ANUL XII-lea, No. 3—4 MARTIE-APRILIE 1939

MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ

REVISTĂ LUNARĂ DE MEDICINĂ GENERALĂ

SUMARUL

Pag.

Cronica medicală 121

† Prof. D-r D. GEROTA (1867—1939) 123

EXPLORAREA FUNCŢIONALĂ IN PATOLOGIE

Prof. D-r S. NICOLAU: PROBELE FUNCTIONALE IN DERMATOLOGIE *(Partea I)* 125

Conf. P. VANCEA: PROBELE FUNCTIONALE IN OFTALMOLOGIE *(Partea II-a)* 136

LUCRĂRI ORIGINALE

Prof. AL. SLĂTINEANU, I. NIŢULESCU şi M. SIBI: PELAGRA IN ROMANIA 148

M BLECHMANN et I. GOLOGAN: LES LAVAGES DE PLEVRE DANS LES PLEURÉSIES SEPTIQUES ET FISTULISÉES ET SERO-FIBRINEUSES, AU COURS DU PNEUMOTHORAX THÉRAPEUTIQUE — MODIFICATION DE LA TECHNIQUE . . . 166

P. I. COSAC: RAPORT DE PRELUCRARE A MATERIALULUI SI DE REZULTATELE OBTINUTE IN CAMPANIA SANITARA DIN AUGUST SI SEPTEMBRIE 1938 . . 176

P. GRAUR: SIFILISUL SI TRAUMATISMUL 184

GR. GR. IAMANDI, D BRĂNIŞTEANU şi MELICA: TRATAMENTUL RADICAL AL OXIUROZEI PRIN ENTEROCLIZME ALUMINATE 190

D. TĂNĂSESCU şi GH. OTOPEANU: REACTIUNEA IMUNO-BIOLOGICA (D-R MESTER) IN SINDROMUL REUMATISMAL 194

CAZURI CLINICE

Doc. D-r V. CERCHEZ: REZORBTIA SPONTANA A CATARACTEI TRAUMATICE (INFLUENTA SARCINEI) 213

N. CIUREA: UN CAZ DE AMAUROZA BILATERALA LA UN COPIL DE 5 ANI IN URMA ADMINISTRAREI DE FILIS MAS SI OLEU RECIN 220

ISTORIA MEDICINEI

V GOMOIU: UN NUOVO CONTRIBUTTO ALLA CONSCENZA DEI RAPPORTI MEDICALI FRA ITALIA E ROMANIA 225

C-TIN MANEA: GENERALUL D-R ALEXANDRU PAPIU 232

AL. MANOLESCU: COMEMORAREA D-RULUI I. GLICSMAN-YGREC . . . 235

B. LĂZĂREANU: PRIVITOR LA D-R YGREC . . 237

(Urmare pag. 2 cop.)

BCU Cluj / Centrala

53.342 SCRISUL ROMÂNESC, CRAIOVA

Pag.

LECŢIE INAUGURALĂ.

Prof. D-r N. IONESCU-SISEŞTI: LECŢIA INAUGURALA LA CATEDRA DE NEUROLOGIE DELA FAC. DE MED. DIN BUCURESTI 239

PROGRAM DE ACTIVITATE LA FAC. DE MEDICINĂ

Prof. D-r D. MEZINCESCU: PROGRAMUL DE ACTIVITATE LA CONDUCEREA FACULTAŢEI DE MEDICINA DIN BUCUREŞTI 244

Cărţi — Monografii — Teze

LUCRĂRI STRĂINE

NOEL FIESSINGER, HENRI-RENÉ OLIVIER ET MAURICE HERBAIN: **Les Diagnostics Biologiques.** — Librairie Maloine, Paris, Prix: 195 fr. broché, 215 fr. cartonné 249

HERMAN ZONDEK; traduction par M. Docteur MARCEL FILDERMAN: **Les affections des glandes endocrines et leur traitement.** — Librairie Maloine, Paris. Prix: 220 fr. broché, 240 fr. cartonné 251

LOUIS GIRARD: **Atlas d'Anatomie et de Médecine opératoire du labyrinthe osseux.** — Librairie Maloine, Paris. Prix: 125 fr. broché, 150 fr. cartonné 253

PROSPER MERKLEN et ROBERT WAITZ: **Atlas d'Hématologie.** — Librairie Maloine, Paris 254

L. DELHERM et H. MOREL KAHN: **Les principales positions utilisées en radiographie (technique, indications, resultats).** — Librairie Maloine, Paris. Prix: 120 fr. broché, 140 fr. cartonné 255

HERVÉ HARANT: **Parasitologie Médicale.** — Librairie Maloine, Paris. Prix: 1 volume 18 fr. 256

L. PRON: **La pratique des Malades de l'Estomac.** — Librairie Maloine, Paris. Prix: 18 fr. . . . 256

BCU Cluj / Central University Library Cluj

II

COMITETELE DE DIRECŢIE, REDACŢIE ŞI DE COLABORATORI *49*

Din „SUMARUL" No. viitoare *50*

TABLA PUBLICITAŢII CASELOR FARMACEUTICE *51*

ANALIZE *52*

LUCRĂRI PRIMITE LA REDACŢIE *53*

CONDIŢIUNI DE PUBLICITATE ŞI ABONAMENT *54*

DIVERSE — INFORMAŢIUNI *97*

Redacţia şi Administraţia:

„Mişcarea Medicală Română"

Str. Sf-ţi Arhangheli, 9

Cralova — România

CRONICA MEDICALĂ

PRINCIPIILE DE BAZĂ IN ORGANIZAREA SPITALELOR

D-l Profesor D-r D. Danielopolu, în cuvântarea rostită cu prilejul Inaugurării spitalului Elias din Bucureşti, în ziua de 1 Martie a. c., spital clădit din fondurile Fundaţiei Jacques Elias şi cu a cărei organizare medicală şi conducere a fost însărcinat, expune **Principiile de bază a organizării acestui spital**, principii cari pot servi de model organizării în viitor a oricărui spital:

Unul din principiile de organizare a Spitalului, este **colaborarea strânsă între serviciul de bolnavi internaţi şi serviciul de consultaţiuni.** Un bolnav care vine la consultaţiune, sau care intră în spital, nu este pierdut din vedere tot timpul cât el este bolnav; şi aceasta chiar în bolile cronice. Dar el nu este păstrat în serviciu, decât atât timp cât boala are nevoe de internare. Deaceea serviciul nostru, destinat bolnavilor internaţi, va permite ospitalizarea în cursul unui an a unui număr de cel puţin dublu de bolnavi, decât în celelalte spitale în care nu există nici-o colaborare între serviciu şi ambulatoriu. **Organizarea consultaţiunilor noastre, ce** vom întinde încetul cu încetul **la cât mai multe specialităţi,** făcută astfel încât să putem urmări în mod periodic luni şi ani, după nevoe, bolnavii noştri şi să nu-i internăm decât atunci când este nevoe absolută şi numai pentru un timp limitat, — ne va permite să fim utili unui număr mult mai mare de bolnavi decât serviciile neprevăzute de această organizare.

Dacă facem o anchetă în serviciile spitaliceşti obişnuite, găsim că **trei sferturi din cei ce ocupă paturi ar putea fi îngrijiţi la consultaţii.** De altă parte, odată eşiţi din spital, nimeni nu-i mai urmăreşte, boala se agravează şi clientela de spital creşte. Am organizat consultaţii la diferitele specialităţi astfel, **încât observaţiunea medicală să fie ţinută la curent cu toate datele obţinute la fiecare vizită a bolnavului,** şi să putem institui un **tratament periodic** aşa de necesar în afecţiunile cronice.

In această concepţiune de organizare, realizată în spitalul nostru, am putea spune că **serviciul de bolnavi internaţi este o anexă a consultaţiilor,** iar nu consultaţiunea o anexă a spitalului.

Expunerea continuă şi o vom reproduce integral; pentru moment ne oprim la **Organizarea Serviciului de Consultaţiuni,** căci importanţa unui Serviciu de Consultaţiuni, autonom sau funcţionând pe lângă un spital sau serviciu spitalicesc, este de ordin capital.

In concepţia D-lui Prof. Danielopolu „Serviciul de bolnavi internaţi este o anexă a consultaţiilor, iar nu consultaţiunea o anexă a spitalului".

Împărtăşim întocmai această concepţie a D-lui Prof. Danielopolu, care şi în organizarea spitalelor, caşi în acea a învăţământului medical superior expusă la Congresul Presei Medicale Latine de la Veneţia în 1936, şi în a organizării corporaţiei medicale făcută în calitate de Preşedinte al Asociaţiei Generale a Medicilor din România — a expus la timp cele mai salutare principii.

Ca Şef de Serviciu am căutat să dau consultaţiilor o extensiune cât mai mare, internând bolnavii numai când este de strictă nevoe şi cât trebue, legându-i pe cei eşiţi prin control la intervale.

