfi, rare leucocite.

21 XI. Regim Lacto-Făinos. Se suprimă medicația afară de serul glucozat.

22 XI. Uree în sânge 0.56 %. Același regim. Ser glucozat 47 %o, 60 cc.

24 XI. Stare generală bună. 37°.

CAZUL XI. — Șerban Alexandru, de 15 ani. Domiciliat în comuna Voevodul Mihai (jud. Ilfov). Este internat în serviciul nostru pentru: vărsături, scaune diareice, salivație abundentă, dureri epigastrice.

A.H.C. Fără importanță. Are încă o soră internată în serviciul nostru pentru intoxicație cu ciuperci.

A.P. Rugeolă, Tuse convulsivă la 8 ani. Paludism?

Istoric: In ziua de 13 XI 1937, pe la ora 11 a. m., bolnavul a ingerat vreo 10 ciuperci fripte, culese pe câmp. Ciupercile erau cu pălărie roșie cu puncte albe și cu piciorul înalt. In aceeași zi pe la 11 noaptea a început să aibă vărsături abundente (7 ori) scaune diareice apoase, ușor fetide, salivație abundentă, transpirații abundente și o tendință la somn. Starea generală agravându-se în ziua următoare este adus în serviciul nostru.

Stare prezentă: Bolnavul e de constituție bună, cu tegumente de culoare închisă. Subfebril, somnolent, apatic, facies anxios, ochii închiși, corpul acoperit de transpirație, buzele cianozate, arse, tumefiate, uscate, gingiile tumefiate, sângerânde.

Sist. musculo-osos: normal. Tonicitatea musculară bună.

Ap. Digestiv: Apetit diminuat. Sete însă nu are. Greață, varsă după orice fel de alimentație. Limbă suburală, mucoasa faringeană ușor hiperemiată. Ficat, Splină: normale. Abdomenul suplu, normal la percuție, foarte dureros generalizat și mai ales la epigastru. Ușor excavat.

Ap. circulator: Cord în limite normale, tachicardic sgomotele ușor asurzite, aritmic. Puls. 120 pe minut, slab.

Ap. Respirator: Normal.

Ap. Uro-Genital: Lojile renale libere, ușor sensibile, oligurie, urina de culoare.

Sist. Nervos: Pupile egale, Reflexul fotomotor și la distanță normale. Reflexele osteo-tendinoase și cutanate exagerate. Nu prezintă clonus. Babinskv negativ.

Analiza urinei: (15 XI). Sediment: Numeroase hematii, frequenți cilindrii granuloși, numeroase celule epiteliale din căile urinare superioare. Urobilină: Normală. Pigmenți biliari, săruri biliare: absente. Glucoză: absentă. Ureea în sânge: **2,40** %o. Colesterină: 1,30 %o. Hemoglobină 60 %. Rezistența globulară scăzută 5,5 (normal 4). Globule albe 10.000. Globule roșii 1.912.000.

Formula leucocitară: Poly nuc. neutr. 68 %, limfocite 15 % mononucleare 17 %.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ureea, clorurii și cilindrurie au evoluat în modul următor:

La 20 XI. 1 %o uree; 4,87 %o cloruri; frequenți cilindri hialini și granuloși; rari epiteliali.

La 27 XI. 0,961 uree; 5,62 %o ocloruri; frequenți cilindri hialini și granuloși, rari epiteliali.

La 2 XII. 1,60 %o uree.

La 7 XII. 0,60 %o uree.

La 13 XII. 0,48 %o uree.

La 15 XII. Sediment: urați amorfi de sodiu.

La 20 XII. 0,40 %o uree.

Tratament: 1) Spălătură gastrică. 2) Sulfat Na. 15 gr. (la intrarea în serviciu). 3) Cărbune animal. 4) Ol. Camforat 5 cm. 5) Ser Glucozat 33 % 40 cc. i.v. 6) Ser glucozat 47 %o 500 cc. clismă goutte-à-goutte. 7) Ser glucozat 47 %o 100 cc. i.m. 8) Soluție glucozată per os. 9) Adrenalină 1/2 cc. sol. 1 %o. Sol. Digitalină 1 %o X picături, urmate trei zile consecutiv.

Regim: Hidro-Lactat. Acest tratament a fost urmat până la 7 XII, când am diminuat glucoterapia intravenoasă și rectală, lăsând doar 50 cc. ser Glucozat iozotonic intramuscular.

La 13 XII. Se suprimă complect glucoterapia.

La 20 XII ese vindecat.

CAZUL XII. — **Maria Alexandru**, de 12 1/2 ani, domiciliată în comuna Voevodul Mihai, jud. Ilfov, vine în serviciul nostru pentru: vărsături, scaune diareice, dureri abdominale, stare generală gravă.

A.H.C. fără importanță. Un frate internat în același timp, pentru intoxicație cu ciuperci.

A.P.: Rougeolă la 5 ani. Malarie la 9 ani, ce a ținut 2 luni, tratată cu chinină. O afecțiune renală (?), la 10 ani (anazarc, cefalee, oligurie, amețeli); aceste fenomene au durat o săptămână.

Istoric: La 13 XII 1937, ora 11 dimineața copila a ingerat 9 ciuperci

fripte culese de fratele ei pe câmp. Ciupercile aveau pălărie roșie cu puncte albe, piciorul înalt. La ora 11 noaptea a început să verse frequent și abundent, scaune diareice, ușor fetide. Dureri abdominale cu maximum de intensitate în epigastru sub formă de accese, și arsuri. Gura uscată, sete mare, buzele arse, transpirații abundente, tendință la somn. Dacă se ridica în picioare avea amețeli.

Stare prezentă: Copila de constituție bună, tegumente de culoare închisă. Febrilă (39,01), somnolentă, apatică, facies pământiu, cu pomeții roșii: ochii întredeșchiși, buzele uscate, arse, sete mare, greață, vărsături.

Sist. limfatic: Ganglionii inghinali puțin măriți indolori. Ganglioni sub maxilari deasemeni ușor măriți.

Sist. Osteo muscular normal.

Ap. Digestiv: Apetit diminuat. Limba saburală, uscată. Buzele arse. Abdomenul dureros la palpare, mai ales la epigastru. Ficat, splina normale.

Ap. Uro-Genital: Lojile renale sensibile. Oligurie, urinile de culoare roșie.

Ap. circulator: Tachicardie, sgomote ușor asurzite, Puls 120 slab.

Ap. Respirator: Normal.

Sistemul Nervos: Pupilele midriatice. Reflexul fotomotor prezent. Reflexele osteo-tendinoase și cutanate exagerate. Babinsky negativ. Somnolență, memoria păstrată.

Analiza Urinei: 15 XII Sediment: Numeroase hematii, f. numeroși urați amorfi de Na. și cristale de acid uric.

Ureea în sânge: 0,80 ‰. Hemoglobină 70 %. Colesterină 1,50 ‰.

Rezistență globulară mult scăzută 6,5 (normal 4). Gl. albe 6200. Gl. roșii 2.592.000.

Formulă leucocitară: polinuc. neutr. 79 %, bazofile 1 %, limfocite 7 %, mononucleare 13 %.

Tratament: 1) Spălătură gastrică. 2) Sulfat Na 10 gr. (la intrare în serviciu). 3) Cărbune per os. 4) Ser glucozat 33 % 20 cc. i.v. 5) Serglucozat 47 % 500 cc. clismă goute-à-goutte. 6) Ser glucozat 47 ‰ 80 cc. i.m. 7) Ol. Camforat 5 cm. 8) Adrenalină 1 ‰ 0,5 cm. 9) Sol. glucozată per os. 10) Tinctură digitală XXX picături, repetate 3 zile.

Alimentație: 500 gr. apă. 500 gr. lapte, 200 gr. apă cu zahăr.

Digitized by Central University Library, Cluj

19 XII. Durerile abdominale au diminuat mult. Facies mai puțin vultuos. Nu mai este somnolentă. Ochii vioi, fără cearcăne. Temp. 37,02—38,05. Nor fin de albumină în urină. In sediment: cristale de fosfat amoniaco-magnezian, urați fini amorfi, rare leucocite. Ureea în sânge: 0,50 %. Cloruri: 4,43 %. Continuă tratamentul. Regim 600 gr. lapte, 400 gr. apă.

2 XII. Uree sanguină: 0,32 ‰. Cloruri 5,27 ‰. Regim lacto-făinos, vegetarian. Ese la 12 XII vindecată.

CONCLUZIUNI.

Din observația cazurilor rezultă următoarele:

1) Accidentele datorite ciupercilor sunt foarte variate; au fost identificate până acum 9 sindroame diferite; cel mai grav dintre acestea este sindromul falloidian. Ciupercile cu adevărat otrăvitoare fac parte din familia agaricaceelor, iar din aceasta 2 genuri sunt foarte periculoase: amanita și volvaria.

2) Toate intoxicațiile au fost datorite ingestiei de ciuperci producând sindromul falloidian. Descrierea ciupercilor de către bolnavi, apariția tardivă a simptomelor de intoxicație, gravitatea simptomelor cu atingerea ficatului, rinichilor, alterări sanguine, pledează pentru natura falloidă a acestor intoxicațiuni.

3) Cazurile noastre au venit la spital în două serii. Primii 6 bolnavi în prima serie, apoi 4 în seria 2-a și ultimii 2 în seria 3-a.

In prima serie nu eram utilați și preveniți a întrebuința glucoterapia masivă; în plus li s'au făcut injecții cu atropină la gardă; am pierdut 5 din 6: 3 au decedat în noaptea internării iar 2 în zilele

următoare. Din cei intrați în seriile 2-a și 3-a nu am pierdut nici unul, deși simptomele acestora au fost foarte grave (uree sanguină 2.40%₀, hematurie, cilindri granuloși, 1.910.000 globule roșii pe mm.[3] rezistența globulară mult scăzută: 6.5, etc.). Acestora le-am aplicat o glucoterapie masivă și precoce.

4) Posedăm acuma, prin glucoterapie, un bun tratament al acestor intoxicații. Aplicate din primele momente și în mod intensiv; intravenos, intramuscular, per os și goutte-à-goutte rectal, ne-a dat bune rezultate. Am obținut la om rezultatele obținute de Leon Binet și Marek pe animal. După cum au arătat acești autori, bunele rezultate ale glicoterapiei sunt datorite hipoglicemiei din sindromul falloidian. Din nefericire o insuficiență, credem trecătoare, a laboratorului de chimie-biologică nu ne-a permis să dozăm glicemia la bolnavii noștri.

5) Seroterapia și organoterapia pot da rezultate bune, dar din punct de vedere practic ele nu prezintă mare importanță.

6) Cloruroterapia în cazurile de atingere a rinichiului cu cloropenie poate să ne dea bune rezultate.

7) Vechiul obiceiu de a administra atropină în toate cazurile de intoxicație cu ciuperci constituie o gravă eroare. Atropina nu dă rezultate bune decât în sindromul sudoral (muscarinian) produs de grupul Clitociba și Inociba care conțin muscarină, al cărei antidot specific este atropina. Nu se va face atropină în sindromul muscarian (myco-atropinian) căci acest sindrom este datorit amanitei muscaria, dar aceasta, din contră nu conține muscarină, ci myco-atropină. Or dacă mai facem și noi atropină agravăm situația.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

8) Trebue reținută noțiunea de volvă.

Trebue reținut deasemenea faptul, că doar absența sau prezența de volvă poate deosebi ciupercile veninoase de celelalte. Nu toate ciupercile cu volvă sunt mortale, dar toate ciupercile mortale au volvă.

Conférencier D-r ALFRED RUSESCU, Interne D-r MADELEINE DANIELOPOLU et externe MANEA: *Le Syndrome falloidien dans la lumière des recherches actuelles.*

En automne 1937, nous avons soigné, à la Clinique Infantile, 12 malades intoxiqués avec des campignons. Selon les principes toxiques et leur action sur l' organisme on peut distinguer 9 syndromes, produits par les champignons vénéneux:

1) Le Syndrome Falloidien, produit par les Amanites (Falloides, Viroza); principe toxique la Falline, l' hépato-toxine et la neuro-toxine. Incubation de longue durée (8-30 heures), état cholériforme, troubles gastro-intestinaux, ataxo-adinamie, hypoglicémie, facultés intellectuelles intactes, décès après trois à dix jours.

2) Syndrome Hemolythique, par les champignons de la famille des Helvelacées; principe toxique L'acide helvethique. Début tardif, icter hémolithique et hémoglobinurie.

3) Le Syndrome Sudoral (muscarinien) produit par les champignons du genre Clytocyba et Inno-cyba; principe toxique: la muscarine. Début rapide, transpiration excessive, antidote spécifique: Le sulfate d' atropine.

4) Le Syndrome Myco-Atropinien (muscarien) par les champignons du groupe des Amanites (Muscaria, Pantherina); principes toxiques: La Muscarine en quantité minime. La Myco-atropine similaire a l' atropine. La Myco-toxine et la Choline. Courte incubation, troubles gastro-intestinaux et nerveux. On n' injecte pas d' atropine qui agrave le syndrome, en ajoutant son action à celle de la Myco-atropine. Les autres Syndrômes sont moins importants et moins graves. Le seul

caractère distinctif des champignons vénéneux est la présence de la volve. Tous les champignons à volve ne sont pas vénéneux, mais tous les champignons vénéneux ont une volve

Tous nos malades ont présenté le Syndrome Falloidien. Dans ce Syndrome extremement grave, on a preconisé quatre méthodes nouvelles de traitement:

1) La Sero-Thérapie (Dujarric de la Rivière) 2) L' organo-Thérapie avec des estomacs et de la cervelle de lapin (H. Limousin); ces deux méthodes s' appliquent difficilement en pratique 3) La Gluco-Thérapie (Leon Binet et Marek) 4) La Chloruro-Thérapie (Le Calvé de Redon).

Nos malades sont venus en trois séries. De la première série de six malades, trois sont morts dant la nuit même, deux sont morts le lendemain, et un seul a guéri. On avait injecté à ces malades dans la chambre de garde de l' atropine, ce qui est une grande erreur.

Sauf en cas de syndrome sudoral (muscarinien) et nous n' avons pas administré une gluco-thérapie massive et précoce.

Aux deux autres séries de malades (4 + 2) on n'a plus injecté d' atropine et la gluco-thérapie a été précoce et massive: per os, intra-veineux, sous-cutané et goutte-à-goutte.

Il ne s' est plus produit de décès, malgré qu' ils présentaient des symptômes plus graves à leur arrivée à l' hôpital, que ceux des premiers malades.

Nous avons obtenu chez l' homme les bons résultats constatés sur les animaux par Binet et Marek.

Conf. D-r ALFRED RUSESCU, Fraulein D-r. MADELEINE DANIELOPOLU und extern MANEA: *Falloidischer Syndrom im Lichte der heutigen Erforschungen.*

Im Herbste des Jahres 1937, haben wir in der Kinder-Klinik, 12 kranke behandet die mit Pilsen vergiftet waren. Nach den toxischen Prinzipien und derer Wirkung auf dem Organismus kann man 9 Syndrome entscheiden die von den giftigen Pilsen verursacht sind.

1) Das Falloidische Syndrom erzeugt von der Amanyten (Falloides, Viroza). Toxische Prinzipien: Falloide, Hepatho-Toxine und Neuro-Toxine. Lange Entwickellungs-Zeit (8-30 Stunden), Holerischer Zustand, Magen-und Darm Stoerrungen, Ataxo-Adinamie, Hypoglycemi, Geistes Fähigkeit behalten, Hintritt nach 3 bis 10 Tagen.

2) Das Hemolitische Syndrom, wegen der Pilsen aus der Helvelaceiche Familie. Toxische Prinzipien (Die Helvetische Saure). Der Auftritt ist spaet, Hemolitische Gelbsucht und Hemoglobinharn.

3) Das Schweissyndrom (muscarinischen von den Pilsen aus der Clyto-Cyba und Inno-Cyba Art erfolgt. Toxisches Prinzip (die Muscarine). Schneller Auftritt, ueberreicher Schweiss. Specifischer Gegengift: Atropin Sulfat. 4) Das Myco-Atropinische Syndrom (muscarischen) durch die Pilsen aus der Amaniten Gruppe (Muscaria. Pantherina) toxische Prizipien. Die Muscarine in geringer Quantität Die Myco-Atropine (gleich der Atropine). Die Myco-Toxine und die Colyne. Kurze Entwickellungszeit der Krankheit, Magen, Darm und Nerven Stoerungen. Man sprizt Kein Atropin ein, weil es den Syndrom verschlimmert da es seine Wirkung der myco atropine zugibt. Die anderen Syndrome sind weniger wichtig und gefaerlich. Der einzige entscheidende Charakter der giftigen Pilsen ist das Dasein einer Bunze. Alle Pilsen die eine Bunze haben sind nicht giftigen, aber alle giftigen Pilsen haben eine Bunze.

Alle unsere Kranken haben den Falloiden Syndrom vorgefuert. In diesem sehr gefaehrlichen Syndrom hat man vier Behandelsmethoden vorgeschrieben.

1) Die Sero-Therapie (Dujaric de la Riviere). 2) Organo Therapie mit Magen und Gehirn der Hasen (H. Limousin); diese zwei Methoden sind sehr schwher in der Praxis zu ueben 3) Gluco Therapie (Leon Binet und Marek) 4) Chloruro-Therapie (Le Calvé de Redon).

Unsere Kranken sind in drei Gruppen gekommen. Von der ersten Serie von 6 Pazienten, drei sind in derselben Nacht gestorben, zwei am naechsten Tag und ein eiziger ist geheilt worden. Man hatte diesen Kranken in der Wache-Stube Atropine eingespritzt (Dieses ist ein grosser Irrtum, nur im Falle des Schweiss Syndromes gebrauchbar muscarinisches und wir haben keine fruehzeitige massive Glyco-Therapie administriert). Den zwei anderen Gruppen der Pazienten (4 + 2) hat man nicht mehr Atropin eingesprizt, aber die Gluco-Therapie war massiv und fruehzeitig gebraucht; per os, in den Adern eingesprizt, sub cutaniert und Goutte à Goutte.

Niemand ist mehr gestorben, obgleich sie mit viel schwehreren Symptome gekommen sind als die sechs ersten Pazienten

Wir haben am Menschen die guten Erfolge angewendet die Binet und Marek an den Tieren bekommen haben.

Dot Conf. ALPRED RUSESCU, Dot. MADELEINE DANIELOPOLUL
Stud. MANEA: *Sindroma falloidiano nella luce della atuala scoperti.*

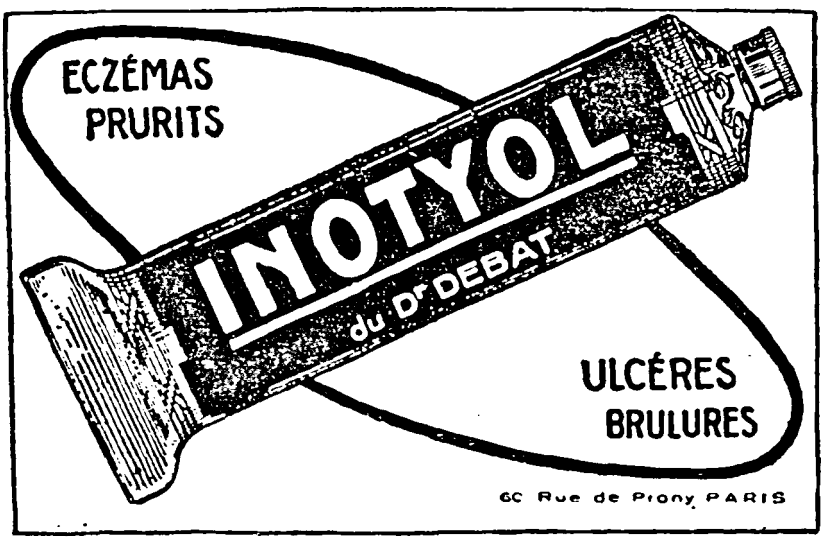
Nell'autunno dell'anno 1937 abbiamo curato nella Clinica Infantile 12 am' malati intossicati coi funghi.