Aceste Servicii de Consultaţii nu reprezintă decât Dispensarele indispensabile în mediul rural caşi în cel urban, centre pe cari se sprijină exercitarea campaniei sanitare curative şi preventive.

La ele, dacă este posibil de înfiinţat în fiecare sat şi de organizat cum trebue pe lângă fiecare spital mare sau mic, să fie chemaţi şi urmăriţi bolnavii vechi, să fie înscrişi cei noi, să se facă şi să se păstreze fişa individuală de sănătate a fiecărui locuitor al ţării.

Spitalele mari, ridicate cu zeci de milioane şi cu instalaţiuni grandioase, nu-şi vor putea lărgi raza de acţiune binefăcătoare decât prin activitatea serviciilor de consultaţiuni, cărora urmează a li se da cea mai mare extensiune şi organizaţie potrivită cu scopul lor.

Fişa individuală, adică foaia de observaţie ţinută la curent, trebue să fie ţinta vizată şi toate mijloacele unui laborator uzual practic să stea la îndemână pentru a o stabili.

Şi încă ceva, măcar hârtia necesară pentru reţetă.

Ar fi de prisos şi totuşi trebue să accentuăm că aceste reţete, indispensabile pentru serviciile de medicină internă, dar nu mai puţin necesare oricărui serviciu spitalicesc, aparţin serviciilor a căror firmă trebue să poarte — şi modicele sume ce necesită pot fi găsite chiar în taxa oficială stabilită la 20 lei de consultaţie pentru cei cari o pot plăti; pentru prestigiul instituţiunei şi scopul urmărit, reţeta nu trebue scrisă pe un colţ de hârtie de prăvălie; nici pe foi anonime de blanchete, nici pe dos de carte de vizită; nici pe reţeta personală a medicului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Reţeta de spital îmbracă un caracter oarecum oficios, nu trebue să fie anonimă nici intenţionat personală, trebue să fie cât mai completă în fond şi cel puţin cuviincioasă în formă.

Reţeta de consultaţiuni spitaliceşti este destinată să circule; — omul sărac o păstrează, o repetă şi o împrumută (chiar dacă nu se mai potriveşte); — ea va face cunoscută în mediul pauper sau rural existenţa serviciului care a eliberat-o şi constitue un auxiliar preţios pentru a aduce şi lega pe omul sărac de spital şi a ridica prestigiul acestor consultaţiuni prost famate azi.

Nu refuzate, pentru motive de economie rău înţeleasă, dar reţetele cu en-tête să fie chiar impuse serviciilor de consultaţiuni.

Serviciilor de consultaţiuni medicale (spitaliceşti, de dispensar sau de ambulator) ar trebui să li se reserve un rol activ şi în instrucţia studenţilor şi în formarea profesională a medicilor — unii şi alţii având ocazia să vadă aci un număr mare şi variat de bolnavi, să facă medicină de urgenţă (atât de necesară şi de eficace) care necesită formularea pe loc a diagnosticului şi tratamentului.

Darea de Seamă despre Serviciul Consultaţiilor de medicină internă (1932—1938) a Spit. „Caritas" şi „Nouă Maternitate", întocmită de D-l Docent D-r **S. Jagnov**, Medicul primar al Serviciului, însoţită de date statistice, şi comentarii asupra cărora vom reveni, dovedeşte ce rol activ poate exercita un Serviciu de Consultaţiuni bine intenţionat şi organizat cum trebue.

D-r M. CANCIULESCU

† Prof D-r DIMITRIE GEROTA (1867—1939)

In ziua de 3 Martie a. c., a decedat **Doctorul D. Gerotă**, Profesor onorar al facultăţii de medicină din Bucureşti.

Născut în anul 1867, în Craiova, fiu al preotului Constantineanu Gerota, s'a distins din cursul primar ca un elev cu calităţi excepţionale la învăţătură.

A trecut bacalaureatul în anul 1886, înscriindu-se la facultatea de medicină din Bucureşti, după ce primeşte o primă recompensă, adică **distincţie**, din partea Muzeului de botanică din Bucureşti, pentru **Erbarul său de fanerogame.**

Extern, apoi **intern** în **viaţa clinică a spitalelor**, a trecut paralel prin toate gradele, vieţei de **laborator practic şi ştiinţific, de Anatomie şi Chirurgie**, din ţară şi din străinătate; în 1888—1889 este preparator în Laboratorul de Anatomie descriptivă şi în Clinica Chirurgicală; — în 1892 trece **teza inaugurală** despre **„Violetul de metil ca agent terapeutic"**; — în 1893 obţine **prin concurs bursa Răducanu—Simonide**; — în 1893—94 **la Paris studiază Anatomia** în institutele profesorilor Poirier şi Farabeuf, şi **boalele Genito-urinare** în clinica prof. Guyon; — în 1895—97, **la Berlin, studiază anatomia şi fiziologia** cu Waldayer, Hertwig şi Munk, chirurgia cu Bardeleben, Bergmann, König; — şi **publică „Zur Tecknik der Lymphgefässinjection"** în Anatomischer Anzeiger, No. 8/1896; — reîntors în ţară este numit, în 1897, **Profesor de Anatomie la Şcoala de Belle Arte**, şi deslănţueşte acea **Campanie răsunătoare în contra purtatului corsetului de către femei**; — în 1898 este numit **Asistent la Institutul de gynecologie al profesorului G. Asaki**, în care calitate trece în urmă la acela de **Anatomie topografică şi chirurgie al profesorului Toma Ionescu**; — în 1899 trece **Concursul de secundariat în Spitalele Eforiei**, funcţionând 4 ani în clinica prof. G. Severeanu de la Spitalul Colţea; — tot în 1899 este angajat de Ministerul de războiu să predea un **Curs de Radiologie la Institutul Medico-Militar**, ca fiind la acea epocă singurul care cunoştea radiologia şi poseda un aparat Röntgen; — în 1900 este ales **Membru al Asociaţiei Anatomiştilor germani**; — în acelaş an **Docent în specialitatea Anatomiei şi Agregat provizoriu**; — în 1904 **Membru al Ateneului Român**; — în 1907 **Şef al consultaţiilor chirurgicale dela Spitalul Brâncovenesc şi Agregat definitiv**; — în 1908 creiază **Sanatoriul D-r Gerota**, în care timp de 30 ani, avea să opereze singur, cu succes neîntrecut de nimeni în ţara noastră şi cu o faimă unică; — **Profesor de Anatomie topografică** din 1913, împărţind cursul cu profesorul Toma Ionescu până la moartea acestuia în 1927 şi dupe această dată predându-l singur, cu o punctualitate proverbială, până în 1937 când pensionat prin lege, a trecut la **Onorariat.**

A mai fost ales în 1916 **Membru corespondent al Academiei Române**, apoi **Efor al Spitalelor Civile din Bucureşti, Senator** în 1918, **Vice-Preşedinte al Societăţii Regale Române de Istoria medicinei, Preşedinte al Societăţii de Chirurgie.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

„*In acelaş timp anatomist şi chirurg*, dublă specializaţie de origine esenţial franceză, ca şi iluştrii Th. Ionescu şi E. Juvara, Gerota a publicat numeroase LUCRĂRI CHIRURGICALE printre cari memoriul asupra **Ridicarea precoce dupe operaţiunile abdominale** şi Cartea sa **Apendicita** (Bucureşti, 1929).

Ca CERCETĂRI ANATOMICE sunt de menţionat: lucrările asupra **Mijloacele de fixaţie ale rinichiului**, asupra **Anatomia şi fiziologia vezicei**; — dar numele lui Gerota va rămâne legat de **Anatomia vaselor limfatice**, pe cari le-a injectat la început cu mercur, perfecţionând aparatul lui Sappey (1896), iar în acelaş an publicând în Anat. Anzeig. şi comunicând la Anat. Gesellsch. o **nouă tecnică**, aceasta bazată pe întrebuinţarea unei mase oleo-etero-terebentinate la care se putea încorpora diferite subsanţe colorante precum albastru de Rusia, galben de crom, cimbru, etc.; această soluţie putea fi injectată cu o simplă siringă la care se adaptau canule de sticlă.

Această **Metodă a lui Gerota** a determinat isbucnirea unei serii de lucrări în anatomia limfaticilor, care fusese lăsată în uitare dupe cercetările clasice ale lui Hyrtt şi Sappey, lucrări cari aveau să conducă la punerea în evidenţă a căilor limfatice principale ale diferitelor organe, căi pe cari le năvăleşte în stadiile iniţiale cancerul şi a căror excreză precoce importă.

Se poate spune că întrebuinţarea metodei lui Gerota, unită cu studiul progresiunei topografice a cancerului, a imprimat un progres considerabil anatomiei chirurgicale şi consecutiv exerezei metodice a organelor năvălite de cancer". (B. Cuneo, Presse Médicale No. 32/1939).

S'a spus că Profesorul Gerota avea o dorinţă supremă, acea de a muri la datorie; — şi-a îndeplinit-o întocmai, dând exemplu şi servind prin aceasta o ultimă „lecţie" semenilor săi: a operat şi şi-a vizitat bolnavii până în ultima zi a vieţei.

Pe lângă exemplul muncei, Doctorul Gerotă a mai dat dovada unei iubiri adânci faţă de umanitate, pe care a îmbrăţişat-o în suferinzii ei — bolnavii pentru cari se scula şi noaptea; în obiduiţii soartei, al căror „idol" ajunsese şi fusese sărbătorit şi iubit ca nimeni altul de mulţimea săracilor pe ai căror copii hrănia zilnic cu zecile şi îmbrăca în fiecare an cu sutele; în studenţii, al căror „părinte" devenise; în colectivitatea patriei pentru salvarea căreia înţelegea să-şi sacrifice viaţa; în colegii săi, medicii, cu sutele pe care faima sa chirurgicală îi atrăgea în Sanatoriul său unde ei şi familia lor „erau primiţi cu atâta bunăvoinţă şi erau îngrijiţi în mod desinteresat cu atâta atenţie, încât plecând păstrau în sufletele lor cea mai sinceră şi profundă recunoştinţă"; în Olteni şi mai ales Craiovenii săi dragi cari aveau un titlu particular la bună-voinţa lui.

Doctorul Gerotă a fost un medic mare şi va intra de veci în galeria marilor precursori cari au ilustrat Istoria Medicinei Româneşti, nu numai pentru-că a fost un chirurg iscusit şi un savant anatomist şi un profesor incomparabil şi un mare caracter şi un patriot luminat; dar pentru-că, om de suflet şi de omenie, nu s'a socotit străin de nimic ce este omenesc, cuprinzând în interesul ce purta omenirei întregi nu numai pe bolnavi şi pe cei de o limbă şi lege cu el.

Pentru protecţia cu care a acoperit revista aceasta, în al cărei Comitet de Partonaj a bine-voit a intra de la început, şi pentru interesul afectuos ce personal ne-a purtat întotdeauna, cu nespusă durere pentru noi şi cu mândrie pentru el ne aplecăm în faţa groapei sale.

M. CÂNCIULESCU.

Copyright Institutul Istoric al Medicinei Române

PROBELE FUNCŢIONALE IN DERMATOLOGIE

de

Prof. D-r S. NICOLAU

Partea I-a

Explorarea funcţională a unui organ este o metodă de cercetare cu ajutorul căreia căutăm să ne dăm seama de măsura în care organul examinat îşi îndeplineşte funcţiunile sale proprii, cât şi mai ales să apreciem capacităţile sale reacţionale, exagerate sau diminuate, faţă de anumiţi factori provocatori.

Ţelurile pe care metoda explorărilor funcţionale le urmăreşte în patologie sunt, după cum se vede, de mare interes practic, lucru care explică importanţa din ce în ce mai mare pe care această metodă de investigaţie a căpătat-o în câmpul cercetării medicale. Aceasta cu atât mai mult, cu cât, graţie progreselor realizate în ultimii timpi în domeniul fiziologiei, chimiei biologice, imunobiologiei, etc., metode noi de studiu au luat fiinţă, graţie cărora astăzi, putem vedea şi înţelege dincolo de limitele pe care vechea semeiologie pur clinică, de odinioară, ne-ar fi putut permite.

Biblioteca Centrală Universitară "Ioan Cuza"

Desigur, ultimul cuvânt este departe de a se fi spus în această direcţiune. Multe din metodele propuse sunt încă poate prea rudimentare, faţă de subtilele turburări organice pe care ele îşi propun să le deceleze. De aci rezultate adesea nesigure, dificile de interpretat şi uneori chiar contradictorii. Un câmp vast de explorat rămâne deci încă în sarcina cercetătorilor. Nu e mai puţin adevărat însă că metoda exploarărilor funcţionale, cu mijloacele chiar de care ea dispune astăzi, aduce deja în practică mari servicii clinicianului, nu numai în ce priveşte clarificarea unui diagnostic obscur, dar şi în direcţia unei mai bune înţelegeri a mecanismului patogenic al boalelor.

D-l Dr. Cânciulescu, distinsul director al acestei preţuite reviste, pătruns de importanţa informativă ce ar putea-o prezenta pentru publicul nostru medical o încercare de punere la punct colectivă a problemei explorărilor funcţionale, în domeniul diverselor organe sau sisteme ale corpului nostru, a solicitat în acest scop colaborarea unui număr de specialişti, făcându-ne, printre alţii, şi nouă, această distinsă onoare. Măsura în care scopul urmărit de dânsul a fost atins, s'a putut vedea deja din seria de articole consacrate acestei probleme şi publicate, rând pe rând, în cuprinsul acestei reviste, de atâţia eminenţi confraţi.

In această lucrare, ne propunem şi noi să aducem modesta noastră contribuţie la această operă de conlucrare, trecând într'o scurtă revistă metodele mai principale de **explorare funcţională în dermatologie.** Pielea este, am putea zice, un organ privilegiat pentru acest fel de cercetări, căci, dată fiind situaţiunea sa externă şi direct accesibilă simţurilor noastre, funcţiunile sale pot fi mai uşor cercetate, decât acelea ale organelor interne. Pe de altă parte, o serie întreagă din răspunsurile pe care ea ni le dă la întrebările ce îi punem prin aceste explorări, capătă aci o expresiune clinică, adică se înscrie pe piele sub forma unui element eruptiv, (cum e cazul pentru metoda testurilor cutanate). Or, acest element eruptiv îl avem sub ochii noştri, îl putem citi de la prima vedere şi-l putem mai departe urmări în tot timpul evoluţiei sale, fără să mai fie nevoe să recurgem, aşa cum se întâmplă când este vorba de organele interne, la mijloace de cercetări indirecte, de multe ori delicate şi în orice caz greu de interpretat.

Totodată date fiind intimele legături ce solidarizează pielea cu restul organismului, explorarea sa funcţională nu numai că ne ajută să descoperim unele stări anormaale interesând, în propriu, acest organ, dar sunt împrejurări când anumite turburări reacţionale ale tegumentului pot fi revelatoare a unor stări patologice privind organe interne îndepărtate, sau chiar existenţa unei boli infecţioase, mai mult sau mai puţin ascunsă, dar cu repercusiuni alergizante sau sensibilizante asupra pielei. Ca să nu dăm decât câteva exemple, relativ la acest din urmă punct, cităm aci reacţiunea pielei la tuberculină, indiciul unei infecţiuni tuberculoase a organismului, sau reacţiunea sa la antigenul limfogranulomatos, indiciul unei infecţiuni cu virusul boalei Nicolas-Favre.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Aceasta ne explică pentru ce pielea a constituit totdeauna un câmp predilect de explorare pentru biologist şi patologist şi, am putea zice că o bună parte din cunoştinţele ce posedăm astăzi în domeniul imunobiologiei generale, au fost căpătate prin studiile făcute asupra acestui organ.

I. — METODE GENERALE DE EXAMEN

A. — EXPLORAREA FUNCŢIONALĂ A SISTEMULUI VAZOMOTOR ŞI PILOMOTOR AL PIELEI.

1. **Metode de explorare clinică, Dermografism şi reacţiunea pilomotoare.** Metoda cea mai simplă şi cea mai uşor de practicat pentru explorarea funcţională a sistemului vazomotor şi pilomotor al pielei este cercetarea dermografismului şi a reacţiunii pilomotoare.

Pentru practicarea acestei cercetări s'au propus diverse instrumente de precizie, ca acela al lui Schwartz, sau acela al lui Geannotti, care permit exercitarea unei presiuni de 50—20 gr. asupra pielei. După experienţa noastră însă, rezultate tot atât de bune se pot obţine în practcică, fără a se recurge la aparate complicate, adesea de manipulare delicată. In mod obişnuit ne putem servi în acest scop de un ac cu gămălie, cu a cărei extremitate boantă (acul fiind înclinat în unghiu ascuţit) desinăm la suprafaţa pielei 3 linii, dis-

tanţate cam de 2—3 cm. una de alta; prima sub o foarte slabă apăsare, iar celelalte două sub apăsări crescânde.

In urma acestor excitaţiuni mecanice, se produc la suprafaţa pielei anumite reacţiuni vazomotoare, mai mult sau mai puţin variabile în ce priveşte tipul şi intensitatea lor, după cazuri şi după regiunile tegumentului unde examenul este practicat, reacţiuni care poartă numele generic de „dermografism"[1]; după cum fenomenul produs se traduce sau nu printr'un relief la suprafaţa pielei, dermografismul poartă numele de plan sau proeminent (urticariform).

In cadrul dermotografismului plan putem distinge mai multe varietăţi obiective, după cum în expresiunea reacţiunii provocate predomină tipul congestiv sau anemic.