Secondo le sostanze tossice et la loro azione sull'organismo, possiamo distinguerre nove speci di intossicatione prodote dai funghi: 1) *Sindroma falloidiano:* prodotto dall'amanita (falloides, virosa); sostanze tossice fallina hepatotochsina e neuro-tochsina Incubazione lunga: 8-30 ore, stato colerico, perturbationi gastro-intestinali, adinamia, diminuzione di glicemia, l'ammalato rimane cosciente; morte dopo 3-10 giorni. 2) *Sindroma emolitico* prodotto dai funghi Helvelacei; sostanze tossice acido helvetico; apparizione retardata ittero emolitico, emoglobina nelle urine 3) *Sindroma sudorale* (muscariniano) prodotto dai funghi Clitociba ed Inocyba; sostanza tossica: muscarina; apparizione precoce; abbondante sudore; antidoto specifico · solfato di atropina. 4) Sindroma myco-atropinian (muscariano) prodotto dai funghi amanita (muscaria. panterina); sostanze tossice; muscarina (in piccolissima quantita), myco-atropina (molta assomigliante coll'atropino, myco-toxina e cholina Incubazione breve; perturbazioni gastro-intestinali e nervose. Non si dovra amministrare atropina Che aggraverebbe la stato. Gli alti tipi di intossicatione sono meno interessanti e meno gravi.

Il solo carattere distintivo dei funghi velenosi è la presenza della volva. Non tutti i funghi colla volva sonno velenosi; ma tutti i funghl velenosi hanno una volva.

Tutti i nostri ammalati presentarono sindroma falloidiano. In questo sindroma est remamente grave si sono adottati quattro nuovi tratamenti: 1) Seroterapia (Dujarrie de la Riviere), 2) Organoterapia con stomaco e cervella di lepre (H. Limousin); entrabi questi metodi ditficilmente aplicabile. 3) Glucoterapia (L. Binet e Marek). 4) Cloruroterapia (Le Calve di Redon).

Gli ammalati sono stati internati in 3 gruppi: Del primo grupp, di 6 ammalati, 3 sonno deceduti nelle prime 12 ore, altri 2 nei gironi sequenti; unu solo rimanendo in vita. A questi ammalati e stata şi é somministrata atropina dal personale di guardia, e noi non abbiamo applicato una glucoterapia immediata e totale. Ali altri 2 gruppi di ammalati (4 + 2) non si é più somministrata atropina ma invece si e applicata glucoterapia imediata e totale: per via buccale indovenosa, sotto cutanea e goccia-goccia continua per via rectale. Con questo tratamento non abbiamo più avuto nessum decesso, non ostante che questi ultimi ammalati presentasero piu graur dei precedenti. Abbiamo ottenuto sull' uomo risultati positivi constatati da Binet e Marek sugl animali.



Agence en Roumanie: Laboratorul farmaceutic „Luteţia" S. A. R.
103, Str. Toamnei — Bucarest III

APLICAŢIUNILE RADIOKYMOGRAFIEI ÎN TUBERCULOZA PULMONARĂ

de

Docent D-r N. N. STOICHIŢA

Radiokymografia, aplicată la studiul tuberculozei pulmonare, s'a dovedit ca o metodă destul de precisă în indicaţiunile diferitelor forme de colapsoterapie. Ea ne poate arăta dacă o leziune tuberculoasă, în speţă o cavernă, este sub influenţa mişcărilor coastelor sau mişcărilor diafragmatice. De aci indicaţia unui pneumotorax, a unei freniecectomii sau a toracoplastiei.

Progresele realizate în ultimii ani în domeniul radiologiei au găsit o largă aplicare în fizio-patologia aparatului respirator. Între acestea, radiokymografia constitue, fără îndoială, o etapă de o reală însemnătate.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Mulţumită acestui ingenios procedeu de înregistrare a mişcărilor, unele din teoriile enunţate până aci şi-au căpătat confirmarea, după cum altele nu şi-au găsit *justificarea*.

Prin radiokymografie se înţelege reprezentarea, pe filmul radiografic, a mişcărilor organelor. Filmele radiografice obişnuite nu pot să înregistreze mişcările, radiografia fiind o metodă statică.

Interesul cel mai de seamă al fizio-patologistului este de a putea prinde şi studia, pe îndelete, mişcările anumitor viscere. Din această necesitate a luat naştere metoda clişeelor rapide, în serie, pentru duoden; de aci, încercările de aplicare a cinematografiei în studiul mişcărilor cardiace, încercări pline de dificultăţi technice şi de interpretare; de aci, metoda dublei *impresiuni a filmului*, preconizată de Tobé, pentru studierea mişcărilor toracice.

Radiokymografia, prin simplitatea relativă a technicei, dar, mai ales, prin posibilitatea unei interpretări obiective, riguroase, quasimatematică, constitue de bună seamă un mare progres faţă de metodele ce au procedat-o.

Principiul kymografiei a fost găsit încă din 1912, de către Gött şi Rosenthal cari au creiat kymografia lineară. Lui Stumpf îi revine însă marele merit de a fi creiat kymografia plană, de care ne folosim azi, servindu-ne nu de o *singură fissură*, ci de un *adevărat* diafragm în formă de grătar.

Aplicarea acestei metode la studiul fizio-patologiei respiratoare se datorește lui Weber — din Berna (1932) — care studiază mișcările bronșiilor opacifiate cu lipiadol și mișcările cavernelor tuberculoase, și lui Dahm — din München (1933) — care face cercetări asupra radiokymografiei diafragmatice în diferite cazuri patologice.

In Franța s'a interesat de această metodă Prof. Leon Bernard, ajungând la rezultate ce n'au făcut decât să confirme însemnătatea acestei metode în tuberculoza pulmonară.

Nu vom stărui asupra principiilor generale și asupra technicei acestei metode. In primul rând nu avem competința necesară; și apoi, ele au fost schițate cu o precizie și claritate de specialist, de către colegul Lăzeanu, căruia îi mulțumim pentru prețioasa colaborare ce ne-a acordat în studierea unora dintre problemele ridicate de tuberculoza pulmonară. Repetăm doar că grătarul de plumb este vertical și se mișcă orizontal, cu o mișcare lentă și uniformă. Intre cele două linii paralele și verticale ale unui interval ori ce punct mobil din câmpul pulmonar va înscrie unul sau mai multe cârlige.

Timpul de poză folosit de D-r Lăzeanu este de 5 secunde, și corespunde, în medie, la două inspirații complecte ce înscriu o linie frântă compusă din două cârlige. Citirea unei radiokymograme toracice se face în sensul mișcărei grătarului de plumb și este destul de anevoioasă, mai anevoioasă decât citirea unui film radiokymografic cardiac.

Pentru a compara între ele mișcările a două puncte diferite din câmpul pulmonar și a determina sincronismul sau asincronismul lor, este suficient a urmări cârligele înregistrate în acelaș interval sau într'un interval simetric. Citirea unei radiokymograme se reduce deci în ultimă analiză, la studierea atentă, migăloasă — nu rare ori fiind nevoe de ajutorul lupei și al compasului — a cârligelor cuprinse în acelaș interval. Cu cât acestea sunt mai mari, mai înalte, cu atât și punctul studiat e mai mobil și vice-versa.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Deci radiokymografia măsoară mobilitatea unui anumit punct din câmpul pulmonar, raportându-l apoi la mișcarea coastelor, a diafragmului, a mediastinului. Dacă cârligele descrise de punctul ce ne interesează sunt de acelaș fel cu cârligele descrise de coaste și de diafragm, vom conchide că acest punct se află sub influența mișcărilor coastelor și a diafragmului, și, contrariu, dacă aceste cârlige nu coincid, nu se suprapun, vom deduce că diafragmul sau coastele nu au nici o influență asupra punctului pulmonar ce studiem.

Vedem din această rapidă expunere ce rol, de mare importanță, poate avea kymografia în studiul fizio-patologiei aparatului respirator.

Aplicată la studiul mecanicei toraco-pulmonare s'a ajuns la următoarele concluzii:

1) Mobilitatea coastelor este reprezentată prin cârlige a căror amplitudine merge crescând de la punctul fix reprezentat de coloana vertebrală — articulațiile cu apofizele transverse și corpul vertebral — către părțile laterale unde prezintă un maximum de amplitudine, pentru a scădea apoi puțin către părțile anterioare. Se insistă asupra faptului că amplitudinea arcurilor costale anterioare este totdeauna mult superioară amplitudinei arcurilor posterioare.

Aceste date confirmă cercetările Prof. Monaldi care, în unele cazuri de tuberculoză pulmonară, preconizează toracoplastia antero-laterală elastică în locul celei posterioare, para-vertebrală.

Claviculele au mişcări sincrone, şi cu amplitudine şi ca frecvenţă, cu mişcările primelor coaste.

2) Mişcările diafragmatice se fac, în timpul inspiraţiei, în doi timpi: într'un prim timp cupola diafragmatică tinde să se turteasca, iar în al doilea timp avem adevărata scoborîre a diafragmului, cu un maximum de scoborîre la partea din afară a cupolei, micşorându-se apoi progresiv către partea internă. Această mişcare de scoborîre a diafragmelor coincide cu mişcarea de ridicare a coastelor.

3) Studiind kymografic mişcările pulmonare, autorii germani divid pulmonul în două părţi: una superioară şi alta inferioară, despărţite printr'o linie ideală ce ar trece la nivelul posterior al coastei a IV-a. Partea superioară se află sub influenţa activităţei coastelor superioare executând deci o mişcare de jos în sus; partea inferioară e dominată de activitatea diafragmului, deplasându-se de-alungul verticalei inferioare.

Aceste cercetări distrug orice bază ştiinţifică teoriei lui Löschke care considera plămânul ca un con elastic, modelat după cutia toracică şi suferind în întregul lui influenţa mişcărilor diafragmatice. Ele confirmă concepţia lui Monaldi care socoteşte emitoracele nu ca o entitate funcţională, ci ca o serie de unităţi cu aspecte diferite dar cu o activitate armonică, precum şi cercetările Prof. Sergent asupra cinematicei lobilor pulmonari.

Dacă cercetările şi rezultatele câştigate pe terenul fiziologic însemnează un pas înainte în dezlegarea unor probleme, destul de importante, de mecanică toraco-pulmonară, este fără îndoială că rezultatele la cari s'a ajuns pe terenul patologiei pulmonare constituesc o etapă de primul ordin. In adevăr, aplicaţiile kymografiei în tuberculoza pulmonară au lămurit, în special în ceia ce priveşte tratamentul, câteva obscurităţi cari împiedicau explicarea unor anumite fenomene. Trebue să recunoaştem că aceste aplicaţiuni kymografice sunt destul de reduse, până în prezent, ceia ce nu le scade — ba din potrivă — din importanţa lor practică. Ele s'au dovedit de o precizie quasi-matematică în indicaţiile diferitelor metode de colapsoterapie. Pentru că — grosso-modo — nimic nu poate fi mai folositor acestor indicaţii terapeutice decât faptul de a şti, destul de precis, dacă o leziune tuberculoasă — în speţă o cavernă pulmonară — este sub influenţa mişcărilor costale sau a mişcărilor diafragmatice. Elucidarea acestei probleme impune, ipso facto, metoda colapsoterapică.

* * *

In cercetările de până aci, destul de reduse, s'a studiat, în special, acţiunea exercitată, de frecnicectomie, de pneumotorax sau de toracoplastie, asupra cavernelor tuberculoase.

Vom distinge deci, kymografia cavernelor tratate cu frenicectomie kymografia cavernelor tratate cu pneumotorax şi în fine, radio-kymografia cavernelor tratate prin toracoplastie.

1. In cavernele tratate cu frenicectomie va trebui să examinăm,

http://bibliotecadigitala.ro/ Biblioteca Universitatea "Lucian Blaga" din Sibiu

pe radiokymogramă, mişcarea înscrisă de cavernă şi mişcarea înscrisă de diafragm. In aceste condiţiuni se pot prezenta mai multe posibilităţi.

a) Cârligele descrise de diafragmul paralizat sunt suficient de ample — mai puţin totuşi ca cele descrise de diafragmul opus — şi sunt de sens contrar cârligelor celuilalt diafragm. Avem dovada kymografică a fenomenului lui Kienböck şi dovada precisă a existenţii mişcărilor pasive, ceia ce însemnează că paralizia unui diafragm prin frenicoexereză nu însemnează întotdeauna lipsă complectă a mişcărilor, inerţie musculară totală, indiferent de ascensiunea cupolei.

Inscrierea acestor mişcări pasive, destul de ample uneori, vine să confirme părerea autorilor, în special a Prof. Sergent, cari au susţinut că rezultatele obţinute prin frenicectomie nu trebuesc căutate numai în imobilitatea diafragmului. Fenomene vazomotorii, de origină simpatică, produc o stază în circulaţia pulmonară, analogă aceleia observată în stenoza mitrală, cu repercusiuni favorabile în evoluţia leziunilor.

b) Diafragmul descrie mici cârlige, de acelaş sens cu cârligele diafragmului opus. Insemnează că muschiul îşi păstrează un grad redus de mişcări active, datorite sau unei frenico-exereze sub 10 c. m., sau conservărei unora dintre ramurile colaterale.

c) Diafragmul descrie cârlige mari şi de acelaş sens cu ale diafragmului opus, are deci mişcări active normale. Această lipsă totală de paralizie însemnează sau că nervul frenic n'a fost smuls, fiind confundat cu alt fir nervos, sau că ramura subclaviculară n'a fost smulsă şi are o acţiune predominantă.

In ceia ce priveşte mişcările descrise de pereţii cavernei, sau de lichidul de stază, când există, putem deosebi două posibilităţi.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

a) Cârligele ce traduc mişcările cavernei sunt sincrome cu cârligele descrise de diafragmul omolateral, deci suferă influenţa mişcărilor diafragmatice. In aceste condiţiuni frenicectomia are toate şansele să producă o vindecare a leziunilor.

b) Cârligele descrise de cavernă sunt sincrone cu cârligele produse de mişcările claviculei şi ale coastelor. Deducem de aci, că activitatea cavernei e dictată de respiraţia costală, ia nu de cea diafragmatică. In aceste condiţiuni o frenicectomie va fi fără efect, va fi inutilă, caverna neavând nici un raport cu diafragmul. Aceste condiţiuni se întâlnesc, mai ales, la cavernele ce ocupă lobii superiori; şi e natural să fie aşa de oarece lobii superiori sunt dominaţi de mişcările costale superioare.

Cârligele descrise de cavernă ne mai pot arăta şi gradul de mobilitate al cavernei, fapt de mare importanţă în aplicarea colapsoterapiei.

Aceste cercetări radiokymografice explică de ce frenicectomia — care era la modă prin 1930—1933, ameninţând, la un moment dat, să răstoarne chiar prioritatea acordată unanim pneumotoraxului artificial — a pierdut aproape tot terenul câştigat, cedând locul toracoplastiei, rezervându-şi doar cavernele bazei, cele mai rare.

2. In cavernele supuse colapsoterapiei gazoase, radiokymografia poate fi uneori de mare folos. Cazul cel mai tipic, cel mai demonstrativ, este acela când o cavernă persistă activă, secretantă, cu tot pneumotoraxul ce pare total la examenul radiologic. In aceste condiţiuni

trebue căutat, în primul rând, dacă acel pneumotorax nu este împiedicat de aderenţe ce scapă radiologiei, şi în acest scop, pentru a lămuri chestiunea se impune o pleuroscopie. Dacă pleuroscopia arată o cavitate pleurală liberă de orice aderenţe, se recomandă, ca o ultimă instanţă, radiokymografia care poate arăta un bont pulmonar cu mişcări destul de ample; cu alte cuvinte, acest pulmon colabat descrie cârlige destul de înalte şi sincrone cu cârligele descrise de coaste. Concluzia va fi că *stratul de aer ce izolează pulmonul colabat de cutia toracică nu împiedică transmiterea mişcărilor costale.* Această persistenţă a mişcărilor pulmonului colabat, deci lipsa de repaus a leziunilor, a cavernei, explică unele din insuccesele pneumotoraxului total.

Cercetările kymografice au mai arătat o creştere constantă a amplitudinei mişcărilor costale de partea opusă pneumotoraxului, traducerea kymografică a respiraţiei de compensaţie.

Au mai arătat, în unele cazuri, o suprimare aproape completă a mişcărilor coastelor de partea pneumotoraxului; s'a văzut aceasta mai ales în pneumotoraxe vechi, însoţite de îngroşări ale pleurei parietale care împiedică mişcările de expansiune inspiratorie. Şi, cu acest prilej, s'a constatat — ca o compensaţie — o respiraţie diafragmatică puternică, de amplitudine mare.

Tot cu *ajutorul radiokymografiei, Lo Monaco a pus* în evidenţă un factor nou: efectul ipocinetic al pneumotoraxului asupra diafragmului omolateral, efect asemănător frenicectomiei, cu deosebirea de intensitate şi de durată.

3. Studiile radiokymografice efectuate în toracoplastii sunt reduse. Totuşi şi aci, radiokymografia poate fi de folos arătând fie o persistenţă a mişcărilor în fragmentele de coaste rămase, fie o mobilitate a pereţilor cavernei supusă colaborărei chirurgicale, fie amândouă la un loc, explicând în modul acesta unele din insuccesele operaţiei şi fiind o indicaţie pentru reintervenţie cu lărgirea rezecţiilor.

Unii chirurgi preced toracoplastia printr'o frenicectomie. Acest mod de a vedea nu-şi are rostul decât în cazurile în cari conturul inferior al cavernei, situată în regiunea superioară a hemitoracelui, ar prezenta mişcări sincrome cu ale diafragmului. Cum însă, în marea lor majoritate, cavernele superioare au mişcări sincrome cu cele ale coastelor vecine, frenicectomia nu-şi găseşte rostul, ba din potrivă devine dăunătoare, suprimând o bază ce poate folosi la suplearea respiraţiei redusă prin toracoplastie.

Dealtfel majoritatea chirurgilor au admis acest mod de vedere, mulţumită observaţiilor clinice. Kymografia vine să confirme, să întărească printr'o metodă precisă, datele clinice.

Ca o palidă ilustrare a consideraţiunilor de mai sus, să-mi fie îngăduit a reda, foarte pe scurt, câteva observaţii.