Aceste varietăţi reactive le-am putea reduce la următoarele tipuri mai importante:

1. **Dermografismul roşu**, caracterizat prin desvoltarea unei dungi roşii, în lungul liniei de acţiune a corpului excitator. După cum nuanţa dungii este de un roş mai mult sau mai puţin aprins şi după cum lăţimea sa depăşeşte sau nu pe aceea a diametrului corpului excitant, zicem că avem aface cu un dermografism moderat sau pronunţat.

2. **Dermografismul alb** se traduce din contra prin desvoltarea unei dungi albe în lungul traectului liniei de excitaţie. Această dungă albă poate şi ea depăşi, într'o măsură mai mult sau mai puţin pronunţată, diametrul corpului excitant, lucru după care se judecă şi aci intensitatea reacţiunii.

Alături de aceste tipuri pure de dermografism, trebue să mai menţionăm **formele mixte**, rezultând din combinaţia celor două fenomene semnalate mai sus, în sensul că dâra centrală este limitată de fiecare parte prin câte o dâră de culoare opusă. Următoarele variante se pot astfel observa: a) o dungă centrală, roşie, limitată lateral prin câte o dungă albă, anemică şi b) un aspect invers, adică o dungă albă, centrală, mărginită lateral prin câte o dungă roşie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Tot aci trebue să mai menţionăm formele de dermografism ce nu sunt mixte de la început, ci nu îmbracă un astfel de aspect decât în mod secundar, un dermografism de tipul roşu transformându-se de ex. repede în unul alb şi vice-versa.

Locul nu ne permite să intrăm aci în discuţiuni asupra mecanismului patogenic al acestor reacţiuni vasculare, care de altfel se ştie, nu este încă destul de bine clarificat în toate detaliile sale. Dacă toată lumea este de acord că ele sunt sub dependenţa sistemului vazomotor, discuţiunile încep atunci când este vorba de a se preciza căile pe care le urmează influxul excitator.

Ceeace ţinem să adăugăm este că în interpretarea fenomenului dermografic, pe lângă varietatea tipului constatat, trebue să ţinem seama mai ales de promptitudinea cu care fenomenul se produce, de intensitatea sa, de persistenţa, cât şi de eventualele sale alternante sau variaţiuni secundare.

---

1) Actualmente se acordă termenului «dermografism» un sens mai larg, fiind întrebuinţat pentru a desemna orice reacţiune vazomotoare, provocată la suprafaţa pielei, iar nu numai cele desinate în relief, cum se obişnuia altădată.

Dermografismul, sub diversele sale aspecte, a atras încă de mult atenţia clinicienilor, în special după ce Trousseau a descris dermografismul roşu în meningită (dunga roşie meningitică), iar Bouchut a atras atenţia asupra dermografismului alb în scarlatină. Această din urmă varietate de dermografism a mai fost întâlnită apoi şi în alte afecţiuni (rugeolă, diverse stări febrile), şi a fost pus, după cum se ştie, de către Sergent, în legătură cu o stare de insuficienţă a capsulelor suprarenale, lucru contestat de altfel astăzi.

Studiul dermografismului, atât în stare normală cât şi patologică, a fost reluat mai târziu, cu toată minuţiozitatea necesară, de către dermatologişti, în speranţa de a se găsi pe această cale indicaţiuni asupra reactivităţii vazomotoare a pielei şi a se putea trage eventual din aceasta oarecari concluziuni cu privire la stabilirea diagnosticului, sau a patogeniei unor dermatoze cu substrat vascular.

După datele stabilite de diferiţi autori ca Rüssetski, Sézary şi Dessant, Nardelli, etc., ar exista în stare normală cam în 95% din cazuri, o diferenţă în ce priveşte tipul reacţiunilor vazomotoare, între jumătatea superioară şi cea inferioară a corpului, în prima predominând dermografismul roşu, în cea de a doua cel alb, ambele însă rămânând de tipul moderat. După Nardelli, această variabilitate regională a dermografismului s'ar datori în primul rând unei condiţiuni fiziologice, adică a ortostatismului obişnuit al omului, tonicitatea mai pronunţată a vazoconstrictorilor în domeniul trenului inferior fiind destinată a compensa dificultăţile circulaţiunii de întoarcere. Oricare ar fi explicaţia lucrului, pielea sănătoasă şi nepredispusă la dermatoze, posedă aşa dar un tip dermografic cuasi-constant, contrar de ce se întâmplă, după cum vom vedea, în stări patologice.

La bolnavii atinşi de anumite dermatoze ca: eczeme în activitate sau în stare de potenţialitate (eczematoşii latenţi ai lui Br. Bloch), urticarii, edemul lui Quincke, toxidermii diverse, etc., putem întâlni tipurile de dermografism semnalate mai sus. Particularităţile care ne atrag mai ales atenţia aci, constau în exagerarea reacţiunilor, lăţimea dungilor dermografice (roşii sau albe) depăşind cu mult diametrul corpului excitant în dermografismul simplu, cât şi în exagerarea dungilor laterale în caz de dermografism mixt. La aceasta mai adăogăm o transformaare frecventă a dermografismului alb în cel roşu şi viceversa, particularităţi indicând toate o excitabilitate anormală şi în acelaş timp o instabilitate a sistemului vazomotor.

Se admite în general că dermografismul roşu ar fi indiciul unui desechilibru neurovegetativ şi în special al unei hiposimpaticotonii.

La bolnavii atinşi de eritrodermii generalizate (primitive sau secundare), am observat, într'un mare procent din cazuri, un dermografism alb persistent, punând mai multe minute până la dispariţie, fără însă ca testurile utilizate să ne fi permis a constata existenţa unei insuficienţe suprarenale, aşa cum a fost multă vreme tendinţa a se admite.

Deviaţiuni a tipului dermografic normal se pot totuşi observa la bolnavi atinşi de disfuncţiuni endocriniene. Nardelli, la 2 femei atinse de boala Basedow, a observat un dermografism roşu, intens şi

persistent, însoţit la una din ele de o reacţiune pilomotoare, care preceda dermografismul şi dura până la dispariţia lui.

Din nefericire însă, din studiile făcute până acum nu s'a putut degaja un tablou dermografic constant şi caracteristic pentru cutare sau cutare afecţiune, aşa în cât speranţele puse pe acest mod de explorare nu s'au realizat decât în parte.

Modificări ale modului reactivităţii sistemului vazomotor al pielei au putut fi determinate şi în mod experimental, la persoane sănătoase, în urma administrării a diverse produse opoterapice, ca: preparate de ovar, tiroidă, glandă pituitară, sau substanţe farmacodinamice ca: adrenalină, pilocarpină, ceeace invederează acţiunea acestor substanţe asupra tonusului vascular cutanat (Nardelli). Acţiunea lor perturbatoare este însă de scurtă durată, de la câteva minute, până la o oră cel mult. Acest fapt, pus în legătură cu aceea că turburările în chestiune nu se observă la toate persoanele în experienţă, ar constitui — după Nardelli — o dovadă de importanţa pe care ar avea-o sistemul regulator al circulaţiei pielei şi de posibilităţile sale de a restabili repede un echilibru momentan deranjat.

Reflexul pilomotor. Stimulul care provoacă dermografismul e capabil să determine în acelaş timp şi reflexul pilomotor, datorit excitaţiunii directe a muşchilor arectori ai foliculilor piloşi. Acest reflex se traduce printr'o uşoară stare erectilă şi proeminentă a foliculilor la suprafaţa pielei. Fenomenul se observă mai rar în mod izolat. De obiceiu el însoţeşte dermografismul, putând fi fugace sau persistând tot timpul cât durează reacţia dermografică. Alteori apariţia sa nu e atât de promptă, nu începe să se desineze decât la câteva minute după excitaţiune, în care caz el este urmat de obicei de dermografismul proeminent despre care vom vorbi îndată. Semnificarea fiziopatologică este în general aceeaşi ca a dermografismului plan-

Dermografismul în relief sau urticariform. (**Urticaria factice**, a vechilor autori). Din când în când întâlnim în clinică cazuri în care o excitaţiune a pielei, provocată în aceleaşi condiţiuni ca cele arătate mai sus, în loc să dea naştere unui dermografism plan, obişnuit, desinează la suprafaţa tegumentului o dâră ridicată, roşiatică, edematoasă, urticariformă într'un cuvânt, făcând un relief variabil de 1—3 mm., sau şi mai mare. Locul de predilecţie pentru provocarea dermografismului articariform este mai ales regiunea dorsală sau partea anterioară a toracelui.

Se admite în general că fenomenul s'ar datori unei vazodilataţiuni, însoţită de exudaţiune, determinate de o substanţă din grupul histaminei, pusă în libertate sub influenţa excitaţiunii mecanice locale (Ebbecke, Lewis). In anumite stări patologice, cum ar fi de exemplu cazul la persoanele atinse de insuficienţă hepatică (Dujardin şi Decamps) sau intestinală, sau pulmonară, organe cărora li se atribue rolul principal în producerea substanţelor de tip histaminic, aceste substanţe, fabricate cu titlul de supleantă, în piele, s'ar găsi în cantitate exagerată în acest organ, contribuind astfel, în împrejurările semnalate, la producerea fenomenului descris.

Oricum ar fi lucrurile, Nardelli a demonstrat că serozitatea ex-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

PIPÉRAZINE MIDY

(Granulată efervescentă)

ANTI-URICUL TIP

THIODÉRAZINE MIDY

(injectabilă fiole 5 cc.)

Tratament general al

REUMATISMULUI CRONIC

THIODACAÏNE MIDY

(fiole 20 cc.)

Tratament local al

DURERII REUMATICE

Laboratoarele MIDY, 67, Av. de Wagram, PARIS (17e)

Eşantioane şi Literatură:

I. E. BUCUR - 8, Strada Mecet - BUCUREŞTI, 4

BCU Cluj / Central University Library Cluj

trasă dintr'o leziune de dermografism urticariform, injectată în mod experimental în pielea unei persoane normale, a determinat o intradermoreacţiune dureroasă, de 10 × 14 mm., durând 24 de ore, pe când injecţiunea unei serozităţi normale nu provoacă decât o papulă mică, repede rezorbită. Fenomenul s'ar fi arătat tot atât de concludent şi în cutireacţiune.

Independent de stările patologice semnalate mai sus, se mai consideră dermografismul ca expresiunea unui stigmat, existând în numeroase afecţiuni ale sistemului nervos: în epilepsie, la 20% din alienaţi, în stările catatonice; apoi în diferite intoxicaţiuni ca: saturnism, alcoolism, foarte probabil, în aceste din urmă cazuri, tot prin intermediul leziunilor hepatice.

2. Metode de explorare morfologică a sistemului vascular al pielei. Capilaroscopie Dermatoscopie. Multă vreme aspectul morfologic al vaselor pielei, atât în stare normală cât şi patologică, nu era cunoscut decât prin examenul histologic practicat asupra pieselor ridicate pe cadavru, sau în timpul vieţii, prin biopsie. Şi într'un caz şi în altul acest examen nu arăta decât crâmpee de vase văzute după hazardul secţiunilor, şi acestea încă mai mult sau mai puţin modificate în asaspectul lor din cauza reactivilor fixatori.

Pentru a se evita aceste neajunsuri s'a recurs în timpurile mai

noi la capilaroscopie, adică la explorarea directă a sistemului vascular al pielei, pe viu, cu ajutorul microscopului. Printre dispozitivele recomandate în acest scop, cităm în ordine cronologică pe acelea ale lui Hueter, Unna, Müller și mai în urmă pe acela al lui Saphier. Toate aceste aparate capilaroscopice aveau un inconvenient comun, anume că obiectivul aplicându-se direct pe piele și comprimând-o, iar focarul de lumină fiind prea apropiat de tegument și încălzindu-l, se determinau forțamente modificări artificiale în circulația locală, ceeace falșifica rezultatele examenului. De curând, Guillaume a imaginat un dispoztiiv foarte ingenios, care suprimă ambele neajunsuri semnalate, permițând în acelaș timp și o mărire de 35—140 diametre. Aparatul este într'adevăr prevăzut cu o lampă electrică laterală, iar sistemul optic astfel aranjat încât obiectivul poate fi pus la punct, fără să atingă pielea. Regiunea cutanată unde se practică de obicei aceste examene este limbul subungheal, sau periungheal, dar ele se pot executa în orice parte a corpului.

Diferiți autori ca Jaensch, Saphier, Commel, Scolari, etc. s'au aplicat mai ales să determine tipul morfologic normal al anselor vasculare ale pielei, în scop de a le compara cu dispoziţiunea lor în diverse stări patologice. Jaensch, în special, a descris nu mai puțin de 25 de astfel de tipuri. Cu toate interesantele contribuțiuni pe care aceste cercetări le-au adus relativ la morfologia vaselor capilare și precapilare: arteriale și venoase, și cu tot interesul fiziologic ce se leagă de aceste studii practicate în stare vie, constatările făcute până acum în diversele stări patologice nu ne apar încă nici destul de caracteristice, nici destul de constante, pentru a servi ca indicațiuni diagnostice. Intr'adevăr, imaginile observate pot fi uneori variabile, după regiunea corpului examinată, și chiar de la un deget la altul.

Biblioteca Universității "Babeș-Bolyai" Cluj

Pentru aceste motive, Guillaume a încercat să atace chestiunea din alt punct de vedere, încercând să studieze modificările pe care le imprimă sistemului capilar al pielei, în stare normală și patologică, acțiunea unor anumiți factori, a căror intervenție o putem determina în mod experimental, cum ar fi de exemplu: schimbarea de poziție a unui membru, acțiunea frigului sau a căldurii, constricția printr'o legătură circulară, acțiunea diverselor substanțe vazo-constrictoare sau vazo-dilatatoare, etc., aplicate direct pe piele, sau administrate prin ingestiune.

In felul acesta, autorul a reușit să individualizeze adevărate „sindrome capilascopice", care pot fi adesea de mare folos clinicianului, pentru identificarea și o mai bună înțelegere patogenică a dermatozelor în care predomină turburările vasculare, ca: **boala lui Raynaud, eritromelalgia, acrocianoza**, etc. Credem că această metodă va fi chemată să aducă în viitor prețioase complectări la studiul „capilaritelor", al căror rol în patogenia ulcerațiilor cronice ale gambei și a manifestațiilor purpurice se afirmă din ce în ce mai mult.

B. — EXPLORAREA BIOCHIMICĂ A PIELEI.

Studiul chimiei pielei a permis să se capete o serie de noțiuni foarte prețioase, relativ la constituția dermului și epidermului și la

schimburile nutritive ale acestor ţesuturi, permiţându-ne să pătrundem astfel mai adânc în domeniul vieţii acestui organ.

Sub influenţa unor cauze, în general obscure în esenţa lor, metabolismul cutanat poate încerca diverse deviaţiuni, fie calitative, fie cantitative, creindu-se astfel condiţiuni biochimice anormale în piele. Precizarea turburărilor, pe care metabolismul cutanat le sufere în cursul diverselor dermatoze, ar constitui desigur o achiziţie de mare interes pentru patologia cutanată. Din nefericire însă, studiile întreprinse în această direcţiune sunt încă la începutul lor, aşa încât cunoştinţele ce posedăm pentru moment referitor la aceste probleme sunt incomplecte, iar rezultate obţinute de diverşi cercetători sunt de multe ori contradictorii. Ceeace îngreunează mai ales cercetările în domeniul biochimiei cutanate şi crează dificultăţi tehnice greu de învins este desigur faptul că multe din aceste cercetări, trebuind să fie practicate pe bucăţi de piele ridicate pe viu, materialul de examinat nu poate fi decât forţamente restrâns. Pe de altă parte, rezultatele obţinute sunt de multe ori greu de interpretat în ce priveşte semnificarea lor, în sensul că este în general dificil a conchide dacă modificările biochimice constatate exprimă într'adevăr cauza, sau cel puţin substratul predispozant al dermatozei în cauză, sau nu sunt altceva decât turburări secundare determinate de dânsa.

De aceea, asupra acestui capitol vom fi cât se poate de restrânşi, mărginindu-ne numai la expunerea câtorva fapte, deja bine stabilite.

a) **Determinarea P_H cutanat.** Se ştie că există o strânsă legătură între desvoltarea unor dermatoze şi variaţiunile echilibrului ionic al sângelui, unele fiind expresia unei alcaloze, altele ale unei acidoze sanguine. Chestiunea aceasta, va fi lăsată aci, în mod voit, la oparte, ea ne intrând din cadrul planului acestei lucrări, care priveşte numai exploarările funcţionale propriu zise ale pielei, iar nu şi explorarea stărilor interne ce ar putea avea repercusiuni indirecte asupra acestui organ.

De aceea, în acest capitol, nu va fi vorba decât de determinarea P_H cutanat.

Cercetări în această direcţiune au fost făcute încă mai de mult, dar ele n'au căpătat un caracter de preciziune ştiinţifică decât în urma lucrărilor lui Schade şi Marchionini (1928). Graţie unui sistem special de electrozi, imaginat de dânşii, aceşti autori au putut studia în mod electrometric P_H nu numai al suprafeţei pielei, ci şi al diferitelor strate ce compun acest organ. In felul acesta, dânşii au reuşit să demonstreze câteva fapte importante, şi anume: că suprafaţa pielei are o reacţiune acidă, că gradul acestei acidoze nu este acelaş pe toată întinderea tegumentului, ci variază după regiuni, şi în fine că quantumul acestor variaţiuni e constant în raport cu o regiune dată. Faptele puse în evidenţă de aceşti autori se pot uşor înţelege dacă ţinem seama de anumite date de fiziologie. Intr'adevăr, aciditatea pielei fiind datorită sudorii ce scaldă suprafaţa sa, ea va fi forţamente mai pronunţată în teritoriile unde glandele sudoripare sunt de tipul „eccrin", a căror secreţiune se ştie că este mai acidă, P_H său variind între 3,0 şi 5,0.