Obs. I. — Maria G., 30 ani. In 1930 i se face frenicectomie stângă pentru o cavernă a vârfului stâng — fără a se fi încercat, în prealabil un pneumotorax artificial. Suntem, de altfel, în epoca eroică a frenicectomiei. Văzută de noi după doi ani, se constată o vastă cavernă a lobului superior stâng, atingând, cu marginea inferioară, arcul anterior al coastei II. Diafragmuul este mult ridicat, până aproape de arcul anterior al coastei III, şi imobil. Se încearcă un pneumotorax, care e controelectiv şi deci se renunţă la el. Bolnava tuşeşte mult şi expectorează până la 200 c.c. în 24 ore.

Revăzută după vre'o şase luni, se constată, pe lângă leziunile pulmonului stâng, cari au rămas neschimbate, un început de bilateralizare reprezentat printr'un infiltrat nodular intercleidohilar drept. Un repaus de 4 luni la altitudine, căruia i s'a asociat şi un tratament cu săruri de aur, au şters acest infiltrat. Starea generală este mult ameliorată. Se propune o toracoplastie stângă, pe care bolnava o refuză. Deci o leziune cavitară a lobului superior stâng, ce n'a avut nici un folos de la frenicectomie; mai mult încă, acea cavernă a crescut până la o adevărată evidare a lobului. O radiokymografie făcută în ultimul timp, ne arată mişcări pasive ale diafragmului omolateral, adică mişcări de sens contrar mişcărilor diafragmului drept — deci fenomenul lui Kienböck. Mişcările cavernei sunt de acelaş fel cu mişcările coastelor şi de sens contrar cu mişcările active ale diafragmului drept. Suntem în drept să conchidem, retrospectiv, că frenicectomia nu trebuia făcută întrucât caverna era dominată de mişcările costale, nu de diafragm. Rezultatul nul, confirmă această interpretare.

Obs. II. — Gheorghe B., 28 ani. Caz ce se poate suprapune primei observaţii, cu deosebirea că de data aceasta avem o cavernă a lobului superior drept. Pneumotoraxul fiind imposibil de realizat din cauza simfizei, s'a recurs la o frenicectomie. *După 4 ani de la operaţie, cu toată ridicarea şi imobilizarea* diafragmului, caverna e aceiaşi. In plus a apărut un infiltrat excavat sub clavicula stângă, pentru care s'a instituit un pneumotorax stâng, cu bune rezultate.

Şi în acest caz, diafragmul paralizat are mişcări pasive destul de nete, iar caverna are mişcări sincrone cu mişcările coastelor. Aceiaşi interpretare ca la primul caz.

Obs. III. — Ion St., 25 ani. O cavernă juxtahilară stângă, cât o nucă verde. Se institue un pneumotorax care e total, dar care, după vre'o 4 luni, nu face să dispară caverna. Cum, teoretic, se admite că în cavernele juxtahilare o *frenicectomie poate da rezultate superioare pneumotoraxului*, I se face o radiokymografie. Rezultatul este că acea cavernă are mişcări identice cu mişcările coastelor şi contrare mişcărilor diafragmatice. Renunţăm la frenicectomie şi continuăm pneumotoraxul în presiuni uşor pozitive, nu hipotensiv ca până aci. Caverna începe să se micşoreze, dispare orice fenomen de activitate, iar bolnavul îşi poate relua ocupaţiile.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

De sigur că şi în acest caz, frenicectomia ar fi fost inutilă.

Vedem, din succinta expunere de până aci, marea importanţă practică a acestei metode nouă în alegerea celui mai potrivit mijloc de colapsoterapie şi în conducerea acestui tratament. Este de prevăzut că această metodă, alături de tomografie, va înlesni un procent şi mai mare de vindecări ale tuberculozei pulmonare, supusă diverselor forme de colapsoterapie.

La radiokymographie, appliquée à l'étude de la tuberculose pulmonaire, s'est montrée comme une méthode assez précise dans les indications des diverses méthodes collapsthérapiques. Elle peut nous montrer si une lésion tuberculeuse, spécialement une caverne, est soumise à l'influence des mouvements costaux ou diaphragmatiques. Donc, l'indication d'un pneumothoraux, d'une phrénicectomie ou d'une thoracoplastie.

SEPTICO-PIOEMIE STAFILOCOCICĂ CONSECUTIVĂ UNEI PIODERMITE, CU LOCALIZARE CEREBELOASA ŞI COMPLICATA DE MENINGITA BAZILARA *)

de

D-r TR. DOICESCU şi D-r MARCEL IONESCU

Casavecchia a arătat posibilitatea metastazelor cerebeloase în cursul supuraţiunilor localizate.

André Thomas, Claude, Millet şi alţii au arătat că majoritatea abceselor cerebeloase este datorită unei supuraţiuni de vecinătate. Otitele supurate ocupă primul plan.

Barré, Charbonnel şi Mandel comunică în 1935, la Soc. Oto-Neuro-Ophtalmogie din Strassbourg un caz de abces cerebelos consecutiv unui abces osteomielitic al gambei cu evoluţie cronică.

P. Puech, D. Mahoudeau şi H. Askanasy comunică în 1936 la Soc. Neurologie din Paris un caz de abces cerebelos încapsulat, tot cu evoluţie cronică, plecat dela abcese ale sânului şi regiunei pubiene.

Noi am avut ocaziunea să observăm un abces cerebelos survenit în cursul unei furunculoze, cu evoluţie supraacută, şi care a dat ocazie la numeroase discuţiuni diagnostice.

Soldatul T. S., de 22 ani, intră în serviciul de boale contagioase din Spitalul Militar Craiova, în ziua de 14 Iunie 1938, fiind evacuat din serviciul medical al Spitalului, cu diagnosticul de meningită acută cu lichid puriform.

Din anamneză, vedem că bolnavul n'a mai suferit de nimic până în ziua de 30 Mai a. c., când a prezentat un furuncul în regiunea scapulo-humerală dreaptă, pe care l-a tratat cinci zile la Infirmeria regimentului.

După vindecarea furuncului, acuză uşoare dureri de cap, pe care bolnavul le-a atribuit unui mic traumatism suferit în regiunea craniană, prin lovire cu palma.

In ziua de 9 Iunie, se prezintă la infirmerie; în ziua de 10 Iunie este trimis în spitalul nostru cu diagnosticul de „Cefalee în observaţie".

Internat în serviciul medical, s'a constatat că bolnavul acuza cefalee, uşoară redoare a cefii, semnul Kernig schiţat, reflexele normale, stare subfebrilă; un abces furunculos latero-cervical stâng în evoluţie.

Puncţia lombară a arătat un lichid cefalo-rachidian limpede, cu tensiune 25 cm. (Claude), albumină 0,40 ctgr., elemente celulare 9,8 (limfocite şi polinucleare alterate).

---

*) 1. Comunicare făcută la Cercul Sanitar Militar Craiova, şedinţa din Iunie 1938.
2. „ „ „ „ Medico-Farm. din Craiova, şed. din 15. XI. 1938.

Frotiurile şi culturile făcute din acest lichid au rămas negative. Seroreacţia B. Wassermann negativă în sânge şi l. c. f. r.

Ureea 0,53‰ în serul sângelui.

In ziua de 14 Iunie a. c., temperatura s'a ridicat brusc la 39,5°, pulsul s'a accelerat, cefaleea a devenit insuportabilă, redoarea cefei s'a accentuat, S. Kernig pozitiv, au apărut vărsături.

Lichidul cefalo-rachidian a arătat: aspect uşor turbure; nu a format văl după 24 ore; albumină 0,80 ctgr.; elemente albe 2600 pe mmc. cu polinucleare 71%, limfocite 29%; frotiurile şi însămânţările (pe geloză ascită, geloză sânge şi geloză ser) negative.

Examenul florei microbiene din gât a arătat diferiţi coci afară de meningococ.

In acest timp, ca tratament, s'a aplicat punga cu ghiaţă pe cap, urotropină intravenos, dezinfecţia cavităţilor, poţiuni calmante.

După ultimul examen al lichidului c. f. r. s'a instituit sero-terapia antimeningococică la care s'a adăugat ca precauţie, ser antistreptococic.

După aceasta, bolnavul a fost evacuat, în serviciul de boale contagioase, cu diagnosticul de Meningită acută cu lichid puriform, pentru continuarea tratamentului.

Astfel, ne găsim în faţa unui om înalt, culcat în poziţia „cocoş de puşcă", având capul retractat pe spate, un facies congestiv, temperatură 40°, puls 102 pe minut.

Bolnavul este lucid, geme din cauza cefaleei intense, prezintă redoare foarte accentuată a cefei, s. Kernig pozitiv, uşoară ptoză a pleoapei superioare drepte şi uşoară midriază a pupilei de aceeaşi parte: dungă meningitică, constipaţie, vărsături.

Reflexele osteo-tendinoase vii; cele pupilare normale.

Câteva eflorescenţe de foliculită profundă pe umărul drept, în regiunea latero-cervicală stângă şi antebraţul stâng.

Restul examenului somatic este normal.

Laboratorul ne dă următoarele examene (D-r Gh. Cărăuşu):

Viteza de sedimentare a hematiilor: 18. Numărul globulelor albe: 10.200. Formula leucocitară. L. Polinucleare neutrofile 75%. Limfocite 21%. Mononucleare mari 4%. Eozinofile 0%. Bazofile 0%.

Ureea în serul sângelui: 0,42‰.

Glicemia: 1,25 gr. ‰.

Examenul sputei: negativ.

Examenul parţial de urină: Albumină: urme slabe. Glucoză: absentă. Sediment: rare leucocite şi frecvenţi uraţi de sodiu.

Examenul l. c. f. r. extras prin puncţie sub-occipitală, în ziua de 15 Iunie a. c., ne arată: Aspect: lichid turbure, în tensiune. Albumină: 0,80 ctgr. ‰. Elemente albe: 2600 pe mmc. Formula leucocitară: polinucleare 70%: limfocite 30%.

Examenul lichidului cefalo-rachidian extras prin puncţie sub-occipitală, în ziua de 16 Iunie a. c., ne arată: Aspect turbure: lichid în tensiune. Albumină: 0,95‰ ctgr. Citologie: 3200 elemente albe pe mmc. Formula leucocitară: polinucleare 80%; limfocite 20%.

Frotiurile şi însămânţările, pe diferite medii de cultură din l. c. f. r.: negative.

Hemocultura, în ziua de 14 Iunie, se face pe bulion glucozat, bulion bilă şi bulion ser.

In faţa acestui tablou clinic, s'a admis acelaş diagnostic de meningită acută cu lichid puriform.

Absenţa oricăror semne de localizare cerebrală, sau a vreunei leziuni a organelor de vecinătate ne-a făcut să întărim diagnosticul, datorită sindromului meningeal predominent.

Debutul insiduos al sindromului şi lichidul cefalo-rachidian puriform aseptic ne-a lăsat o îndoială.

Totuşi, ca precauţiune s'a continuat seroterapia antimeningococică la care s'au asociat diferiţi compuşi sulfaminoazoici.

*

Biblioteca Universitară "Carol I" Bucureşti

Cu tot **tratamentul** instituit, completat de tonicardiace, poţiuni calmante, pungă cu ghiaţă pe cap, dezinfecţia cavităţilor şi urotropină intravenos, nu s'a produs nici o ameliorare.

Temperatura s'a menţinut între 39,5°—40°, reacţiunea meningeală s'a accentuat, iar starea generală s'a agravat cu delir şi prostraţie.

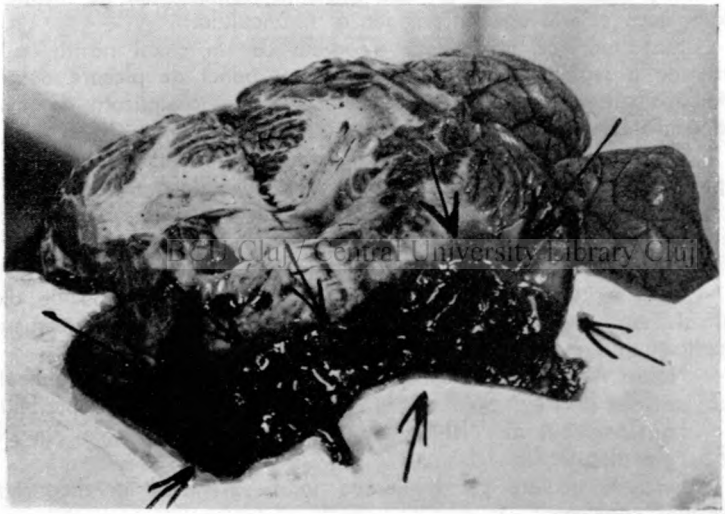
In ziua de 15 Iunie, după amiază, bolnavul întră în comă.

In dimineaţa zilei de 16 Iunie a. c., sucombă, după două zile de internare în serviciul nostru.

In aceeaş dimineaţă ne soseşte rezultatul hemoculturei care ne spune că după 50 de ore de şedere la termostat ale mediilor de cultură, se desvoltă stafilococul, — varietatea albă. —

La 17 Iunie a. c., se face necropsia care constată: exudat fibrino purulent, galben verzui, gelatinos, diseminat în insule la baza creerului. Meninge moi şi infiltrate; pe convexitatea dreaptă câteva false membrane îngreuează decolarea meningelor; suprafaţa creerului şi creerşului uşor congestionată.

La secţiune creerul este normal cu ventriculii uşor dilataţi conţinând un lichid sero-citrin, turbure; creerşul prezintă un focar de necroză, roş-brun cu reflexe cărămizii, care cuprinde o bună parte din hemisferul drept.


BCU Cluj / Central University Library Cluj

Secţiune transversală în cerebel — Focarul necrotic indicat de săgeţi se află situat în lobul drept al cerebelului.

Suprafaţa de secţiune a creerşului nu bombează; desemnul substanţei cerebeloase este şters la nivelul focarului necrotic.

Meningele este perforat — la acest nivel — în mai multe puncte.

Trepanaţia stâncei temporale drepte nu arată nici o leziune.

Deschiderea şi cercetarea sinusurilor venoase laterale nu constată nici o alteraţiune patologică.

Examenul microscopic al focarului necrotic din cerebel (Doc. D-r I. Stoia) arată:

Numeroase micro abcese în substanţa cerebeloasă a hemisferului drept, cu necroză şi inflamaţie împrejurul micro-abceselor.

Examenul bacteriologic (D-r Gh. Căraşşu) al focarului necrotic şi al falselor membrane — atât în frotiuri, directe, cât şi în însămânţări pe medii de cultură — arată numeroşi stafilococi varietatea albă.

* * *

Faţă de rezultatul concludent anatomo-patologic bacteriologic ne-am dat seama că meningita acută cu lichid puriform, care a dominat întreg tabloul clinic, a fost secundară focarului septic cerebelos şi localizată împrejurul acestuia.

Astfel se explică de ce lichidul c. f. r. a fost tot timpul aseptic; leziunea anatomo-patologică era localizată la nivelul cerebelului şi pe meningele bazilar.

Calea de propagare a infecţiunei a fost cea hematogenă. Confirmarea ne-a dat-o hemocultura pozitivă şi găsirea unei aceleeaş varietăţi de stafilococ atât în sânge cât şi în abcesul cerebelos.

Punctul de plecare al infecţiunei a fost constituit cu siguranţă de unul din furunculele cari au supărat pe bolnav înainte şi după internarea sa în spital. Acest lucru se poate observa foarte bine din anamneză.

Regretăm că nu s'a făcut identificarea varietăţii de stofilococ din aceste piodermite. Cât priveşte existenţa stafilococului nu încape îndoială, căci, el este agentul patogen al furunculului.

Stabilirea acestor corelaţii ne arată că, în cazul nostru, a fost vorba de o **septico-pioemie stafilococică** cu punct de plecare dela furunculoza cutanată cu localizarea cerebeloasă şi complicată de meningită acută bazilară.

Cât priveşte patogenia, presupunem că traumatismul cranian ar fi putut favoriza localizarea supuraţiunei la nivelul cerebelului.

Glicemia 1 gr. 25‰ — cu tot regimul aplicat, ne-a explicat terenul favorabil pe care s'a desfăşurat septico-pioemia stafilococică.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Diagnosticul ne-a oferit discuţiuni.

Se ştie că abcesul cerebelos este uneori foarte greu de diagnosticat, din cauza supleanţei funcţionale foarte mare a creeruşului, complicaţiunile meningiale şterg şi mai mult simptomatologia.

Noica, Aramă şi Pârvulescu au arătat într'un memoriu, publicat în două articole în Rev. Sanit. Milit. din 1938, toate aceste posibilităţi.

La Congresul al VIII-lea de Oto-Neuro-Oftalmologie din Nice 1935, s'a discutat la fel.

Semnele oculare pot fi adesea foarte preţioase în diagnosticul abcesului cerebelos.

Ramadier, Caussé, André Thomas, Barré şi Velter au arătat importanţa modificărilor fundului de ochi, a turburărilor mobilităţii pupilare, nistagmusului, deviaţiei conjugate a ochilor şi a paraliziei oculo-motorilor.

Regretăm că nu s'a putut face un examen de fund de ochi bolnavului nostru deoarece moartea a survenit rapid.

Am observat ptoza plecapei supericare şi midriaza pupilei ochiului de aceeaşi parte cu leziunea.

Un diagnostic precoce poate ar fi dat alte directive terapeutice.

Din toate aceste consideraţiuni, am găsit interesant să publicăm acest caz ajungând la concluzia că semnele oculare sunt foarte importante în diagnosticul abceselor cerebeloase cu simptomatologie ştearsă.

Puncţia cerebeloasă şi ventriculografia, desigur, vor completa examenul clinic, localizând supuraţiunea cu mult mai înainte de sfârşitul fatal.

Spitalul Filantropia, Craiova
Serviciul Dermato-veneric

UN CAZ DE CANCER AL DOSULUI MAINII PRIN CAUTERIZARI CU ACID AZOTIC

de

D-r V. DRAGOESCU şi **D-r A. DOBRESCU**
Medic primar — Medic şef la Asigurările Sociale

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cancerul dosului mâinii nu este tocmai rar. El survine, aproape, totdeauna, la bătrâni şi numai excepţional pe pielea sănătoasă. Apare în general pe o placă de keratoză senilă, un papilom cornat, o dermatoză cronică sau pe o cicatrice rezultând dintr o arsură, fie prin agenţi fizici, fie prin agenţi chimici.

Cazul descris mai jos rezultă din ultima modalitate:

OBSERV. — E. Gh., de ani 75, de profesiune muncitoare, din mediul rural se prezintă la consultaţiile serviciului dermato-veneric, unde în urmă se internează pentru o formaţiune tumorală, anulară, proeminentă, pe dosul mâinii drepte, în regiunea carpiană.

Ant. heredo-col.: fără importanţă.

Ant. personale: Din interogatorul bolnavei nu se desprinde nimic în legătură cu afecţiunea actuală.

Istoric: Bolnava, redusă ca intelect, afirmă că, cu vre-o şase luni mai înainte a suferit prin cădere o uşoară escoriaţie pe partea dorsală a regiunei carpiene drepte. Cum vindecarea întârzia, a fost sfătuită să o cauterizeze cu apă tare (acid azotic), ceeace a şi făcut, în trei reprize.

De atunci, la scurt interval, a observat că îi apare în acea regiune, pornind din marginile regiunei cauterizate şi înaintând excentric aproape circular, o formaţiune inelară, proeminentă, iar partea centrală căpătând caractere asemănătoare unei piele normale.