Din contră, în regiunile pielei cu glande sudoripare „apocrine" (ca regiuneaa axilară, inguino-crurală, perineală, mamelonară, etc.), a căror secreţiune este în mod natural mai puţin acidă, P_H cutanat va va fi mai ridicat, variind între 6,1—6,8, putând uneori merge până la neutralitate. O condiţiune care mai favorizează hipoaciditatea pielei în regiunile amintite, pe lângă calităţile native ale sudorii, mai este şi posibilitatea de stagnare şi împiedicare a evaporării sale, mai ales dacă stagnarea sudorală se însoţeşte şi de maceraţiuni epidermice. Aceste din urmă condiţiuni le găsim realizate în cel mai mare grad la nivelul spaţiilor interdigitale de la picioare, la ombilic, în regiunea medio-toracică posterioară (adevărat jgheab unde se adună şi stagnează sudoarea dorsală), cât şi la nivelul plicilor patologice, la obezi. In astfel de condiţiuni, P_H regiunei poate atinge valori ca 6,6 până la 6,9.

După expresiunea lui Marchionini, P_H cutanat ar reprezenta astfel un adevărat mozaic de valori, constituit din zone de acidităţi variabile. Această „manta" acidă reprezintă unul din factorii cei mai importanţi de apărare a tegumentului contra invaziunii paraziţilor, dar din nefericire această cuirasă prezintă, după cum am văzut, şi puncte mai vulnerabile în regiunile cu aciditate scăzută. Se ştie că Ph. optim pentru stafilococi este 6,8—8,2, — pentru streptococi de 7,5—7,7 şi pentru paraziţii criptogamici de 5—7,4.

In lumina acestor cercetări putem înţelege mai bine astăzi topografia specială pe care o afecţionează anumite dermatoze, şi mai ales ales localizarea frecventă a unora din ele la nivelul plicilor. Aceasta ne mai permite să înţelegem şi acţiunea favorabilă pe care o exercită faţă de asemenea dermatoze parazitare tratamentul cu substanţe acide, cât şi faptul, paradoxal, al desvoltării lor la persoanele ce împing curăţenia la exces, săpunarea exagerată a pielei (şi deci alcalinizarea ei), privând organul de mantaua sa acidă, protectoare.

Aşa fiind lucrurile, e inutil să mai insistăm asupra importanţei practice, pentru dermatologişti, a determinării P_H cutanat.

Dela suprafaţa pielei, aciditatea, aşa cum era de aşteptat, scade cu cât ne coborâm în grosimea straturilor sale constitutive. Ea este după Marchionini şi Schade de 5,5—6,5 în stratul cornos; de 7—7,4 în cel malpighian şi de 7,4—7,5 în stratul papilar. O soluţie de continuitate a pielei, făcând să le dilueze aciditatea de la suprafaţă, prin exudarea de seriozităţi din profunzime, favorizează intrarea ina ctivitate a unor germeni ce până aci rămăseseră inofensivi.

Leszcynski şi Falic au preconizat de curând o metodă mai simplă pentru explorarea P_H ţesutului dermic, metodă care constă în injectarea în acest ţesut a unei mici cantităţi de soluţie de roşu de Turnesol. Durata de timp necesară pentru neutralizarea culorii ne dă indicaţiuni aproximative asupra massei de valenţe alcaline în profunzimea pielei.

Câţiva ani mai târziu (1938), — Koch — aplicând această metodă la studiul P_H profund al pielei din diferitele regiuni ale corpului a arătat că, la fel ca şi la suprafaţa pielei, ar exista şi aci variaţiuni regionale; dar, lucru interesant, valorile găsite s'au arătat constante

Digitized by Babeş-Bolyai University Library

la toţi indivizii supuşi examenului, pentru o regiune dată. Astfel, timpul necesar pentru reducerea culorii a fost de 11' pentru regiunea dorsală, de 9',5 pentru braţ, de 8',5 pentru coapsă, de 7',5 pentru axilă. Aceste variaţiuni ale Ph. profund al pielei nu pot fi puse în legătură cu rezerva alcalină a sângelui, cu care de altfel Koch le-a găsit în discordanţă, ci ar trebui atribuite, după dânsul, unui metabolism propriu al pielei.

b). **Determinarea apei şi clorurile de sodiu.** După datele lui Volkmann, cantitatea apei din piele ar reprezenta în stare normală 7—11% din cantitatea totală a apei din organism.

Urbach, servindu-se de metode microchimice speciale, asupra cărora nu e locul să insistăm aci, a arătat că cantitatea apei cutanate este mărită într'un mare număr de dermatoze, foarte diferite de altfel prin natura lor, ca: eczeme, dermite artificiale intense, eritrodermii, pemfigus, dermatită Dühring, psoriasis, ichtioză, şi sclerodermie. Această reţenţie de apă, care n'are nici o expresiune clinică şi nici chiar histologică, se desemnează sub numele de **preedem.**

Deosebit de aceasta, se ştie că pielea mai joacă şi un rol de rezervor, şi în acelaş timp de regulator, în ce priveşte distribuţia apei în organism, funcţiune pe care o exercită prin intermediul clorului de sodiu, reţenţia acestei sări conducând la desvoltare de edeme.

Chestiunea reţenţiunii chlorului în piele în cursul diferitelor afecţiuni eruptive a făcut obiectul multor cercetări. De curând, Scamazzoni confirmând lucrările anterioare ale lui Potorny, Cassaet, Kartamischef, etc., a constatat atât în pemfigus vulgar şi foliaceu, cât şi în boala lui Dühring, o augmentare notabilă a clorului cutanat. Pentru Urbach fenomenul constatat n'ar avea nici o semnificare, diagnostică sau prognostică, pentru aceste afecţiuni, deoarece el poate fi observat şi în alte dermatoze.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

c). **Cercetarea glucozei în piele.** Prezenţa glucozei în piele, în stările de glicemii mai pronunţate, era cunoscută mai de mult. De curând (1937), Urbach a arătat că la unii indivizi (de obicei obezi, cu faciesul roşu-violaceu), în absenţa chiar a oricărei glucozurii sau glicemii, administrarea unei cantităţi de dextroză provoacă o mărire a glucozei cutanate **(glykohistechie)**, trecând de obicei peste 80 mil. %.

Importanţa practică a acestei determinări reese din aceea că indivizii la care această probă este pozitivă pot fi atinşi de dermatoze rebele (furunculoze, eczeme, prurit, abcese tuberoase axilare), ce nu cedează decât după instituirea unui regim antidiabetic, combinat cu injecţiuni de insulină. Pentru astfel de cazuri, autorul propune denumirea de **„diabet cutanat"**, considerând reţinerea zahărului în piele ca expresia unei turburări locale a metabolismului hidraţilor de cărbune (datorită poate absenţei fermenţilor glicolitici din piele).

După cele câteva explorări biochimice expuse, referitoare la fapte mai bine stabilite şi de o importanţă practică reală, ne mărginim numai a menţiona aci cercetările referitoare la proporţia materiilor minerale ale pielei (a sodiului, potasiului, calciului, magneziului, sulfului, a raportului Ca/K, a compuşilor azotaţi, a grăsimilor, a glutationului, a acidului ascorbic, etc.), rolul lor în raport cu patologia cutanată fiind încă departe de a fi bine precizat.

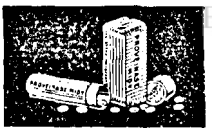
Acelaş lucru îl putem zice despre rolul diferiţilor fermenţi a căror prezeţă a fost stabilită în piele, ca: proteaze, lipaze, oxidaze, etc.

d). **Explorarea activităţii pigmentogene a pielei.** Plecând de la cunoscutele lucrări ale lui Br. Bloch, diverşi autori au încercat să exploreze capacitatea pigmentogenă a pielei, cu ajutorul pigmentaţiunii vitale, provocate cu Dopa.

Metoda constă fie în erodarea pielei cu un bisturiu şi aplicarea la suprafaţa eroziunii a unui tifon îmbibat cu o soluţie de Dopa 2%, sau, cum face Nardelli, aplicând pulbere de Dopa la suprafaţa pielei scarificate superficial. Cu ajutorul acestei cercetări s'a putut face curioasa constatare, fără a se fi putut însă stabili cauzalitatea sa, anume că activitatea pigmentogenă a pielei variază foarte mult, de la caz la caz şi anume, în raport invers cu gradul de reactivitate generală a organului, faţă de factorii mecanici sau farmacodinamici. La hiporeactivi, cu reacţiuni pilomotoare slabe, reacţiunea Dopa e pozitivă după 4—8 ore, pe când la cei cu reacţiuni exagerate ea e pozitivă numai după 12—24 ore.

Va urma partea II-a.

PROVEINASE MIDY



(COMPRIMATE)

REGULATOR AL CIRCULAŢIEI VENOASE

POMMADE MIDY

SUPPOSITOIRES MIDY

MEDICAŢIA RAŢIONALĂ A HEMOROIZILOR

ANTIGRIPPINE MIDY

(CAŞETE)

REMEDIUL SUVERAN CONTRA GRIPEI ŞI COMPLICAŢIILOR SALE

Laboratoarele MIDY, 67, Av. de Wagram, PARIS (17e)

Eşantioane şi Literatură:

I. E. BUCUR - 8, Strada Mecet - BUCUREŞTI, 4

BCU Cluj / Central University Library Cluj

PROBELE FUNCŢIONALE IN OFTALMOLOGIE

de

D-r P. VANCEA
Conferenţiar Universitar

Partea II-a. — Urmare la „Technicele de explorare clinică"

Explorarea radiologică.

Examenul radiologic a luat în oftalmologie o importanţă preponderantă. Astăzi acest mijloc de explorare este indispensabil pentru studiul celor mai multe dintre boalele oculare.

Explorarea radiologică a celor două orbite se face cu ajutorul unei radiografii din faţă, bolnavul fiind aşezat cu faţa pe placă în poziţia nas-menton placă (incidenţa Steenhuis), raza principală trecând prin rădăcina nasului. Examinarea peretelui intern, care nu este vizibil pe o radiografie luată din faţă se face întrebuinţând o incidenţă uşor oblică (10 grade). Despicăturile sfenoidale se pot pune bine în evidenţă prin technica lui Brunetti. Incidenţele verticale permit studiul sinurilor posterioare (poziţia Hirtz), a regiunei fosei mijlocii, situate înapoia orbitelor, cu gaura ovală şi gaura mică rotundă, şeaua turcică şi clivus (poziţia menton-vertex placă); pentru peretele inferior şi partea anterioară a plafonului orbitar, poziţia vertex-menton-placă dă cele mai bune rezultate.

Poziţia ocupată din globul ocular pe radiografiile din faţă şi profil a făcut obiectul a numeroase cercetări preconizându-se diferite reperuri pentru stabilirea exactă a acestei poziţii (sticla de contact a lui Comberg, reperurile limbice ale lui Welter pentru polul anterior, injecţiile de aer sau de substanţe opace în capsula lui Tenon pentru polul posterior).

Aplicaţiunea cea mai importantă a razelor X în oftalmologie s'a făcut însă pentru cercetarea corpilor străini intraoculari. Astăzi se obţin radiografii foarte precise, pe cari corpii străini, chiar de dimensiuni reduse, apar în mod evident. Metoda cea mai simplă pentru localizarea radiologică a corpilor străini intraoculari şi care ne dă rezultate admirabile în Clinica Oftalmologică din Cluj, este cea cu două expuneri, în două proecţiuni perpendiculare una pe cealaltă, adică unde direcţia razei principale este odată occipito-frontală, iar a doua oră bitemporală. (Figura 3—4). Pentru indicarea polului anterior se fo-

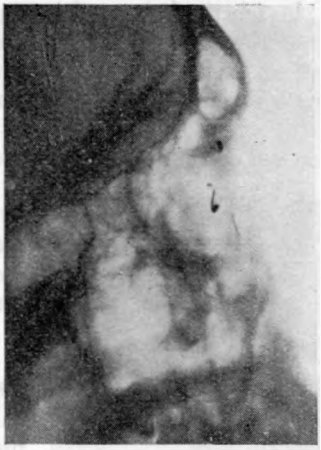


Fig 3—4 Corp străin intraocular. Polul anterior e indicat prin mici cârlige de argint.

losesc diferite repere: sticlele de contact ale lui Comberg sau Wessely, cârlige sau inele metalice fine care se fixează cu suturi de conjunctivă la nivelul extremităţilor limbice ale meridianului vertical şi orizontal al corneei. Măsurând distanţa între aceste puncte de reper şi corpul străin, îi putem aprecia, în mod aproximativ, sediul faţă de glob. Dacă distanţa antero-posterioară este mai mică de 20 mm., corpul străin are toate şansele să fie în glob, dacă este mai mare de 25—26 mm. ar putea fi extraocular. Diagnosticul radiologic al corpilor străini extraoculari prezintă oarecare dificultăţi. Precizarea radiologică a raportului dintre corpul străin şi pereţii globului ocular este uşoară când corpul străin se găseşte la o distanţă mai mare de polul posterior, dar această precizare devine cu atât mai grea, sau chiar imposibilă cu cât această distanţă este mai mică. Mai toate metodele radiologice, care urmăresc diagnosticul diferenţial al corpilor străini intra şi extraoculari, se bazează pe măsurarea distanţei între polul anterior, marcat prin diferite indicatoare şi corpul străin. Între 20—26 mm. nu se poate indica, cu certitudine, sediul exact al corpului străin. Această zonă dubioasă, rezultată din variaţiunile dimensionale ale axului antero-posterior al ochiului, a dat naştere la o serie întreagă de metode, care după principiile pe care se bazează, se pot împărţi în:

1. Metode fiziologice: technicile lui Kohler, Dor, Belot şi Fraudet, Holzknecht, Altscul, Grundzinski, Verwey.

2. Metode geometrice: technicile lui Sweet, Dixon, Ochnischi, Müller şi Strumpf.

3. Metode steroscopice: technica lui Henrad.

4. Metode simple: technicile lui Wessely, Velter, Comberg, Ahlbonn, technica Clinicei Oftalmologice din Cluj (cu cârlige de argint ca indicatoare).

5. Metode fără schelet: technicile lui Vogt, Lindblom, Franceschetti.

6. Metode pentru evidenţierea polului posterior al globului.

In practică se întrebuinţează mai ales metodele fiziologice imaginate pe raţionamentul, că corpii străini intraoculari se deplasează împreună cu mişcările globului, pe când cei extraoculari ar fi imobili. Pentru a evidenţia această deplasare, se fac radiografii în serie cu schimbarea direcţiei de privire în sus, în jos, înainte, temporal şi nazal, utilizându-se casetele speciale a lui Holzknecht. (Fig. 5).

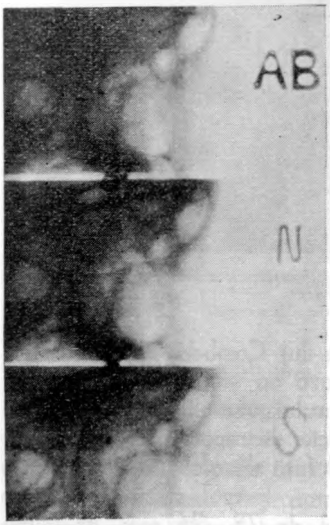


Fig. 5. Corp străin intraocular. Radiografie în serie cu caseta lui Holzknecht.

Metoda lui Vogt, numită „fără schelet" (Skeletfrei), este utilă pentru punerea în evidenţă a micilor corpi străini metalici sau a fragmentelor de sticlă, situate în jumătatea anterioară a globului şi cari prin technicile obişnuite, n'ar putea fi văzute. Se fac două radiografii: una laterală, filmul fiind plasat de partea nazală şi tubul temporal şi alta verticală, filmul fiind înfundat dedesubtul globului şi tubul aşezat în sus. Portfilmul lui Erb uşurează mult introducerea filmului între glob şi pereţii orbitei. Această metodă este singura, care permite depistarea celor mai mici corpi străini.

Explorarea regiunei orbitare cu ajutorul razelor Roentgen a dat la iveală o serie întreagă de alteraţiuni care însoţeau viciile de conformaţie congenitală ale regiunei oculare, alteraţiunile osoase după aplicarea de radium, după intervenţiile asupra globului şi relaţiuni de o mare valoare diagnostică în tumorile regiunilor orbitare sau a regiunilor vecine, în sifilisul pereţilor osoşi ai orbitei, în inflamaţiunile despicăturii sfenoidale şi în fracturile orbitei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Explorarea radiologică a canalului optic a luat o mare desvoltare, de când s'a arătat că prin această metodă se pot diagnostica: a) Fracturile şi fisurile peretelui găurei optice; b) Calusurile acestor pereţi; c) Deformarea găurei optice; d) Anomalii de mărime, corpi străini în canal, etc. (Fig. 6—7).

Pe o radiogramă normală, canalul optic se vede sub forma unei circonferinţe aproape regulată, proectându-se către mijlocul cadranului infero-extern al orbitei. Deşi s'au descris numeroase technici pentru punerea în evidenţă a canalului optic, autorii nu sunt încă de acord asupra celei mai bune poziţii ce trebueşte dată capului şi razei centrale, pentru executarea acestei radiografii. După Hartmann, pentru a obţine o bună radiografie a canalului optic, trebuesc îndeplinite două condiţiuni: 1. raza centrală să coincidă cu axa canalului optic, şi 2. să fie perpendiculară pe planul filmului.