Starea prezentă: Bolnava în vârstă de 75 ani, de statură potrivită, gârbovită, cu ţesutul celulo-adipos redus, aproape inexistent. Prezintă **pe faţa dorsală a regiunei carpiene drepte** (fig. 1) o formaţiune circulară, cu un burelet ridicat proeminând cam cu 1 cm. deasupra tegumentului şi întinzându-se pe un diametru de circa 6 cm. De coloraţie violacee, fără zemuire, iar suprafaţa uşor neregulată, încreţită, fără nici o ulceraţie, circumscrisă la centru cu o infundare rotundă, lăsând la prima vedere aspectul de piele sănătoasă, dar care cercetată mai cu atenţiune, prezintă o diminuare în grosimea ei, o subţiere, o atrofie, o decolorare cicatricială. Exprimând între degete buretelul circular, vedem că apare, ca în stropitoare, o substanţă albă-gălbuie, concretă, asemănătoare sebumului.

Ganglionii epitrocleeni şi axilari măriţi de volum.

Fig. 1.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

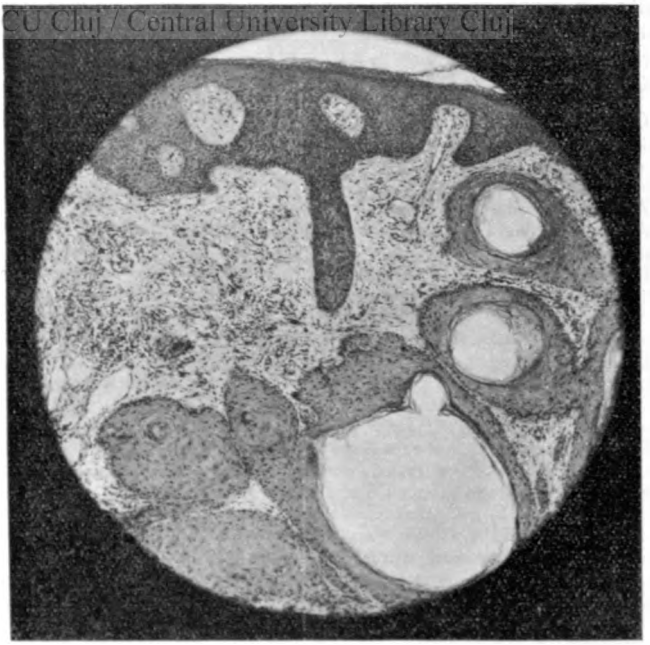


Fig. 2.

Nici un semn clinic şi serologic de sifilis.

Se face o biopsie cu următorul rezultat:

Examen microscopic: Secţiuni la mai multe nivele; coloraţie cu hematoxilină-eozină şi van Gieson (Instit. de anatomie patologică, Director, Prof. E. Crăciun):

Piesa acoperită la suprafaţă de un epiteliu pavimentos pluristratificat este constituită din numeroase insule şi cordoane neregulate, alcătuite din celule pavimentoase, atipice, cu protoplasma eosinofilă şi cu nucleul rotund sau uşor ovalar, adeseori în cariochineză tipică şi atipică. Centrul insulelor şi cordoanelor descrise este ocupat de noduli keratozici (perle epitheliale). Stroma săracă este formată din fibre conjunctive adulte, fibroblaşti, bogat infiltrată cu polinucleare eosinofile şi mai rare neutrofile, precum şi de numeroase celule rotunde (fig. 2).

Diagnostic: Cancroid cu reacţie inflamatorie şi fibroasă a stromei.

Până la obţinerea rezultatului examenului anatomo-patologic, bolnava, — cu toate insistenţele noastre, — părăseşte serviciul, fără să i se fi făcut vre-un tratament afară de mici pansamente aseptice.

După un răstimp de câteva luni, bolnava revine în serviciu. Aspectul leziunei este mult schimbat ca formă a buretelui şi întindere a procesului de neoformaţie. Astfel inelul proeminent de formă aproape circulară din primul aspect **s'a desfăşurat în întindere** mult mai mare, **coprinzând întreaga faţă dorsală a mâinei dr. şi regiunei carpiene** (fig. 3), părăsind forma rotundă şi căpătând în lungimea lui

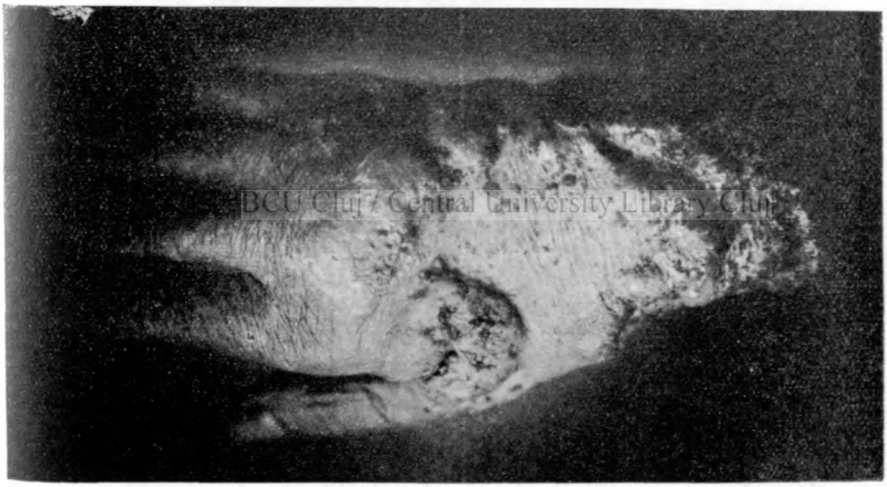

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fig. 3.

nenumărate sinuozităţi, ce nu mai păstrează nici înălţimea uniformă, nici continuitatea traseului dând impresia, pe alocurea, de mici monticuli cari la stoarcere lasă să apară aceeaşi substanţă gălbue. Intreg acest burelet mărgineşte de data aceasta o depresiune cicatricială mult mai întinsă şi preserată de nenumărate pigmentaţiuni.

I se fac 2 şedinţe de radioterapie. Bolnava părăseşte serviciul fără să mai aflăm ce a devenit.

După cum am spus mai sus, cancerile dosului mâinii la bătrâni sunt relativ frequente, dar ceeace ne-a făcut să publicăm observaţia de faţă, este evoluţia excentrică a leziunei cu tendinţă manifestă spre cicatrizare centrală.

L'hôpital militaire central de Bucarest
I-er Service médical

RHUMATISME VISCERAL SOLITAIRE
Pericardite et Pleuro-Pericardite

par
D-r RADU RAMNICEANU

Jusqu'à ces dernières années, le rhumatisme Bouillaud a été considéré comme une affection exclusivement articulaire; en prenant le symptome pour la maladie même, on avait accordé aux arthropathies une importance exagérée, tandis que les manifestations viscerales et particulièrement celles du coeur étaient envisagées seulement comme des complications.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Les recherches modernes de Besançon, M. P. Weill, Grenet, Bouchut et Ravault, Morichau-Beauchant, etc., en démontrant que les arthropathies ne constituent pas un élément symptomatique obligatoire de la maladie qui nous occupe, parce que ceux-çi peuvent apparaître après l'atteinte du coeur (la forme préarthropathique) ou même quelque fois manquer, ont apporté un regain d'actualité aux constatations dejà anciennes de Garrod, M. Raynaud, Lancereaux, Charcot, Hanot, Chauffard, Triboulet et Bénjamin Ball (1866). La boutade de Bouillaud; **„les arthropathies ne sont pas plus le rhumatisme que le point de côté n'est la pleuresie"**, était donc pleine de verité.

On sait que les conceptions pathogéniques actuelles (Besançon et Weill) considèrent le rhumatisme articulaire Bouillaud comme une véritable maladie chronique parsemée de poussées aigues, le coeur étant primitivement atteint et servant comme reservoire de virus. Il resulte donc que le rhumatisme articulaire n'est pas toujours articulaire (Ramond), mais qu'il peut se présenter comme une maladie générale à laquelle avec raison on a proposé de donner le nom de **maladie rhumatismale**, dénomination adoptée déjà, il y a longtemps, par Besnier.

Il est certain que si les arthropathies ont été depossedées de l'importance qu'on leur avait accordée autrefois, elles ne cessent de présenter une grande valeur pour le diagnostic, parce que leur apparition au cours d'un état infectieux avec ou sans déterminations visce-

rales, démontre la nature rhumatismale des troubles morbides constatés et imposent obligatoirement le traitement salycilé.

Les nouvelles conceptions pathogéniques sur la maladie rhumatismale ont eu comme conséquence l'adoption d'un autre critérium de classification (Grenet et ses colaborateurs); actuellement on décrit, en ce que concerne les formes cliniques de la maladie qui nous occupe, trois modalités évolutives: suivant que l'arthropathie domine la scène, reste fruste ou manque et dans ce dernier cas (le rhumatisme abarticulaire), suivant qu'il existe ou non une localisation précise sur un organe, on distingue des formes infectieuses pures et des formes viscérales (Gallavardin). Ces dernières formes sont multiples et variées et peuvent exposer à des erreurs regretables de diagnostic qui ont mené quelquefois le malade sur la table d'opération; on a décrit des formes: cardiaques, pleuro-pulmonaires, rénales, oesophagiennes, abdominales, pseudo-chirurgicales et nerveuses.

Le rhumatisme cardiaque primitif est bien connu actuellement; pourtant les cas publiés ne sont pas assez nombreux. Josué, Parturier et Berrot sont parmi les premiers qui se sont occupés des atteintes primitives rhumatismales de coeur, mais dans leurs observations il s'agissait des malades avec endocardite, dont la fréquence a été soulignée aussi par Laubry à la Soc. Méd. des Hôp. de Paris. (1931).

En ce qui concerne la myocardite rhumatismale primitive, son étude est de date plus récente; les travaux de Ribierre et Pichon (1924), Doumer, Mouriquand, Lageze et M-lle Weill, Grenet et Delalande, Etienne (1934), A. Hans et Warter, ont été consacrés à ce chapitre.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La péricardite rhumatismale primitive est encore plus rarement rencontrée et la forme solitaire qui nous occupe est même très rare. Brodin et Guyot, Gallavardin, Laubry, Grenet et ses collaborateurs, puis Sklodowski, Etienne, Gerbaud, Barbier et Dimitriacoff ont signalé des cas, mais dans la grande majorité de leurs observations ils existaient des phénomènes articulaires antérieurs, concomitents ou consécutifs à l'évolution de la péricardite et la restitution fonctionelle du coeur n'a pas était toujours complète. Il faut remarquer à cette occasion que dans un cas de Grenet et Delalande l'état général mauvais du malade les avait fait penser à l'étiologie tbc. de l'affection.

Les deux cas de péricardite rhumatismale primitive que j'ai eu l'occasion de rencontrer sont interessants tant par leur rareté que par les difficultés de diagnostic étiologique qu'ils soulèvent.

Voici en quelques mots leurs observations cliniques:

OBS. I. B. P. agé de 22 ans; entré dans le service avec fièvre, oppression et douleurs précordiales.

Rien à relever dans ses antécédents — il **n'a jamais eu de manifestations articulaires.**

Malade depuis deux semaines; les phénomènes ont apparu brusquement, en pleine santé, par fièvre et sensation de pesenteur précordiale. Malgré le traitement symptomatique institué avant son entrée à l'hôpital, sont etat est devenu le plus mauvais.

Fébrile (38°), blême, dispnéique; le pouls 95, régulier. Au coeur on constate touts les signes d'un épanchement péricardique (abolition du choc de la pointe, matité, bruits sourds). Mx = 10½; Mn. = 6 (au Vaquez).

Aucun symptome articulaire; les autres organes normaux.

A la ponction exploratrice péricardique, sousapexienne, on extrait quelques cc. de liquide sérocitrin, stérile avec r. Rivalta positive et cytologie banale. B. W. dans le sang négatif; urée 0,45 ctgr. $^0/_{00}$; trace d'albumine dans l'urine.

L'hémogramme décèle une légère anémie et une polinucléose neutrophyle à peine marquée.

L'ortodiagramme montre une ombre cardiaque agrandie avec marges estompés et pulsatilité réduite.

On préscrit le sachet de glace, piqures de camphre et salicylate de soude per os (10 gr. les premiers trois jours, puis en reduisant la dose de 2 gr. touts les deux jours, jusqu'à 4 gr. qu'on lui a recomandé de continuer quelques temps). Après deux jours, la fièvre tombe; le 3-me jour apparait un frottement péricardique, le 5-me jour on ne constate rien d'anormal au coeur. Après 9 jours, le malade quitte l'hôpital complètement guérri.

OBS. II. — P. I. agé 21 ans; entré dans le service avec fièvre élevée, douleurs thoraciques et toux seche.

Rien à relever dans ses antécédents — **il n'a jamais eu des manifestations articulaires.**

Les phénomènes ont apparu 5 jours auparavant par fièvre, douleurs thoraciques et gêne respiratoire.

Fébrile (39°,4), pouls 108, état général mauvais, sensation d'oppression précordiale.

L'examen clinique et radiologique du coeur décèle le même tableau trouvé chez le malade précédent, mais s'ajoutant les signes d'un épanchement à la base droite.

Aucun symptome articulaire — les autres organes normaux. Mx= $9^1/_2$. Mn = $5^1/_2$; albumine et hématies dans l'urine, l'urée dans le sang 0,56$^0/_{00}$. Hemogramme: 3.400.000, hématies, 9.500 leucocytes avec une neutrophylie de 78$^0/_0$. Temps de saignement $3^1/_2$ minutes, temps de coagulation 6 minutes, le signe du lacet absent, rétractilité du caillot normale. B. W. dans le sang négatif.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

A la ponction exploratrice pleuropéricardique on trouve un éxudat séro-hemoragique stérile, avec fréquentes hématies et rares c. endothéliales, lymphocytes et polynucléaires.

L'état général mauvais du malade et le caractère hémorragique du liquide pleural faisant penser au premier abord à la possibilité d'une polysérite tbc., j'ai institué pendant quelques jours un traitement en conséquence. C'est n'est qu'àpès l'échec de ce trraitement et en me rappelant le cas précédent, que j'ai essayé le salycilate de soude (10 gr. pro die les premiers six jours, puis 6 gr.).

Des circonstances défavorables ont empêché de pratiquer chez ces deux s'ameliorent de plus en plus pour disparaitre définitivement 15 jours après.

Des circonstances défavorables ont empêche de pratiquer chez ces deux malades l'E. C. G. et les cultures sur Löwenstein.

En résumé il s'agit de deux malades, l'un avec péricardite séro-fibrineuse et l'autre avec pleuro-péricardite séro-hémorragique où le traitement salicylé institué dans le premier cas surtout par intuition, a amené une rapide disparition des phénomènes pathologiques, en démontrant ainsi leur nature rhumatismale. Ces malades n'ont jamais eu dans leur passé, ni même dans aucun moment pendant l'évolution de leur maladie, des épisodes articulaires. Il faut remarquer à cette occasion que dans le deuxième cas, l'état général mauvais du malade et le caractère hémorragique de l'exudat n'avait fait penser au premier abord à l'étiologie tbc.

Ces observations démontrent que les localisations primitives viscérales de la maladie rhumatismale se rencontrent plus fréquement qu'on les croyrait, à condition qu'on y pense. Elles font mieux comprendre les manifestations de cette maladie, dont les déterminations arti-

culaires considerées jusqu'à présent comme obligatoires, ne sont en réalité que des épiphénomènes accessoires et contingents.

De ces observations, une conclusions d'ordre pratique se dégage: c'est qu'il faut essayer le traitement salicylé dans toutes les états infectieux (avec ou sans déterminations viscérales) qui ne font pas leur preuve (Morichau-Beauchant), où les examens répétés de laboratoire (hémoculture, séro-diagnostic, etc.) restent négatifs. Ce traitement s'impose surtout dans les cas où l'on trouve pendant l'évolution de la maladie, des déterminations cardiaques ou des épisodes articulaires.

D-r RADU RÂMNICEANU: *Solitäre eingeweide Rheumatismus (Perikarditis und Pleuroperikarditis).*

CHOPHYTOL

BCU Cluj / Central University Library Cluj

„LABORATOIRES ROSA, PARIS"

Extract purificat și desalbuminat de Cynara Scolymus.
Picături, Dragele, Fiole.
Cholesterolitic. Tonic hepatic. Stimulent renal. Diuretic.

Turburările excreţiunii biliare: Cholecistita subacută și cronică, litiaza biliară, congestia ficatului și veziculei biliare, icterul cataral și emotiv, cholemia familială, constipaţia, fermentaţia și autointoxicaţia intestinală, etc.

La hepatici, Chopytolul constitue prin excelenţă complementul la domiciliu al curei hydro-minerale.

Turburări de origină hepatică: retenţia azotată cu sau fără albuminurie. hipercholesterotemie, turburări în cari ficatul și rinichiul pot fi atinși, diabet lipemic, oligurie, migrene, urticarii, dermatoze, ciroze, hepatite, polyscleroză, hipertensiune, angine, gripe, febre infecţioase.

Turburări digestive la copii, (anorexie, vărsături, limbă urâtă, etc.); afecţiuni intestinale (constipaţie, enterocolită, anafilaxie alimentară, scaune decolorate); dermatoze (prurigo, urticarii, strophulus, eczeme, etc.).

POSOLOGIE: **Picături:** 10—40, odată, de două sau trei ori pe zi, în timpul meselor.
Drogele: 2—4, odată, de două sau de trei ori pe zi în timpul meselor.
Fiole: 1—2 intramuscular sau intravenos, zilnic sau la două zile.

Eșantioane și literatură: **G. SIMONIU,** Farmacist
București 3, B-dul Vintilă Brătianu 5, Telefon 2.79.50

UN CAZ DE INTOXICAŢIE *)
DATORITA MERELOR STROPITE CU ARZOLA

de

D-r N. ROŞIANU şi **D-r M. SARACACEANU**

Medic primar boale interne
Spitalul Tg.-Jiu

Autorii prezintă foaia de observaţie clinică a unui caz de intoxicaţie cu săruri arsenicale prin consum de mere; ceea ce predomină în tabloul clinic sunt erupţiile polymorfe cutanate şi starea generală gravă.

Se recomandă spălarea şi ştergerea merelor înainte de a fi consumate.

Mărul ocupă primul loc din grupa fructelor acrişoare şi deşi nu se întrebuinţează atât de des şi cu atâta autoritate ca strugurele în cura de fructe, este totuşi foarte bun pentru artritici, căci se opune la formarea acidului uric prin sărurile de potasiu ce conţine şi contribuie la alcalinizarea sângelui prin carbonaţii ce rezultă din oxidarea în organism a acizilor organici. Din cojile uscate de mere se prepară un ceai uricolitic foarte activ. Este întrebuinţat ca agent terapeutic în diaree, când este crud, şi este în acelaş timp un aliment gustos; conţine: 84,41% apă, 0,30% materii azotoase; 0,29% materii grase; 14,61% materii hidrocarbonate dând 61 calorii la suta de grame (M. Labbé); vitamina A (+); vitamine B (antipolineuritice şi antiberiberice) ++; vitamine C (antiscorbutice) ++.

Poate servi însă şi de vehicul unor sustanţe toxice cari introduse odată cu el în organism dau naştere la accidente mai mult sau mai mai puţin grave, după cantitatea toxicului şi susceptibilitatea individului. In tendinţa de a se combate boalele pomilor fructiferi şi a se distruge diferiţi paraziţi ai fructelor, s'a alergat la aceste toxice, cari dacă nu sunt îndepărtate în întregime prin spălatul fructelor, căci ploaia şi vântul nu reuşesc să le distrugă, pot înscrie la capitolul intoxicaţiilor alimentare şi intoxicaţia prin consum de mere necurăţite înainte de ingerare.

*) Această intoxicaţie intră în cadrul intoxicaţiunilor provocate prin ingerarea de struguri nespălaţi, descrise de D-nii D-r M. Cânciulescu şi Chimist N. Rădulescu (Les maladies provoquées par les raisins) în „Mişcarea Medicală Română" No. 7—8/1936 şi comunicate la Academia de Medicină în şedinţa din Ianuarie 1937, fructe stropite cu aceleaşi soluţiuni cupro-arsenicale.

Pentru a evita această posibilitate, am socotit necesar a atrage atenţiunea tuturor publicând foaie de observaţie clinică a ciobanului N... Constantin care a mâncat, fără a le şterge sau spăla bine mai înainte, mere stropite cu Arzola, luate direct din măr.

Bolnavul N... Constantin, în vârstă de 18 ani, intră în serviciul nostru la 8 August 1938, pentru o stare generală rea cu anxietate şi astenie pronunţată, însoţită de o erupţie veziculo-buloasă generalizată, mai accentuată pe palme şi plante, şi de o stomatită intensă.

Antecedente heredo-colaterale: tatăl, mama, fraţii şi surorile (8) sănătoşi.

Antecedente personale: nu a suferit de nici-o boală infecto-contagioasă sau venerică.

Istoricul boalei: In ziua de 3 August a. c., ora 9 dimineaţa, pe când era cu vitele la păscut, mănâncă 6—7 mere, aduse de tatăl său care le culesese cu puţin mai înainte. Din informaţiile culese de noi, am aflat că merii fuseseră stropiţi, chiar în ajun, cu o soluţie de Arzola şi sulfat de cupru.

O oră după aceea, simte un rău general, cu arsuri de gât şi usturime de limbă apărându-i în acelaş timp băşici, dureri de mâini şi de picioare cu senzaţie de oboseală. Se culcă pentru a se odihni şi se trezeşte la orele 2-3 după masă cu o stare generală şi mai rea; colici cu 4-5 scaune diareice, inapetenţă şi dureri mari de gingii şi buze, uscăciunea gâtului; vrând să meargă, simte dureri mari în tălpile picioarelor. Noaptea o petrece foarte greu cu nelinişte şi dureri de cap; n'are vărsături şi diareea încetează a doua zi, însă buzele şi gingiile sunt umflate şi roşii, pe limbă are numeroase vezicule; nasul este înfundat, ochii îl dor şi pe tot corpul observă pete roşii, cari după câteva ore se ridică în formă de veizcule — ca după arsură. — Podul palmelor e foarte dureros, la plante pielea se ridică formând băşici. Această stare merge agravându-se, erupţia se întinde pe tot corpul, pe organele genitale este buloasă şi extrem de dureroasă. Bolnavul se decide acum să consulte un medic şi astfel este trimis în serviciul nostru.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Starea generală. Bolnavul este foarte abătut, nedormit de 3 nopţi, nealimentat din cauza stomatitei şi glositei, răguşit, cu ochii roşi şi cu secreţie purulentă între pleoape edemaţiate, uşor febril 38 seara, cu un puls mic filiform, 140 pulsaţii pe minut, urinează rar şi puţin, abia vorbeşte, vocea stinsă; are 3-4 scaune diareice pe zi, somnolent şi uşor delirant.

Prezintă pe toată faţa şi pielea capului un eritem morbiliform, pe alocuri veziculos. Conjonctivele injectate şi edemaţiate, fosele nazale prinse (rinită acută); buzele arse, gingiile cu un lizereu cenuşiu; mucoasa bucală prezintă false membrane; sialoree abundentă. Deglutiţia este dureroasă şi respiraţia grea cu raluri bronşice şi laringee. Pe tot restul corpului, predominând în regiunile de flexiune şi frecate de haine, se observă un exantem polimorf, scarlatiniform, morbiliform şi pe

alocuri cu vezicule pline cu un lichid serocitrin sau purulent. Atât pielea plantelor cât şi a palmelor este ridicată în întregime formând enorme vezicule cu lichid serocitrin; un frotiu din acest lichid nu pune în evidenţă nici-un agent microbian, în schimb numeroase polinucleare. Leziunile cutanate predomină deci la faţă, la mijlocul corpului, pe scrot şi organele genitale, pe fese şi mai ales pe palme şi plante.

Examenul somatic. Plămâni: sonoritate normală, la percuţie; la ascultaţie; raluri ronflante şi sibilante diseminate.

Cord şi vase: nimic anormal ascultator la cele patru focare ale cordului; 140 pulsaţii pe minut, slab bătute.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Abdomen: inapetenţă complectă; două scaune pe zi fără sânge; nu are vărsături nici colici. Uşoară sensibilitate în etajul superior: ficatul este de dimensiuni normale şi splina se percută pe 3 laturi de deget pe linia axilară anterioară.

Aparatul genito-urinar. Bolnavul prezintă o erupţie veziculoasă pe scrot şi penis. Urina în cantitate de 400 gr. în 24 ore cu albumină, hematii şi cilindrii granuloşi. Rinichii nu se palpează. Ureea în sânge 0,68 gr. ‰.

Reflexele: cutanate ,normale; reflexele osteo-tendinoasă normale afară de cel rotulian şi achilian cari sunt diminuate.

Sensibilitatea este conservată în general, cu exacerbaţii dureroase în regiunile unde predomină erupţia cutanată.

Examene complimentare: sero-reacţia Meinicke este negativă.

Examenul sângelui: globule roşii 5.500.000 pe mm.^{3}, globule albe 13.400 polinucleare 80%, limfocite 15%, monocite 5%.

Glucoza în sânge 1,30%.

Prin metoda Marsh, am evidenţiat prezenţa arsenicului pe merele din care mâncase bolnavul nostru. Nu am găsit urme de toxic în salivă, urină şi sânge.

După 23 zile de tratament, bolnavul părăseşte spitalul vindecat. Revăzut la circa 45 de zile, prezenta turburări trofice ale unghiilor (cădere); în restul organismului, nimic anormal. Compoziţia chimică exactă a Arzolei, substanţa cu care fuseseră stropite merele, nu o cunoaştem precis, constituind un secret de fabricaţie; conţine sigur arseniat de plumb.

Publicarea acestui caz de intoxicaţie acută cu Arzola, ne-a fost determinată de raritatea lui precum şi de învăţămintele de profilaxie pe cari trebuie să le avem în vedere atunci când consumăm fructe.

N. ROSIANU et M SARACACIANU:

Présentent l'observation clinique d'un cas d'intoxication par les sels arsenicaux d'un malade qui a mangé des pommes; ce qui prédomine dans le tableau clinique sont les éruptions polymorphes cutanées et l'état général très grave; on recomande un bon lavage et nettoyage des pommes avant d'être consommées.

ROSIANU und SARACACEANU:

Präsentieren einen klinisch beobachteten Vergiftungsfall durch Arsensalze in Folge Äpfel Genusses. Das klinische Bild ist charakterisiert durch vielgestaltigen Ausschlag und sehr schlechtes allgemeines Beffinden.

Sie empfehlen die gründliche Reinigung der Äpfel durch Waschen und trocken Wischen vor dem Verbrauch.

ROSIANU e SARACACIANU:

Prezentano l'oservazione clinica di un cazo di intocsicazione con i serri arsenicali di un amalato il quale a mangeato delle mele.

Quello che predomina nel quadro clinico sono l'eruzioni polymorphe cutanate e il stato generale molto grave.

Si racomanda dunque che le mele prima di essere mangeate devoue essere bene lavate e netate.

Profilaxia şi tratamentul infecţiunilor căilor respiratorii la adulţi şi la copii cu

CHINAETHER

eter — chinină — camfor

pentru injecţiuni intramusculare

Eficacitatea remarcabilă în tusea convulsivă, pneumonii, complicaţiuni pulmonare post-operatorii, etc., etc. !!!

Calciul, introdus parenteral este de 5 ori mai activ, decât administrat pe cale bucală, prescriţi deci:

Calcimuse

soluţie sterilă de gluconat de calciu 10%, pentru injecţiuni intramusculare şi intravenoase

Fiole de 5 şi 10 cm³

fabrica de produse chimice
gedeon richter s.a.
bucureşti

Bucureşti, str. Plantelor 21

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CONSIDERAŢIUNI ASUPRA CORELAŢIEI INTRE AFECTIUNILE GASTRO-INTESTINALE CU SISTEMUL NERVOS ŞI TRATAMENTUL LOR

de

D-r MARIUS DANCILA

Este cunoscută astăzi în patologia maladiilor gastro-intestinale strânsa corelaţie între turburările digestive şi sistemul nervos, fie că afecţiunea imprimă o stare patologică psicho-nervoasă, fie că deranjurile de natură nervoasă provoacă stări patologice ale tubului digestiv.

Bogăţia terminaţiunilor nervoase simpatice la nivelul tubului digestiv explică îndeajuns această corelaţiune în cazurile patologice.

Dintre aceste afecţiuni, fac parte în deosebi gastritele, dispepsiile şi colitele.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Voi căuta în prezentul studiu, să expun influenţa sistemului nervos vegetativ asupra etiologiei şi patogeniei acestor afecţiuni gastro-intestinale, şi a deduce tratamentul ce se impune în aceste turburări.

*

Printre maladiile ce sunt atribuite unor dezordini ale inervaţiei stomacului, dispepsiile ocupă un loc important, cari tocmai din acest motiv sunt denumite dispepsii nervoase, fiind considerate ca o adevărată maladie a nervilor gastrici.

Manifestările principale ale acestei maladii, hiperaciditatea şi hipersecreţia, sunt atribuite în special condiţiunilor anormale ale nervilor secretivi.

O mulţime de cazuri de dureri gastrice au fost clasate ca fiind adevărate nevralgii ale nervilor sensitivi ai stomacului (Strümpel). In sfera turburărilor de motricitate se disting stări de slăbire nervoasă (gastro-pareză) şi stări de iritaţie nervoasă a musculaturii stomacului, aşa zisa nelinişte peristaltică a stomacului, cât şi murmurul continu atât de frecvent întâlnit la indivizii nervoşi. Tot în acest domeniu intră vomitatul nervos, prezentând simultan hipersecreţie şi dureri în regiunea stomacului.

In alte cazuri, turburările gastrice se însoţesc în acelaş timp cu manifestări ale altor organe şi în special a glandelor cu secreţiune internă (tifoidă, ovar), turburări ce se explică prin enervarea de origină toxică, directă ori reflexă a nervilor stomacului.

Consecutiv acestor stări patologice, intervine la aceşti bolnavi şi aerofagia, a cărei patogenie e foarte complexă, tocmai pentru că sindromul digestiv e întovărăşit de turburări nervoase cardio-vasculare, endocriniene şi hepatice.

Partea dominantă însă aparţine unui **sindrom neuro-vegetativ**, iar salivaţia şi deglutiţia consecutive sunt un reflex aerofago-salivar, rezultat al stării spasmodice a stomacului.

Aceste *afecţiuni se întâlnesc des la* **nevropaţi**, *la cari dispepsia* este frecventă şi accentuată, asociată în unele cazuri cu o atonie intestinală a cărei origine de bază trebue căutată tot în aceste alteraţiuni nervoase ale stomacului.

Aproape în toate cazurile se întâlneşte în afară de aceste simptome neuro-digestive o vădită greutate în regiunea toracelui, uneori o adevărată **palpitaţie cardiacă**. E de remarcat apoi strânsa legătură între evoluţia maladiei şi psichicul bolnavului, căci în majoritatea cazurilor starea de iritabilitate este foarte pronunţată, manifestându-se prin **anxietate, hipocondrie, neurastenie**, etc.

Numeroasele studii întreprinse în acest domeniu au dus la concluzia indiscutabilă că în toate aceste maladii avem de a face nu atât cu leziuni anatomice cât mai ales cu **turburări funcţionale** ale nervilor, ce sunt lezaţi în funcţiunea lor normală de stimulări anormale sau de o hiperexcitabilitate nervoasă bolnavă.

*

Un alt domeniu al patologiei gastrice îl constitue **gastritele**, maladii ce au de regulă la baza lor, aşa zisele **greşeli didactice** sau uneori ingestia de alimente alterate, (carne, ouă, peşte), greu digerabile, cantitate prea mare, prea acidă, condimentoase, etc., cauze cari pot determina alterarea pe cale chimică, mecanică sau termică a mucoasei gastrice. Pe lângă aceste cauze de ordin dietetic, intervin în etiologia gastritelor o mulţime de boli cronice cum sunt: maladiile infecţioase cronice, ciroza hepatică, afecţiuni ale veziculei biliare, tuberculoza pulmonară — infecţiuni ce probabil acţionează asupra mucoasei stomacului pe cale toxică.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

După Konyetzyny şi alţi autori, cauza principală a producerii **ulcerului gastric** trebue căutată adesea tocmai în **gastrita cronică**, care se verifică a fi periculoasă, nu numai prin apariţia leziunii, dar şi prin faptul că persistenţa ei menţine într'o stare de iritaţie mucoasa gastrică, făcând astfel foarte dificilă vindecarea ulcerului.

In general gastrita şi în special cea cronică este însoţită de manifestări ce persecută bolnavii prin eliminarea de gaze rău mirositoare, cu un gust amar, desgustător, putred, balonări, presiune, dureri indefinite în regiunea stomacului, senzaţii ce zi de zi devin mai accentuate şi sunt greu de suportat mai ales în timpul mersului.

Dintre organele ce sunt mai des influenţate de gastrita cronică sunt intestinele, cari se resimt aproape întotdeauna, manifestându-se prin constipaţie sau diaree.

Apoi, nu rareori o desvoltare puternică de gaze se propagă în întregul tub intestinal, provocând astfel meteorism şi flatulenţă.

Ca şi în dispepsiile nervoase în afară de manifestările subiective neurastenie, hipocondrie, stări de depresiune psihică şi diverse turburări nervoase, caracterizate prin cefalalgie, ameţeli, iritabilitate accentuată, neurastenie, hipocondrie, stări de depresiune psihică şi diverse turburări circulatorii.

In general, gastropaţii şi enteropaţii cronici, cari se neglijează sau cei cari sunt insuficient trataţi, devin adevărate victime ale intestinului lor, maladia luând un mers mult mai serios, complicându-se de o adevărată intoxicaţie de origine gastro-intestinală. Această auto-intoxicaţie provine din turburarea digestiei, prin alteraţiunile ce se verifică în inervaţia musculaturii gastrice şi intestinale, cât şi a insuficienţei combustiunilor alimentare, ce au loc aci, şi la care se adaugă resorbţiunea produselor de transformare în intestin.

Motricitatea defectuoasă gastro intestinală, insuficienţa hepatică, cât şi desvoltarea anaerobilor, consecinţele alteraţiunilor mucoasei stomacului şi intestinului contribue la desvoltarea putrefacţiei intestinale, iar bolnavul prezintă clinicește pe lângă simptomele cu manifestările nervoase de mai sus, o accentuată paloare a tegumentelor, slăbire, acnee, eczeme, urticarie, prurit, etc.

Cunoscând astfel corelaţiunea fizio-patologică dintre sistemul nervos vegetativ şi turburările gastro-intestinale, strânsa legătură între aceste gastro şi enteropatii şi sistemul nervos, voi căuta să trag anumite concluzii practice asupra tratamentului lor, printr'un preparat de cărbune, la a cărei fabricare s'a ţinut seama în mod deosebit de aceste consideraţiuni.

Biblioteca Universitară "Lucian Blaga" Central University Library Cluj

In terapeutică, cărbunele posedă remarcabile proprietăţi antitoxice şi dezinfectante, datorite cărora a fost întotdeauna întrebuinţat ca un tratament de primul ordin în **intoxicaţiuni** şi în **patologia digestivă**. Adesea dezinfectanţii chimici folosiţi în tratamentul afecţiunilor gastro-intestinale s'au dovedit a fi ineficaci, cărbunele din contră acţionează cu folos şi fără nici un risc, graţie celor două proprietăţi fundamentale: **adsorbţia** şi **absorbţia**.

Dintre formele cari se întrebuinţează, cărbunele vegetal, cărbunele animal şi cărbunele vegetal activat sunt cele mai des utilizate; dintre aceştia cărbunele animal şi mai ales cel vegetal activat au proprietatea de adsorbţie mai pronunţată. In afară de considerabila lor putere de adsorbţie, cărbunii activaţi au şi importante proprietăţi catalizatoare şi accelerează reacţiunile chimice.

Proprietatea de adsorbţie a cărbunelui este apoi în raport cu tensiunea superficială a lichidelor şi cu puterea anumitor substanţe, care micşorează această tensiune. Introdus în organism, adsoarbe toxinele, întârziind astfel resorbţia lor de către mucoasa gastro-intestinală.

Studiul comparativ al diferiţilor cărbuni arată că proprietăţile de adsorbţie ale substanţelor şi toxinelor în prezenţa cărora se află, sunt variabile după porozitatea, ţesutul capilar şi originea lor. In terapeutică este deci necesară asociaţia celor trei cărbuni.

Bazaţi pe această premisă, s'a căutat fabricarea unui preparat cu bază de cărbune vegetal activat, la care s'a adăugat un cărbune

vegetal cât mai pur posibil şi un cărbune animal lipsit de derivaţi cianurici, elemente care constituesc preparatul folosit de noi.

Afecţiunile gastro-intestinale fiind întovărăşite de reacţiuni spasmodice, de turburări neuro-vegetative sau psichice sau anumite turburări nervoase fiind la baza afecţiunilor gastro-intestinale, s'a căutat perfecţionarea cărbunelui prin adăugarea de elemente capabile de a acţiona direct asupra sistemului nervos neuro-vegetativ, în timp ce cărbunele îşi exerciţă acţiunea lui şi astfel s'a ajuns la complectarea formulei cu **crataegus, passiflora şi salcie.** Acest cărbune folosit de noi, şi care se găseşte în comerţ sub denumirea de **„Passicarbone"** poate fi considerat ca un remediu complect în toate cazurile enumerate mai sus, căci ori de câte ori l'am întrebuinţat, fenomenele nervoase produse sau producătoare de turburări gastro-intestinale au cedat după puţin timp.

* * *

Paralizia generală.

Stovarsol-terapia în paralizia generală

Stovarsolterapia paraliziei generale a fost inaugurată de *Sézari* şi *Barbé* în 1921; primele rezultate au fost comunicate la Soc. Medicală a Spitalelor din Paris în 1924.

Cu toată natura ei sifilitică, paralizia generală nu este influenţată de medicaţiile antisifilitice uzuale, mercuro-arsenicale-bismutice.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Iar malariaterapia lui Wagner-Iauregg care a înregistrat primele succese în această afecţiune incurabilă până atunci, nu este aplicabilă în toate cazurile; fie din cauza unor contraindicaţiuni, fie din cauza imunităţii conferite de către o impaludare anterioară.

Stovarsolul sodic, sarea de sodiu a stovarsolului, este acidul acetil — oxiamino—fenilarsinic descoperit în 1921 de Fourneau şi D-na Tréfonel la Institutul Pasteur din Paris.

Preparat în prezent de către Uzinele dela Rhône „Poulenc Frères" se prezintă ca o pulbere albă, închise în fiole in doze de 0,50 şi 1 gram.

Se introduce pe cale subcutanată sau intramusculară; injecţia foarte bine suportată, se prepară pe loc prin introducerea în fiolă a 10 cmc. de apă destilată sterilizată.

Tecnica, stabilită de Sézary, prescrie 3 injecţii de câte 1 gr. pe săptămână, se va incepe cu 0,50 ctgr.; o primă serie comportă 21 injecţiuni, adică 20 gr. 50 de stovarsol sodic; se face o pauză de o lună; urmează a doua serie; pauză de o lună şi jumătate; apoi a treia serie şi tot astfel se procedează în primul an. In anul al doilea de tratament pauza dintre serii se ridică la 2 luni: în anii următori se face o pauză de 3 luni, dacă starea lichidului cefalo-rachidian se ameliorează, altfel rămâne tot de 2 luni; se urmează la fel 3-10 ani, ca să se asigure un tratament eficace de consolidare, care să pună la adăpost bolnavul de recidive.

Tratamentul este bine suportat; accidentul de temut este *nevrita optică*, de acea se impune în prealabil un aprofundat examen de fund

de ochi, repetat la intervale în tot timpul tratamentului; tabesul, alcoolismul, lesiunile renale predispun la stabilirea nevritei optice.

Marchand nu contraindică în mod absolut stovarsolterapia la paracliticii generali cu leziuni de fund de ochi, dar prescrie aplicarea cu mai mare prudenţă.

In afară de controlul specialistului, un mijloc practic de a supraveghia bolnavul este acela de a pune bolnavul să citească jurnalul înainte de fie-care injecţie, şi să se renunţe la injecţie dacă citirea este anevoioasă.

Frica de nevrită ar putea să conducă la doze insuficiente sau la un tratament ineficace sau prescurtat, cea ce reprezintă un alt dezavantagi, acela al posibilităţii accidentelor somatice nervoase şi viscerale.

Acest pericol se conjură prin tratamentul asociat arseno-bismutic care constă în administrarea unor injecţii de bismut la 5 zile, ceace reprezintă 10 injecţii de bismut şi 21 injecţii stovarsol sodic.

Rezultatele obţinute poartă asupra turburărilor neuropsichice cari se ameliorează şi chiar se amendează concomitent cu îmbunătăţirea stării generale (bolnavii îngraşe şi cresc în forţă) şi semnelor biologice din sânge şi lichidul cefalo-rachidian.

Practicarea prealabilă sau simultană a malarioterapiei nu se opune stovarsolterapiei; ambele medicaţii se ajută; când nu se poate practica malariaterapia, se recurge la o altă piretoterapie.

Aceste noţiuni de dată relativ recentă şi de cea mai mare importanţă pentru răspândirea mai întinsă a unei terapii eficace într'una din cele mai nenorocite boale, cu evoluţie quasi fatală faţă de remisiunile spontane extrem de rare, terapie nu îndeajuns de cunoscută — au fost precis expuse de curând de către D-nii D-r *Matei Stoicescu*, fost intern al Spit. central de boli mintale şi nervoase din Bucureşti care în teza sa inaugurală din Iunie 1938 relatează 30 observaţiuni clinice, în care a obţinut prin tratamentul cu stovarsol sodic în majoritatea cazurilor ameliorări prelungite şi un autor francez, asupra lucrării recente a căruia vom reveni.

M. Cânciulescu

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Săptămâna medicală Balcanică

Istambul 7-14 Septembrie 1938

Săptămânile Medicale Balcanice sunt organizate de „Uniunea Medicală Balcanică", organism realizat în 1932 la Bucureşti în urma unui raport prezentat la secţia de politică socială şi higienă a Conferinţei Balcanice.

Primele săptămâni medicale s'au ţinut la: Atena, Belgrad, (1933), Bucureşti (1935), iar cea de a patra a avut loc în Octombrie 1936 la Istambul.

Cea de a cincea săptămână medicală balcanică s'a ţinut tot în Turcia, deşi cu doi ani înainte aceeaş secţiune organizase în mod strălucit una din cele mai frumoase şi reuşite săptămâni medicale balcanice.

Ce urmăresc aceste manifestări?

Nimeni nu le-a arătat mai bine rostul decât d. Hasan Saka, vice-preşedintele Camerei Deputaţilor şi preşedintele grupului naţional turc la conferinţele balcanice, care în cuvântarea pe care a ţinut-o la şedinţa solemnă dela palatul Yldiz în 1936 spunea: „sunteţi cei mai indicaţi colaboratori pentru a ralia popoarele: solidaritatea balcanică nu poate fi mai bine servită decât de voi medicii, iar cauza civilizaţiei nu poate găsi mai buni făuritori. Medicul este un amic al fiinţei umane şi numai el poate să cunoască şi să depisteze inamicul comun: boala. Congresiştii au de studiat în Balcani cazurile şi suferinţele unor oameni care trăesc aceeaşi viaţă şi mor de aceleaşi boli".

Amicii noştri turci înţelegând valoarea reuniunilor noastre, nu numai pentru punerea la punct a problemelor sanitare şi medicale specifice ţărilor noastre, dar mai ales pentru cimentarea legăturilor sufleteşti dintre elitele respective, au dat o mare desvoltare, neobişnuită pentru un congres medical, la toate manifestaţiunile, care făceau parte în cadrul săptămânei.

Congresul a avut loc tot la palatul Yldiz. Acest palat aşezat într'un cadru feeric, departe de sgomotul oraşului, este un cadru ideal pentru conferinţe diplomatice şi congrese.

* * *

Principala activitate ştiinţifică au fost rapoartele şi discuţia asupra lor, privind:

PALUDISMUL ŞI LUPTA ANTIPALUDICĂ IN ŢĂRILE BALCANICE.

Au fost raportori: D-r Livadas, directorul şcoalei de higienă (Grecia); Prof. Zotta (România); D-r Ivanici, directorul serviciului sanitar în Ministerul Sănătăţii (Jugoslavia); General Prof. D-r Tevfik Saglam (Turcia).

Ca urmare a discuţiunilor avute în Consiliul General al Uniunei Medicale Balcanice a adoptat următoarea rezoluţiune:

„Săptămâna Medicală Balcanică constată cu mulțumire după lectura rapoartelor asupra paludismului că în toate țările noastre guvernele se ocupă de lupta în contra lui cu o energie care arată importanța pe care o acordă acestui flagel și ia deciziunea de a face să se studieze mijloacele care vor permite Uniunei Medicale Balcanice de a fi mai folositoare în această luptă".

In acelaș timp a instituit o comisiune formată din raportori, care sub forma unei comisiuni permanente să continue să studieze chestiunea, să rezume publicațiile asupra paludismului din fiecare țară balcanică, comunicându-și-le reciproc.

Din cadrul științific au mai făcut parte și 4 conferințe de câte o oră, câte una de fiecare secțiune națională:

Prof. BENSIS (Grecia): **Amigdalita criptică ignorată și multiplele sale mafestări clinice.**

Prof. N. GHEORGHIU (România): **Schimbările de situație ale uterului în gestație la termen și aproape de termen.**

D-r NIHAT RESAT (Turcia): **Cum trebue făcut studiul unei ape minerale.**

Prof. SAHOVICI (Jugoslavia): **Substanțele cancerigene; factori endogeni.**

Fiecare secțiune națională a mai făcut și câte 3 conferințe scurte de 15 minute. Conferențiarii secțiunei române au fost:

Agregat ION JIANU: **Esofagoplastia.**

Docent M. POPESCU-BUZEU: **Diagnosticul biologic al tuberculozei genitale.**

D-r VINTILA: **Procedee chirurgicale românești în tratamentul prolapsurilor și deviațiilor uterine.**

La diferite manifestări și discuțiuni au mai luat parte și D-nii: prof. **Nicolae Minovici**, prof. **Ștefănescu Galați**, docent **Pașcanu**, dr. **Nissim**, dr. **R. Tătaru**, etc.

Consiliul General al Uniunei Medicale Balcanice care este organul director al acestor manifestări s'a întrunit în două rânduri la 10 și 14 Septembrie, luând printre altele următoarele deciziuni:

1. A șeasea Săptămână Medicală Balcanică, va avea loc la București între 7—15 Mai 1940.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

2. Raport principal: Lupta în contra bolilor venerice în țările Balcanice.

3. Se realege președinte al Uniunei Medicale Balcanice D-l Prof. Akil Mukhtar Ozden.

4. Fiecare secțiune națională va face să apară un număr special într'o revista medicală națională. Articolele vor fi scrise în limba franceză. Numerile speciale vor apare la următoarele date:

Ianuarie (Turcia); 1 Aprilie (Grecia); 1 Aprilie (Grecia); 1 Iunie (România); 1 Octombrie (Jugoslavia).

5. Aprobă o moțiune relativ la umanizarea răsboiului și protecția populației civile, prezentată de Prof. Akil Mukhtar Ozden.

La ședința de închidere a vorbit d. prof. **Gheorghiu**, președintele secției române în numele tuturor participanților aducând calde cuvinte de mulțumire președintelui Comitetului turc, porf. Akil Mukhtar Ozden, prof. Sedat Tavat, secretar general, dr. Behcet, dr. Varnali, etc.

Toți aceștia împreună cu Ex. sa Hasan Saka au fost neobosiți și au însuflețit o mare cordialitate, ce a domnit tot timpul printre participanți.

Cele mai înalte autorități din Istambul și Smirna și-au făcut o onoare din a primi pe participanții acestor zile medicale balcanice. Toate acestea pentru că turcii sunt astăzi cei mai fervenți adepți ai păcii și înțelegerii balcanice.

Cel mai frumos și mai mare exemplu l-a dat Turcia, care deși pierduse cele mai multe și mai întinse teritorii, prin glasul șefului lor Kemal Ataturk a spus: „vrem să trăim în pace și armonie cu toți vecinii noștri".

Avem nevoie de pace pentru a reface drumurile noastre, pentru a reface sănătatea popoarelor noastre, pentru a complecta cultura po-

poarelor noastre, pentru a ne complecta civilizaţia noastră într'un cuvânt.

Tuberculoza, Paludismul, etc. sunt ravagii comune Balcanilor; studierea chestiunilor sanitare, epidemiologice şi medicale ale ţărilor noastre, şi propunerea soluţiunilor celor mai potrivite, iată unul din scopurile Uniunei Medicale Balcanice.

Dacă la Bucureşti s'a cercetat „Higiena rurală", la Istanbul în 1936; „Staţiunile Balneo-climatice", iar în 1938 „Paludismul", în primăvara anului 1940 se va studia la Bucureşti „Lupta contra bolilor venerice".

Corpul medical român, a cărui pregătire şi reputaţie în Balcani sunt apreciate foarte mult, are o datorie de împlinit: de a secunda efortul guvernelor noastre în domeniul sanitar interbalcanic şi eventual de a le atrage atenţiunea atunci când nu le acordă un suficient interes.

Toate realizările cer eforturi financiare, linişte şi mai ales continuitate de directivă.

Blocul Balcanic cu cât va fi mai sudat, cu atât îşi va impune voinţa lui de linişte şi pace; va putea astfel să recâştige şi reconstituiască ceeace certurile dinainte au împiedicat să se realizeze.

Docent M. Popescu-Buzeu

* * *

LE TONUS DES MUSCLES STRIÉS
Etude expérimentale et clinique
par
G. MARINESCO, N. IONESCO-SISESTI, O. SAGER
et A. KREINDLER

Imprimeries de l'Etat, Bucarest, 1937.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Această lucrare, apare sub auspiciile Academiei române, în al VIII volum de „Studii şi cercetări" ştiinţifice.

Autorii o dedică în „Omagiu de admiraţie" Profesorului Pierre Marie.

Prefaţa i-o scrie Ch. S. Sherrington, laureat al premiului Nobel, care între altele adaogă:

„Acest volum va fi binevenit atât pentru neurologiştii clinicieni, cât şi pentru aceia cari se consacră cercetărilor de laborator. Tratează o problemă situată pe primul plan în ultimul timp şi de un interese crescând. Autorii aduc importante contribuţiuni la studiul ei.

Ultim cuvânt al actualităţii... pentru prima dată acest subiect este tratat din punctul de vedere dublu, clinic şi experimental, într'un volum special care îi este consacrat în întregime. El reprezintă experienţa matură a acestui grup de autori cari sunt stăpâni pe toate părţile materiei tratate".

In „Introducere" autorii arată idea conducătoare pe care şi-au grefat studiul, anume aceia că tonusul muscular este resultanta unui complex de influenţe exercitate de sistemul piramidal, nervii periferici, sistemul extrapiramidal, sistemul vegetativ, mediul umoral, ş. a.

Partea de influenţă a acestor factori, care intervin de obiceiu în mod armonios sau cu predominenţa unuia dintre ei, au căutat să o evidenţieze prin metoda extirpaţiilor parţiale al sistemului nervos inaugurate de Scherrington, dozagiul chimic al substanţelor din mediul umoral, exploraţia farmaco-dinamică, observaţia meticuloasă anatomo-clinică pe animal şi om, metoda cronaximetrică a lui Lapicque, metodele de înregistrare grafică cinematografică.

Plecând de la o observaţie clinică, care le-a sugerat noţiunea unei experimentări pe animal, sau de la un fapt de experienţă care trebue verificat,. sau de la o idee abstractă care trebuie urmărită prin experienţe noi, descoperiri noi de fapte clinice şi interpretări concordante — autorii fără să aibă intenţia de a scrie o monografie complectă a chestiunei tonusului muscular, au căutat la sfârşitul acumulării unui material vast să încadreze rezultatele personale obţinute, să tragă concluzi valabile de ordin experimental şi clinic.

Dar faptele observate au fost atât de numeroase încât au reuşit să constitue o monografie complectă a chestiunei, cu avantagiul unei experienţe proprii de ordin experimental şi clinic — ceace constitue noutatea şi valoarea acestei lucrări.

La fie-ce proces clinic de la om şi experimentarea pe animale se sprijină, se explică reciproc; se complectează.

Astfel Scherrington, descoperitorul rigidităţii extrapiramidale prin decerebraţie, aminteşte că atunci când rigiditatea pisicei decerebrate este prea mare, asistentul flexează capul pisicii şi rigiditatea dispare — tot astfel precum în 1575 Girolamo Cardano din Pavia scrie în cartea sa de autobiografie intitulată „De vita propria liber" că şi-a căpătat gloria şi osanalele contimporanilor săi pentrucă făcea să dispară spasmul unui copil în opistotonus aplecându-i capul pe piept.

La fel autorii amintesc că cazul celebru de tumoară preduncular cu rigiditate în extensie a celor patru membre nu şi-a putut căpăta explicaţia fizico-patologică decât prin cunoaşterea rigidităţii obţinute prin decerebraţie la animale de Scherrington.

Confruntările între descoperirile altora şi resultatele proprii obţinute de autori constituec cealaltă latură fundamentală a acestui studiu.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Deci o originalitate de concepţie şi de execuţie, experimentarea mergând mână în mână cu clinica, verificarea şi completarea datelor cunoscute cu cele personale ale autorilor.

Cuprinsul lucrării, accesibil înţelegerii şi pentru nespecialişti, se desfăşoară în 355 pagini cari grupează în capitole distincte toate datele şi faptele de ordin experimental şi clinic cunoscute, referitoare la chestiune.

O Bibliografie bogată însoţeşte fiecare capitol, în care lucrările personale anterioare ale autorilor abundă.

*

Remarcăm între autori, alături de D-l Prof. Gh. Marinescu, pe d-l D-r N. Ionescu-Şişeşti, înlocuitorul său la catedră.

Printr'o colaborare finală care şi-a găsit expresia desăvârşită în elaborarea acestui desăvârşit studiu precum şi în descrierea encefalitei pneumococice, Şefia „Şcoalei române de neurologie", de mult celebre, trece în mâinile demne ale succesorului, a cărui activitate ştiinţifică reremarcabilă numără până în prezent lucrări ca: „La syringobulbie" premiată de Academia franceză de medicină, „Essai de regroupement des maladies familiales de la moelle" ş. a.

M. Cânciulescu.

LEGEA
PENTRU REFORMA INVĂŢĂMÂNTULUI SUPERIOR

pentru modificarea şi completarea legilor privitoare la învăţământul superior şi special

CAPITOLUL I.

Art. 1. — Invăţământul superior se predă în Unievrsităţi, Politehnice şi Academii de Inalte Studii Comerciale şi Industriale.

Actualele Academii de Inalte Studii Agronomice, Institutul de Chimie Agricolă şi Alimentară, Institutul de Chimie Industrială, Institutul Electrotehnic dela Facultatea de Ştiinţe Agricole din Chişinău, şi Academia de Arhitectură din Bucureşti, se încadrează în Politehnice. Regulamentul interior al acestora va stabili modul de funcţionare.

Catedrele şi posturile personalului didactic şi ajutător sunt fixate prin tabelele anexate la prezenta lege.

CAPITOLUL II.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Recrutarea corpului didactic.

Art. 2. — Corpul didactic se compune din profesori şi conferenţiari.

Personalul ajutător se compune din şefi de lucrări, lectori, asistenţi şi proparatori.

Art. 3. — Titlul de profesor, conferenţiar şi asistent definitiv se dobândeşte

Preparatorii, asistenţii provizorii, şefii de lucrări şi lectorii se numesc prin decizie ministerială în baza recomandării sau a înaintării în condiţiile legii de faţă. prin concurs.

Ocuparea locurilor vacante de profesori şi conferenţiari se face prin transferare sau concurs.

A. *Transferarea profesorilor şi conferenţiarilor.*

Art. 4. — Catedrele devenite vacante se publică, de către minister, în cel mult 15 zile dela ivirea vacanţei.

Completarea se poate face mai întâiu prin transferare. Au dreptul să ceară transferarea profesorii titulari de aceeaşi specialitate dela facultăţile din ţară.

Indată după publicarea vacanţei, ministerul alcătueşte o comisie de specialişti pentru a examina activitatea profesorilor care pot să fie transferaţi.

Această comisie se compune din trei membri şi anume:

a) Un profesor de aceeaşi specialitate, sau, în lipsă, de specialitate înrudită, desemnat de consiliu dintre profesorii facultăţii la care s'a ivit vacanţa;

b) Un profesor tras la sorţi dintre profesorii de aceeaşi specialitate, sau, în lipsă, de specialitate înrudită, dela toate facultăţile *similare, cu excepţia celor care* au cerut transferarea. Tragerea la sorţ se va face în consiliul facultăţii la care s'a ivit vacanţa;

c) Un profesor de aceeaşi specialitate, sa, în lipsă, de specialitate înrudită, numit de Ministerul Educaţiunii Naţionale.

Comisia cercetează lucrările candidaţilor la transferare şi întocmeşte raportul despre activitatea lor, înaintându-l consiliului facultăţii unde este vacantă catedra.

Raportul se supune discuţiunii consiliului acestei facultăţi, care decide asupra transferării, cu majoritatea absolută a profesorilor titulari. Această procedură se desăvârşeşte obligator în termen de cel mult două luni dela numirea comisiunii. Şedinţa pentru transferare va trebue să fie convocată cu cel puţin 7 zile înainte. Votul se dă o singură dată prin scrutin secret.

Hotărîrea de admitere sau respingere va trebui să fie motivată pentru fiecare candidat.

Raportul comisiunii va fi publicat în Monitorul Oficial.

Publicarea conferinţelor vacante şi transferarea conferenţiarilor se vor face după aceeaşi procedură.

B. Concursul de profesori şi de conferenţiar.

Art. 5. — Dacă n'a fost transferat niciun profesor, se va purcede la completarea vacanţei printr'un concurs deschis între toţi conferenţiarii cu o vechime de 2 ani, şefii de lucrări definitivi, cu o vechime de cel puţin 5 ani, dela facultăţile similare din ţară şi şefii de serviciu spitalicesc, cu vechime de cel puţin 5 ani, din centrele universitare. Candidaţii vor trebui să fie de specialitatea catedrei vacante, sau, în lipsă, de o specialitate înrudită cu aceasta.

Comisia de concurs se compune din câte un profesor desemnat desemnat de fiecare facultate şi un profesor desemnat de minister, ca preşedinte. Membrii acestei comisii vor fi desemnaţi dintre profesorii de aceeaşi specialitate, sau, în lipsă, de specialitate înrudită.

Concursul va consta din următoarele probe:

a) Un raport întocmit de fiecare membru al comisiei asupra memoriului de înscriere la concurs şi a lucrărilor prezentate de candidat. Rapoartele vor fi publicate în Monitorul Ofical;

b) Un colocvin public, asupra materiei de specialitate în faţa plenului comisiei;

c) Din două lecţii publice, pregătite dintr'o listă de 15 subiecte de specialitate, trase la sorţi de unul din candidaţi.

Lecţiile vor fi ţinute după 24 ore de pregătire;

d) O probă practică de seminar, laborator sau clinică, după aceleaşi norme.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fiecare probă va fi notată. Prima probă este eliminatorie, dacă nu a fost notată cu cel puţin 16. Media de admitere este cel puţin 16. Notarea se va face de către fiecare membru al comisiei, prin buletin închis, care se va preda preşedintelui. Nota odată predată nu mai poate fi schimbată.

Membrii comisiei sunt datori să participe la lucrări sub sancţiune disciplinară.

Concursurile se ţin la facultatea unde s'a ivit vacanţa.

Art. 6. — La concursul de conferenţiar se pot prezenta asistenţii definitivi, şefii de lucrări şi lectorii definitivi de specialitate, după trei ani de funcţionare efectivă, precum şi doctorii sau inginerii de specialitatea respectivă, cu o vechime de cel puţin 5 ani, dela luarea titlului şi având lucrări de specialitate, altele decât acelea care au servit la dobândirea titlului.

Concursul se ţine înaintea unei comisii alcătuită după regulile din art. 5 şi cu aceeaşi procedură.

Notarea se va face ca şi la concursurile de profesori.

C. Recrutarea personalului ajutător.

Art. 7. — Preparatorii sunt numiţi de minister dintre licenţiaţii în specialitate, în urma raportului profesorului respectiv şi a avizului Consiliului profesoral.

Asistenţii se numesc de minister la propunerea profesorului de specialitate, înaintată prin Decanat, şi în urma avizului Consiliului profesoral. Ei vor trebui să aibă titlul de doctor sau inginer.

Profesorii nu pot propune persoane cu care se află în legături directe de rudenie.

După trei ani de funcţionare efectivă şi pe baza raportului motivat al profesorului, asistenţii vor fi obligaţi să treacă un examen de definitivat înaintea unei comisii alcătuită din profesorul respectiv şi din alţi doi profesori, numiţi de Ministerul Educaţiei Naţionale, dintre profesorii dela aceeaşi facultate şi de aceeaşi specialitate, sau, în lipsă, de specialităţi înrudite.

Concursul va consta dintr'un colocviu public, asupra materiei de specialitatea catedrei.

La facultăţile cu laboratoare, candidaţii vor trece şi o probă da laborator sau clinică.

Media de admitere este cel puţin 16.

Art. 8. — La catedrele cu laboratoare sau clinici, asistenţii definitivi, vor putea fi înaintaţi pe loc şefi de lucrări după 3 ani de funcţionare efectivă, pe baza lucrărilor apreciate de Consiliul facultăţii, după un raport al profesorului respectiv.

Art. 9. — La Facultăţile de medicină umană, asistenţii definitivi şi şefii de lucrări, se numesc pe timp de 5 ani, iar conferenţiarii pe 7 ani, cu putinţă de prelungire pe un nou termen.

CAPITOLUL III.

Activitatea profesorilor.

Art. 10. — Membrii corpului didactic, sunt obligaţi să-şi îndeplinească îndatoririle didactice prevăzute în programele de învăţământ.

Ei sunt ţinuţi să facă săptămânal cel puţin 2 ore de curs, osebit de orele de lucrări practice, care se vor fixa de consiliu după necesităţi. Programul săptămânal va trebui împlinit în cel puţin 3 zile.

Personalul ajutător are îndatorirea de a face lucrările prevăzute în programul facultăţii, după indicaţiile profesorului respectiv.

Profesorii sunt obligaţi să poarte robă la solemnităţi, la susţinerea tezelor de doctorat şi la examene.

Art. 11. — Decanii Facultăţilor şi rectorii universităţilor şi celorlalte şcoli de învăţământ superior, vor verifica pe răspunderea lor personală, exactitatea prezenţei la cursuri şi lucrări a membrilor corpului didactic, dispunând la contabilitate să se reţină din salariu partea cuvenită pentru absenţă nemotivată.

Art. 12. — Membrii corpului didactic pot obţine concedii pentru:

a) Caz de boală;

b) Cercetări sau însărcinări ştiinţifice din ţară sau străinătate;

c) Cazuri de forţă majoră;

d) Cursuri la alte Universităţi din ţară sau străinătate.

Concediile pentru caz de boală se pot acorda până la doi ani; în toate celelalte cazuri prevăzute de acest atricol, concediile nu pot fi mai lungi de un an.

Concediul până la maximum o lună se acordă de decan, până la 3 luni, de rector, iar concediile mai mari de Ministerul Educaţiunii Naţionale.

Art. 13. — Membrii corpului didactic care îndeplinesc vreuna din funcţiunile următoare: ministru, subsecretar de Stat, Rezident Regal, secretar general, director general al învăţământului superior, vor obţine, la cerere concedii pe durată legală a însărcinării primite. Suplinitorii catedrelor respective vor fi desemnaţi cu asentimentul titularului aflat în concediu.

Art. 14. — Vor fi socotiţi demisionaţi sau îşi vor putea regula drepturile la pensie membrii corpului didactic care, în timpul celor din urmă 5 ani consecutivi s'au aflat în concediu şi n'au făcut efectiv cursurile corespunzătoare cel puţin unui singur an şcolar.

Vor fi socotiţi demisionaţi sau îşi vor putea regula drepturile la pensie profesorii şi conferenţiarii care în cei din urmă 5 ani n'au publicat lucrări în specialitatea lor.

In timp de 2 luni dela publicarea prezentei legi, decanii facultăţilor sunt îndatoraţi să facă, cu avizul consiliului, comunicare ministerului despre cele prevăzute de alineatele precedente.

Dispoziţiile prezentului articol se vor aplica şi în viitor din 5 în 5 ani după procedura de mai sus.

Niciun profesor nu poate deţine în acelaşi timp mai mult de o catedră în învăţământul superior şi, în afară de catedră cu anexele ei, nu poate deţine mai mult de un institut sau o clinică.

Se exceptează membrii activi ai Academiei Române.

CAPITOLUL IV.

Şcolile speciale.

Art. 25. — Şcolile speciale sunt şcoli de învăţământ intermediar între învăţământul superior şi cel secundar. Ele sunt conduse de un director numit de ministru.

Profesorii şcolilor speciale sunt asimilaţi cu conferenţiarii universitari: maeştrii, cu asistenţii universitari.

Recrutarea profesorilor şi maeştrilor dela aceste şcoli se face numai prin concurs sau transferare, după criteriile admise, la învăţământul superior.

Condiţiile de înscriere în aceste şcoli, precum şi organele de control vor fi indicate într'un regulament care va fi elaborat de Ministerul Educaţiunii Naţionale.

Sunt şcoli speciale: Academiile teologice, Institutul de educaţie fizică din Bucureşti, Academiile de arte frumoase din Bucureşti şi Iaşi, Academiile de muzică şi artă dramatică din Bucureşti, Cluj şi Iaşi, Academia de muzică religioasă din Bucureşti şi Şcoala de arhivistică din Bucureşti.

CAPITOLUL V.
Dispoziţiuni finale.

Art. 16. — Toţi membrii corpului didactic şi ajutător, legal numiţi, îşi păstrează drepturile câştigate potrivit legilor în vigoare.

Locurile bugetare ocupate actualmente, dar care nu figurează în tabelele anexate, vor fi desfiinţate în momentul când vor deveni vacante.

Cu începerea anului şcolar 1938/939, se vor preda la facultăţi şi la celelalte şcoli de învăţământ superior şi special, numai cursurile corespunzătoare catedrelor din tabloul prezentei legi. Profesorii vor înainta ministerului, prin decanat, planul sumar al acestor cursuri.

Studenţii vor fi obligaţi să treacă examene numai la aceste materii.

Profesorii dela catedrele desfiinţate vor fi încadraţi precum urmează:

a) La catedrele de specialitate vacante în aceeaşi facultate sau şcoală specială, în ordinea vechimei la catedră a profesorilor;

b) In lipsă de vacanţe la aceeaşi facultate sau şcoală specială, profesorii mai noi numiţi pot cere, după avizul universităţii sau al şcoalei speciale respective, să fie însărcinaţi de minister să facă cursuri la orice altă catedră de aceeaşi de aceeaşi specialitate, vacanăt la facultăţile sau la şcolile speciale din ţară. Ei vor avea dreptul de preferinţă să reocupe o catedă de specialitate, devenită vacantă la facultatea sau la şcoala specială de origine;

c) In cazul când nici prin această procedură n'ar putea fi încadraţi toţi profesorii dela catedrele desfiinţate, ei rămân încadraţi la catedrele actuale. In acest caz profesorii vor face acelaşi curs, iar studenţii vor fi împărţiţi în grupe egale.

Conferenţiarii se încadrează la conferinţele prevăzute în legea de faţă, ţinând seamă de specialitate şi vechime, după normele prevăzute pentru profesori.

Incadrările se vor face de către Ministerul Educaţiei Naţionale, pe baza avizului motivat al Consiliului Interuniversitar. Dacă acest aviz nu va fi prezentat în termen de 30 zile dela convocare, Ministerul va face lucrarea din oficiu.

Docenţii prevăzuţi la art. 83, al. IX, din legea înv. superior dela 1932, care au trecut examenele şi au făcut curs timp de 3 ani, vor fi declaraţi conferenţiari definitivi.

De asemenea sunt confirmaţi conferenţiari definitivi actualii conferenţiari onorifici dela medicină, care au trecut examen de docenţă şi au făcut curs cel puţin trei ani.

Conferenţiarii prevăzuţi în alineatele precedente, vor ocupa în ordinea vechimei, locurile bugetare vacante.

Ei însă au dreptul oricând a se prezenta la concursul pentru profesori.

Actualii conferenţiari provizorii şi profesorii agregaţi, vor fi titularizaţi în condiţiile legii sub imperiul căruia au obţinut gradul.

Art. 17. — La catedrele vacante pentru care nu sunt conferenţiari de specialitate îndreptăţiţi să se prezinte la concurs, vacanţele vor fi ocupate prin suplinire de profesori dela specialităţile înrudite, iar, în lipsa acestora, de şefii de lucrări sau de lectorii definitivi, care au funcţionat efectiv cel puţin 5 ani, la specialitatea catedrei vacante.

Niciun profesor nu va putea suplini decât o singură catedră şi numai pe timp de doi ani.

Conferinţele vacante vor fi suplinite, fie de un alt conferenţiar de aceeaşi specialitate, sau, în lipsă, de specialităţi înrudite, fie de cei care ar avea dreptul să se prezinte la concursul de conferenţiar, potrivit art. 6.

La catedrele vacante unde nu sunt conferinţe de specialitate pentru a se putea recruta profesorii respectivi, se vor ţine, după procedura indicată la art. 6, concursuri de conferenţiari fără prevedere bugetară.

Conferenţiarul reuşit la acest concurs va fi însărcinat cu suplinirea catedrei, fiind plătit din alocaţia bugetară a acesteia.

După doi ani de suplinire efectivă, acest conferenţiar va putea trece examenul de profesor, după normele stabilite la art. 5.

Art. 18. — Universităţile şi celelalte şcoli de învăţământ superior, acordă titlul de doctor sau doctori inginer, după prevederile legilor în vigoare, pe bază de concursuri sau lucrări organizate prin regulamente.

La Facultăţile de Medicină, se va putea da şi titlul de medic specialist. Pregătirea de specializare va trebui să se facă prin cursuri şi lucrări, cu o durată de cel puţin doi ani.

Toate cursurile şi lucrările din precedentele alineate, se vor face pe viitor de perosnalul didactic şi ajutător, prevăzut în cadrele fixate de legea actuală.

Art. 19. — Rectorii se numesc prin decret regal după o listă de prezentare de 3 candidaţi desemnaţi de toţi profesorii Universităţii.

Decanii se numesc prin decret regal după o listă de prezentare de 3 candidaţi desemnaţi de profesorii fiecărei facultăţi.

Vor fi prezentaţi profesorii care au dobândit cele mai multe voturi.

Pentru Decanat, profesorii vor avea o vechime de cel puţin 6 ani ca titulari, iar pentru Rectorat o vechime de cel puţin 10 ani ca titular.

Mandatul lor poate fi reînoit după o nouă prezentare.

Durata mandatului în ambele cazuri, este de trei ani.

In timp de 30 zile dela apariţia prezentei legi, se vor face propuneri de Rectori şi Decani, în conformitate cu prevederile de faţă.

Art. 20. — In termen de 2 luni dela promulgarea prezentei legi, Consiliile de Facultate îşi vor pune de acord Regulamentele cu prevederile legii de faţă. Aceste regulamente vor fi aprobate de Ministerul Educaţiunii Naţionale, convocându-se Decanii Facultăţilor similare, spre a se asigura, pe cât posibil, regulamente unitare în vederea circulaţiei studenţilor între diferitele facultăţi.

Prin-trun regulament se va face raţionalizarea şi încadrarea personalului administrativ, tehnic şi de serviciu dela Universităţi şi din învăţământul superior.

Toate dispoziţiile din legi şi regulamente, care contravin prezentei legi, sunt şi rămân abrogate.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dat în Bucureşti la 3 Noemvrie 1938.

CAROL.

*

REFERATUL CĂTRE CONSILIUL DE MINIŞTRI

Proiectul de faţă urmăreşte, pe deoparte, o mai bună recrutare a corpului didactic din Universităţi şi din şcolile de învăţământ superior, iar, pe de alta, o pregătire mai serioasă a studenţilor.

In privinţa recrutării profesorilor, expeienţa a doveditr că hotărîrile miniştrilor, ca şi hotărîrile Consiliilor la chemările directe din afara corpului didactc, n'au fost prea fericite. Influenţele politicei de partid, ca şi alcătuirea de grupuleţe legate prin interese familiare sau de altfel, s'au desvoltat prin sistemul de necrurate din trecut.

De aceea, prezentul proiect de lege a adoptat concursul socotind că acesta poate fi sistemul cel mai drept prin controlul de publicitate, ca şi prin înlesnirea liberei concurenţe între candidaţii cei mai bine pregătiţi. Ca măsură de prevedere, am stabilit reguli cât mai precise de alcătuirea Comisiunilor de concurs, pe temei de egalitate între facultăţi sau şcolile identice, dând precăderea specialiştilor.

De asemeni, am reintrodus dreptul la transferare al profesorilor, dintr'o instituţie de învăţământ superior într'alta, sub garanţia unei Comisii restrânsă de specialişti dintre care unul va fi tras la sorţi.

In toate cazurile, s'a impus motivarea şi publicarea hotărîrilor la numirile de profesori pentru ca ministerul să poată exercita un control mai direct asupra acestor hotăriri.

Proiectul fixând, apoi, cadrul posturilor didactice, a pus o frână inflaţiei fără sfârşit care nu servea nici la desvoltarea propriu zisă a ştiinţei, nici la buna pregătire a studenţilor.

Intr'adevăr, din pricina programelor încărcate cu un personal prea numeros, studenţii nu mai puteau asista la toate lucrările şi, adeseori, renunţau din această

pricină, la orice muncă serioasă. Se înţelege că, în unele cazuri, programele prea încărcate pe hârtie nu erau îndeplinite în realitate şi, astfel, devenea un prilej de anarhie spirituală în rândurile studenţimii, prin pilda rea a corpului didactic.

De aceea, proiectul de faţă a mai introdus măsuri speciale de **control** asupra activităţii productive a profesorilor şi a conferenţiarilor, în câmpul specialităţii lor, printr'o verificare periodică, din cinci în cinci ani, începând cu eliminarea celor care au dovedit oboseală sau pierderea inspiraţiei în cei din urmă cinci ani.

In sfârşit, trebue subliniat că toate măsurile s'au luat cu deplina respectare a drepturilor câştigate prin **reîncadrarea** celor care vor rămânea fără post, pe urma operaţiei de **deflaţie** a învăţământului universitar şi superior.

Am convingerea că ţara, învăţământul public şi ştiinţa românească vor avea de câştigat pe urma măsurilor de faţă.

Preşedintele Consiliului de Miniştri, **Miron, Patriarhul României.**

Ministrul educaţiunii naţionale, ad-interim, **Armand Călinescu.**

Ministrul finanţelor, **Mircea Cancicov.** Ministrul justiţiei, **Victor Iamandi.**

*

TABEL

de CATEDRELE şi CONFERINŢELE dela FAC. DE MEDICINĂ din Bucureşti, Cluj şi Iaşi

Nr.	DISCIPLINE FUNDAMENTALE	Catedre			Conferinţe			Observaţii
		Buc.	Cluj	Iaşi	Buc.	Cluj	Iaşi	
1	Anatomie descriptivă	1	1	1	1	—	1	La Cluj şi Iaşi catedre de Anatomie descriptivă şi topografică.
2	Chimie generală medicală şi chimie biologică	1	1	1	1	1	—	
3	Zoologie medicală şi parazitologie	1	—	—	—	—	—	
4	Histologie şi embriologie	1	1	1	—	—	1	
5	Fiziologie şi fizică medicală	1	1	1	1	1	1	
6	Anatomie patologică	1	1	1	1	—	—	
7	Bacteriologie	1	1	1	—	—	—	
8	Patologie generală şi experimentală	1	1	1	1	—	—	
9	Igienă şi medicină preventivă	1	1	1	—	1	1	
10	Farmacologie	1	1	1	—	—	—	
11	Clinica medicală I	1	1	1	—	—	—	
12	Clinica medicală II (Semiologie)	1	1	1	1	—	—	
13	Clinica medicală III (Terapeutică)	1	—	1	—	—	—	
14	Clinica chirurgicală (Semiologie)	1	1	1	1	—	—	
15	Clinica chirurgicală şi ortopedică	1	—	1	—	—	1	
16	Clinica chirurgicală şi boalele căilor urinare	1	1	1	1	—	—	
17	Clinica chirurgicală, terapeutică şi operatoare (anatomie topografică	1	—	—	—	—	—	
18	Clinica obstetricală şi ginecologică	1	1	1	1	—	—	
19	Clinica dermatologică şi sifiligrafică	1	1	1	1	—	—	
20	Clinica infantilă şi puericultura	1	1	1	1	—	1	Pediatrie
21	Clinica neurologică şi endocrinologia	1	1	1	1	—	1	
22	Clinica psihiatrică	1	1	—	—	—	—	
23	Clinica oftalmologică	1	1	1	1	—	—	
24	Clinica balneologică şi dietetică	1	1	—	—	—	—	
25	Clinica otorinolaringologică	1	1	1	1	—	—	
26	Clinica boalelor contagioase	1	—	—	—	1	1	
27	Clinica stomatologică	1	1	—	—	—	1	
28	Medicina legală	1	1	1	—	—	—	
29	Radiologie	—	1	1	1	—	—	
	Total	28	24	23	15	4	9	

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

Profesorii Facultăţilor de medicină
dela Bucureşti, Cluj şi Iaşi

In conformitate cu legea de raţionalizare a învăţământului universitar, Profesorii Facultăţilor de Medicină din ţară au fost încadraţi în modul următor:

I. FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREŞTI.

1. Anatomie umană: Prof. D-r **Fr. Rainer.**
2. Chimie generală medicală şi chimie biologică: Prof. D-r **V. Ciocâlteu.**
3. Zoologie medicală şi parazitologie: Prof. D-r **G. Zotta.**
4. Histologie şi embriologie: Prof. D-r **I. T. Niculescu.**
5. Fiziologie şi fizică medicală: Prof. D-r **I. Nitescu.**
6. Anatomie patologică: Prof. D-r **Emil Crăciun.**
7. Bacteriologie: Prof. D-r **Mihail Ciucă.**
8. Medicină experimentală şi patologie generală: Prof. D-r **C. Ionescu-Mihaeşti** şi Prof. D-r **D. Combiescu.**
9. Igienă şi medicină preventivă: Prof. Dr. **D. Mezincescu.**
10. Farmacologie: Prof. Dr. **S. Lallu.**
11. Clinica medicală I: Prof. D-r **D. Danielopolu.**
12. Clinica medicală II (Semiologie): Prof. D-r **A. Dobrovici** şi Prof. D-r **N. G. Lupu.**
13. Clinica medicală III (Terapeutică): Prof. D-r **D. Dumitrescu-Mante.**
14. Clinica chirurgicală: Prof. D-r **A. Jianu.**
15. Clinica chirurgicală: Prof. D-r **I. Iacobovici.**
16. Clinica chirurgicală şi boale căilor urinare: Prof. D-r **N. Hortolomei.**
17. Clinica chirurgicală, terapeutică şi operatorie (anatomie topografică): Prof. D-r **Traian Nasta.**
18. Clinica obstetricală şi ginecologică: Prof. D-r **C. Daniel** şi Prof. D-r **N. Zaharescu-Karaman.**
19. Clinica dermatologică şi sifiligrafică: Prof. D-r **Ştefan Nicolau.**
20. Clinica infantilă şi puericultură: Prof. D-r **T. Gane.**
21. Clinica neurologică şi endocrinologie: Prof. D-r **C. Parhon** şi Prof. D-r **N. Ionescu-Siseşti.**
22. Clinica psihiatrică: Prof. D-r **P. Tomescu.**
23. Clinica oftalmologică: Prof. D-r **D. Manolescu.**
24. Clinica balneologică şi dietetică: Prof. D-r **G. Băltăceanu.**
25. Clinica oto-rino-laringologică: Prof. D-r **N. Meţianu.**
26. Clinica boalelor contagioase: Prof. D-r **Th. Mironescu.**
27. Clinica stomatologică: **vacantă.**
28. Medicina legală: **vacantă.**

II. FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN CLUJ.

1. Anatomie umană: Prof. D-r **Victor Papilian.**
2. Chimie generală medicală şi chimie biologică: Prof. D-r **I. Manta.**
3. Histologie şi embriologie: Prof. D-r **I. Drăgoi.**
4. Fiziologie şi fizică medicală: Prof. D-r **Grig. Benetato.**
5. Anatomie patologică: Prof. D-r **Titu Vasiliu.**
6. Bacteriologie: Prof. D-r **Vitold Baroni.**
7. Patologie generală şi experimentală: Prof. D-r **Mihail Botez.**
8. Igienă şi medicină preventivă: Prof. D-r **Iuliu Moldovan.**
9. Clinica medicală I: Prof. D-r **Iuliu Haţiegan.**
10. Clinica medicală II (Semiologie): Prof. D-r **Ion Goia.**
11. Clinica chirurgicală (Semiologie): Prof. D-r **Alex. Pop.**
12. Clinica chirurgicală şi boalele căilor urinare: Prof. D-r **Emil Ţeposu.**
13. Clinica obstetricală şi ginecologică: Prof. D-r **Gr. Grigoriu.**
14. Clinica dermatologică şi sifiligrafică: Prof. D-r **Coriolan Tătaru.**
15. Clinica infantilă şi puericultura: Prof. D-r **Gh. Popovici.**
16. Clinica neurologică şi endocrinologică: Prof. D-r **Ion Minea.**
17. Clinica psihiatrică: Prof. D-r **C. Urechia.**
18. Clinica oftalmologică: Prof. D-r **D. Mihail.**
19. Clinica balneologică şi dietetică: Prof. D-r **Marius Sturza.**
20. Clinica oto-rino-laringologică: Prof. D-r **G. Buzoianu.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

21. Medicina legală: Prof. D-r Mihail Kernbach.
22. Clinica stomatologică: Prof. D-r Ion Aleman.
23. Radiologie: Prof. D-r D. Negru.
24. Istoria medicinii (cursuri libere): Prof. D-r V. Bologa.
25. Farmacologie: vacantă.

III. FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN IAŞI.

1. Anatomie umană: Prof. D-r Gr. T. Popa şi Prof. D-r I. Nubert.
2. Zoologie medicală şi parazitologie: Prof. D-r V. Nitzulescu.
3. Histologie şi embriologie: Prof. D-r Al. Ţupa.
4. Fiziologie şi fizica medicală: Prof. D-r V. Răşcanu.
5. Patologie generală şi experimentală: Prof. D-r I. Nicolau.
6. Higiena şi medicina preventivă: Prof. D-r I. Bălteanu.
7. Farmacologie: Prof. D-r V. Troteanu.
8. Clinica medicală I: Prof. D-r P. Niculescu.
9. Clinica medicală II (semiologie): Prof. D-r G. Tudoranu.
10. Clinica medicală III (terapeutică): Prof. D-r I. Enescu.
11. Clinica chirurgicală (semiologie): Prof. D-r I. Tănăsescu şi Prof. D-r V. Buţureanu.
12. Clinica chirurgicală şi ortopedică: Prof. D-r Al. Cosăcescu.
13. Clinica chirurgicală şi boalele căilor urinare: Prof. D-r M. Ştefănescu-Galaţi şi Prof. D-r Al. Moruzi.
14. Clinica obstetricală şi ginecologică: Prof. D-r E. Aburel.
15. Clinica dermatologică şi sifiligrafică: Prof. D-r E. Mironescu.
16. Clinica neurologică şi endocrinologică: Prof. D-r L. Balif.
17. Clinica oftalmologică: Prof. D-r E. Puşcariu.
18. Medicina legală: Prof. D-r N. Bălan.
19. Radiologia: Prof. D-r E. Radu.
20. Clinica oto-rino-laringologică: vacantă.
21. Chimie generală medicală şi chimie biologică: vacantă.
22. Anatomie patologică: vacantă.
23. Bacteriologie: vacantă.
24. Clinica infantilă şi puericultura vacantă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

*

Realizări în domeniul sănătăţii publice

D-l medic general D-r N. Marinescu, Ministrul Sănătăţii şi Asistenţei Sociale, a ţinut la Radio o conferinţă vorbind despre realizările făcute în domeniul sănătăţii publice, în cursul anului 1938:

Acţiunea sanitară ce se desfăşoară de mai bine de opt luni de zile pe tot cuprinsul ţării noastre, a fost inspirată de grija pe care M. S. Regele Carol al II-lea o poartă sănătăţii poporului său.

Această acţiune a mobilizat întregul aparat sanitar al Ministerului Sănătăţii Publice, aparat în mare parte demoralizat şi desorganizat de vicisitudinile unei vieţi din trecut.

Dar, pe lângă această mobilizare, s'a apelat la colaborarea tuturor departamentelor şi instituţiilor de stat sau particulare, care înţelegând valoarea aportului pe care îl vor aduce în sprijinul sănătăţii publice au răspuns toate, făcând să se simtă o solidaritate a conştiinţei naţionale în interesul superior al ţării, solidaritate care sta ascunsă până acum.

O conştiinţă nouă se trezeşte, un sentiment unanim de apărare începe să însufleţească o dorinţă care tinde către realizări mai repezi, o dorinţă pentru ridicarea standardului de viaţă la noi în ţară devine manifestă.

Aceasta fiind starea sănătăţii poporului nostru, era absolută nevoe de o verificare şi verificarea s'a făcut.

In tot cuprinsul ţării noastre, în sat cu sat şi în casă cu casă, a pătruns medicul, care pentru prima oară venea în contact cu realităţile, care pentru prima oară îşi cunoştea obiectul prezenţei lui şi însărcinării lui.

O echipă de 40 de medici sub conducerea unui din cei mai distinşi medici, cu o pregătire desăvârşită primită în America, pentru lucrări de această natură, a întocmit evidenţa sanitară a tuturor comunelor dintre Prut şi Nistru şi o parte

din judeţele din nordul Moldovei, echipă care în urmă s'a desprins, iar medicii după această pregătire au fost răspândiţi pe toată suprafaţa ţării pentru a iniţia şi seconda întreg personalul medical al aparatului de stat, la întocmirea evidenţei sanitare a întregei ţări.

2242 medici şi 5548 de persoane aparţinând personalului sanitar auxiliar: agenţi sanitari, moaşe, surori de ocrotire, au acţionat pe tot cuprinsul acestei ţări timp de două luni de zile, August şi Septembrie, au lucrat, cercetând zi cu toate problemele puse prin programul stabilit de către minister în cadrul teritoriului în care au fost puşi să acţioneze, îndeplinindu-şi această înaltă datorie şi încheind o activitate cu rezultate ce se pot uşor aprecia.

După o propagandă bine susţinută printr'un număr de 9107 conferinţe, conferinţe ţinute cu scopul de a iniţia întreaga populaţiune a ţării noastre asupra scopului urmărit, conferinţe cari au avut darul nu numai să iniţieze, dar să convingă şi să însufleţească pe toată lumea la această acţiune, s'a putut ajunge la următoarele realizări:

Au fost vizitate, curăţite şi desinfectate 3.140.840 de locuinţe, adică mai bine de trei sferturi din cele existente în toată ţara; au fost construite 19.057 de fântâni; 754.837 de latrine şi 446 km. de şanţuri; au fost asanate şi desfundate 292.759 de fântâni şi 22.047 de bălţi; au fost curăţate 1.238.321 de curţi, 676.950 de grajduri şi 7977 km. de şanţuri.

Cei 2242 de medici au examinat 7.769.434 de persoane, adică mai bine de o treime din populaţia ţării.

Cu ajutorul celor 25 de trenuri-băi au fost îmbăiate 1.410.027 de persoane şi au fost deparazitate 1.316.988 persoane.

S'au dat medicamente gratuit, la 725.715 persoane, s'au făcut 316.328 de inoculări şi injecţiuni terapeutice, s'au făcut 47.547 de examinări radiologice.

Activitatea echipelor de medici specialişti.

Cu începutul lunei Octombrie, Ministerul Sănătăţii Publice se hotărăşte să întreprindă o anchetă de profunzime a sănătăţii poporului nostru şi în acest scop organizează echipe de medici specialişti, care pornesc în fiecare Duminecă din capitalele de judeţ la diferite spitale rurale din cuprinsul judeţului.

Digitized by Universitatea Babeş-Bolyai Cluj

In acest scop s'a făcut apel la sentimentele deosebite ale corpului medical, care, fie că au făcut parte din aparatul de Stat, fie că erau simpli practicieni, au acceptat cu cea mai mare însufleţire să-şi petreacă zilele de sărbători în mijlocul populaţiunei rurale pentru binele şi îngrijirea sănătăţii ţărănimei noastre.

Paralel cu această acţiune s'a format comitetul interministerial pentru studiul alimentaţiunei la noi în ţară, studiu, care s'a aplicat în 4 judeţe: Turda, Argeş, Romanaţi şi Lăpuşna şi care va permite ministerului să se documenteze asupra acestui capitol important, care interesează viaţa populaţiunei dela ţară.

O coloborare preţioasă a încercat-o în anul acesta Ministerul Sănătăţii Publice cu Ministerul Apărării Naţionale şi împreună cu care s'a realizat o asanare a zonei manevrelor, asanare care a asigurat trupelor ce au luat parte la aceasta, o perfectă stare sanitară cu rezultate dintre cele mai mulţumitoare şi de care publicul a luat cunoştinţă.

O altă colaborare, care a adus incontestabil un aport preţios pentru ridicarea şi apărarea sănătăţii publice, a fost aceea a echipelor Fundaţiilor Regale, a căror realizări sunt o preţioasă contribuţiune şi pentru care ministerul sănătăţii păstrează o deosebită recunoştinţă.

Maladiile infecto-contagioase.

Problema maladiilor infecto-contagioase, atât de importantă cât şi de gravă la noi în ţară, ne-a preccupat în deosebi. Tifosul exantematic, care la începutul lunei Aprilie se prezenta cu un număr de 508 cazuri pe tot cuprinsul ţării, în acelaşi timp boala care ameninţă în modul cel mai serios sănătatea publică atât prin numărul mare de cazuri cât şi prin gravitatea şi mortalitatea lor.

Un studiu amănunţit a dovedit:

Că această boală îşi are punctul său de origină în Basarabia. Că în Basarabia numărul cel mai mare de bolnavi îl fac copii, care fac de obicei o formă uşoară, iar adulţii sunt în majoritate imuni, imunitate căpătată prin faptul că au făcut boala în copilărie şi ca atare, ei nu sunt periculoşi, decât că sunt purtători de paraziţi infectaţi şi propagarea bo'i urmează direcţiunea căilor de comunicaţii.

Cu concursul preţios al căilor ferate care şi-a organizat staţiuni de depo-

razitare şi băi în nodurile de căi ferate din Basarabia, staţiuni de deparazitare a vagoanelor de călători la punctele terminus, trenuri băi şi staţiuni de deparazitare la trecerile liniilor ferate pentru Prut şi instituirea unui control riguros al pasagerilor în timpul transportului alături cu punerea în funcţiune a tuturor mijloacelor locale de către organele Ministerului Sănătăţii Publice, înfiinţarea cordonului sanitar pe Prut şi construirea şi punerea în funcţiune a 27 staţiuni de băi şi deparazitare în punctele de trecere peste Prut pentru ca nici un călător să nu poată trece mai departe neverificat şi nedeparazitat, s'a putut ajunge ca epidemia să fie stânjenită, numărul cazurilor să se micşoreze, aşa încât, ceea ce nu s'a întâmplat încă până acum o lună, să nu avem niciun caz de tifos exantematic în nici o localitate din ţară.

Azi sunt 24 de cazuri de tifos exantematic, mai toate localizate într'un singur ţinut, unde s'a putut determina calea de propagare, pornind dela Soroca la Bălţi-Ungheni şi ajungând la Iaşi.

Scarlatina, care se găseşte răspândită pe toată suprafaţa ţării, ajungând în unele judeţe să ia un caracter endemic, a fost atacată anul acesta pentru prima oară în mediul rural, trecându-se dela încercările timide de vaccinare la unele şcoli din oraşe, vaccinaţiunea în massă în mediul rural, deocamdată în scop curativ pentru ca încet să se pregătească şi mentalitatea poporului de a primi vaccinaţiunea preventivă.

Febra tifoidă şi disenteria, care la noi în ţară a luat caracter sezonier, în anul acesta, în urma asanării surselor de apă, în urma numărului enorm de latrine construite şi în urma inoculărilor făcute, se găsesc în mare regres faţă de trecut.

Epidemia de cărbune care începuse să ia proporţii, graţie măsurilor luate în colaborare cu serviciul veterinar, a scăzut simţitor.

Pentru o mai bună asistenţă a celor muşcaţi de câini turbaţi, s'au creat 30 noui centre de tratament în toată ţara, în scopul de a oferi un tratament cât mai repede şi cât mai apropiat de momentul şi de locul unde oamenii au fost muşcaţi.

Chestiunea boalelor sociale.

Biblioteca Universitară Central University Library Cluj

In privinţa boalelor sociale s'a continuat opera începută de comisia interministerială pentru asanarea malarică, punându-se în studiu noui regiuni ce trebuesc să intre în planul de lucru al acestei comisiuni. Se vor înfiinţa noui staţiuni antimalarice la Tulcea, Reni şi Satu Mare.

S'au adăugat în anul acesta 3 preventorii pentru combaterea tuberculozei la copii, la Iaşi, Tg.-Ocna şi Curtea de Argeş, se va da fiinţă la 4 spitale de izolare pentru tuberculoze deschise şi s'a pus în construcţie sanatoriul dela Curtea de Argeş.

Sifilisul este obiectul profilaxiei şi îngrijirei echipelor de specialişti, care depistează şi tratează fie pe loc, fie prin internare în spitale centrale bolnavii.

Pelagra, căreia nu-i erau rezervate în ţară decât 200 locuri, va avea un spital nou de pelagroşi la Piteşti cu o capacitate până la 400 de paturi.

Cât despre lepră, un pavilion pus la punct din toate punctele de vedere ştiinţific, este în curs de construcţie la Tichileşti.

Va lua fiinţă un centru pentru canceroşii neoperabili şi s'a intervenit la Eforia spitalelor civile pentru ca să ia fiinţă un serviciu pentru cancere operabile.

Un apel adresat ţărei întregi, apel sortit să pue în evidenţă o îngrijorare de viitor, a avut un ecou în poporul nostru şi am mărturia, nu numai a sentimentelor acelora cari au simţit această gravă problemă, dar şi materializarea lor, care un sprijin moral întregei acţiuni şi posibilităţi materiale de ajutorare, acolo unde lipsurile sunt mari şi suferinţa este mai adâncă.

Protecţia mamei şi copilului.

De aceea opera binefăcătoare a asistenţei publice va trebui să fie încadrată printr'o lege, care a întârziat prea mult pentru ca să apară.

Cele 50 de circumscripţii rurale ce au luat fiinţă în anul acesta, au diminuat sarcina medicilor cari activează în mediul rural, mai ales acolo unde erau împovăraţi de un număr prea mare de comune, şi mai aes acolo unde din cauza situaţiei geografice a lor, accesul este greu, cu atât mai mult cu cât drumurile lipseau.