Explorarea radiologică a canalului optic a dat la iveală aspecte patologice extrem de interesante. Astfel Bentel într'un caz de anoftalmie, a constatat un canal aproape inexistent. Dilatarea canalului a putut fi observată în degenerescenţă neuro-fibromatoasă a nervului optic,

Fig. 6. — 7. Radiograme cari arată o alică în canalul optic stâng.

în boala lui Reklinghausen, în tumorile invadând canalul optic în partea orbitei sau de partea cavității cerebrale, în hidrocefalee. Aceste constatări radiologice au dus, cum era și natural, la indicațiuni operatorii, urmărind eliberarea nervului optic comprimat în canal, printr'o operație osteoplastică, executată pe cale frontală, parietală sau orbitară. Radiografia găurei optice a devenit astăzi absolut indispensabilă pentru diagnosticul, pronosticul și terapia acestor diferite afecțiuni.

Explorarea radiologică a căilor lacrimale, permite studiul căilor normale pe viu arătând configurația, traectul și raporturile canaliculilor, a sacului și canalului lacrimo-nasal. Radiografiile luate în serie permit pe de altă parte, studiul circulației lacrimale, dacă substanța opacă întrebuințată este destul de fluidă (lipiodol). Această metodă de cercetare permite apoi studiul cazurilor de impermeabilitate lacrimală, arătând sediul obstacolului, modificările de calibru, starea sacului, leziunile concomitente osoase sau sinusiene, precizând indicațiile terapeutice și precizând o apreciere a rezultatelor operatorii. (Fig. 8—9).

Digitized by Central University Library Cluj

La început, examenul radiologic a căilor lacrimale, se practică injectându-se în interiorul căilor lacrimale anesteziate, diferite paste opace la razele X, care însă nu s'au putut generaliza din cauza incomodității lor. In 1924, Bollak a introdus lipiodolul în practica acestei examinări și de atunci metoda a fost adoptată ca o metodă curentă de cercetare în mai toate serviciile de oftalmologie din Europa.

Explorarea radiologică a sinurilor feței a pus pe de altă parte în lumină date de o foarte mare importanță clinică, mai ales de când, pentru executarea acestor radiografii se utilizează incidențele lui Hirtz, care permit observarea celor mai mici inegalități de ton și a leziunilor sinusiene celor mai discrete.

Date de o valoare egală pentru patologia oculară se obțin prin explorarea radiologică a regiunei dentare, a rocei și a craniului în general. Rolul esențial al radiografiei în diagnosticarea localizării tumorilor intracraniene cu o repercusiune atât de imediată asupra căilor optice,

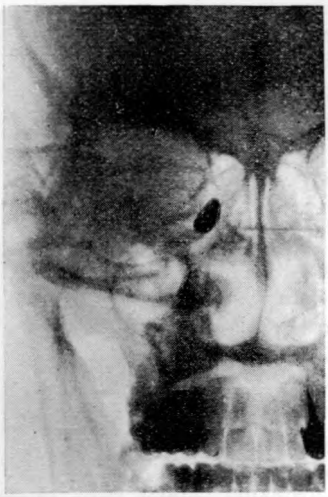


Fig. 8. Radiograma frontală a sacului lacrimal obstruat şi ectaziat (după injecţii cu lipiodol).

Fig. 9. Radiogramă laterală a aceluiaşi sac.

dovedeşte sub o altă formă importanţa covârşitoare pe care explorarea radiologică a extremităţii cefalice o are pentru studiul oftalmologiei.

Sideroscopia.

Sideroscopia are drept scop descoperirea şi localizarea particulelor de oţel sau de fier pătrunse în globul ocular. Aparatele construite pentru aceste examinări sunt numeroase, însă nu toate au aceiaşi valoare. Cele mai des întrebuinţate sunt: sideroscopul lui Hirschberg şi acela a lui Hertel. Principiul pe care se bazează aceste aparate, este următorul: un ac magnetic astatic oscilează când un fragment metalic trece în vecinătatea sa. Sideroscopul dă relaţiuni preţioase cu privire la diagnosticarea corpilor străini, dar întrebuinţarea sa este delicată. El cere un local special, departe de corpi metalici şi trebueşte fixat pe un soclu de beton pentru a evita orice trepidaţie.

Examenul oftalmoscopic.

Examenul oftalmoscopic cuprinde două părţi distincte: examenul mediilor oculare (cornee, umoare apoasă, cristalin şi corp vitros) şi examenul fundului de ochi. Pentru executarea acestor examene avem nevoie de cameră obscură, de o sursă luminoasă şi de un oftalmoscop. Sursa luminoasă poate fi o lampă cu gaz, o lampă electrică sau chiar o lampă de petrol. Ea trebueşte aşezată la înălţimea ochiului de examinat.

Examinarea mediilor oculare se face mai precis cu un fascicol luminos, puţin intens. Oglinda plană se pretează cel mai bine pentru un astfel de examen, ea singură permiţând observarea celor mai mici opacităţi ale mediilor. Aceste opacităţi apar în câmpul pupilar ca puncte negre ori dungi închise mobile sau fixe, şi odată constatate, trebueşte precizat sediul lor exact. Două erori sunt posibile: localizarea lor în cristalin sau vitros; deplasările paralactice şi examenul cristali-

nului la luminajul lateral şi mai ales la lampa cu despicătură permit însă o determinare exactă a sediului lor.

Metoda lui Vogt pentru examinarea fundului de ochi la lumina anerită (fără raze roşii) se bazează pe principiul cunoscut de mult, că în oftalmoscopie cu cât lumina este mai săracă în raze roşii, cu atât retina se vede mai clar. Lumina utilizată de Vogt cuprinde numai radiaţiunile ce se găsesc între 410 şi 560 microni, care sunt puternic reflectate de retină, de unde mărirea numărului reflexelor şi accentuarea lor. Culoarea galbenă a maculei devine astfel vizibilă ne mai fiind înecată în razele roşii, reflectate de straturile profunde ale coroidei şi scleroticei.

Sursa luminoasă în această metodă trebue să fie intensă, iar ca filtre se utilizează ecrane colorate.

Ochiul se examinează la imaginea directă cu dilatarea pupilei. Retina apare verde, tonul general, variind după culoarea şi transparenţa mediilor. Vasele retiniene apar aproape negre şi se văd până în ramificaţiunile lor cele mai fine. Vasele coroidei nu se văd. Papila nervului optic apare puţin estompată de fibrele nervoase care sunt vizibile şi care pot fi urmărite cu oarecare obişnuinţă, până departe în traectul lor, observând cum iradiază din papilă, cum îmbrăţişează foveea, în care o parte se pierd, iar altele se inflectează de partea temporală încrucişându-se parţial. In stări patologice (ateromul şi periflebita vaselor retiniene), leziunile sunt foarte vizibile. Se disting varicele sau grupurile de vase neoformate, care se confundă de regulă cu emoragiile. Edemul papilar este adesea diagnosticat foarte de timpuriu, prin observarea micilor emoragii. In anumite cazuri, examenul la lumina anerită permite un diagnostic obiectiv acolo, unde nu se văd decât tulburări funcţionale.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In sfârşit, graţie dispozitivului lui Gullstrand, Koeppe a putut face examenul stereoscopic direct al fundului de ochi prin aplicarea pe cornee a unei sticle de contact Zeiss. (Fig. 10). Imagina optică a

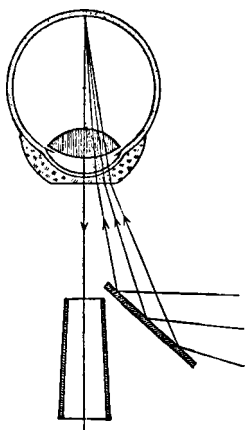


Fig. 10. Secţiune printr'un ochi prevăzut cu sticlă de contact pentru examinarea microscopică a fundului de ochi (după Erggelet).

fundului de ochi apare direct în urma cristalinului şi se vede chiar macroscopic ca o semisferă galbenă roşietică. Cu o oglindă de argint, se concentrează focarul luminos pe fundul de ochi, putându-se face o adevărată microscopie in vivo. Cu ajutorul acestei technici, Koeppe a putut studia structura tuturor părţilor retinei, punctele de plecare ale vaselor şi fibrele nervoase ale papilei. El a putut chiar distinge vasele limfatice, perivasculare şi solitare ale retinei şi papilei, structura istologică a lamei ciuruite, relieful epiteliului pigmentat ca şi o parte din structura istologică a coroidei. Imagini remarcabile au permis studiul diverselor stări patologice: migraţiunea pigmentului în retinita pigmentară, forma şi sediul focarelor de degenerescenţă retiniană, etc. Examenul la lampa lui Gullstrand permite, în sfârşit de a evidenţia, cu mult mai repede, ca prin orice altă metodă de cercetare, începutul edemului papilar, dând posibilitatea de a deosebi dela prima sa apariţie această afecţiune de nevrita optică sau de pseudo-nevrită, fapt de o importanţă practică considerabilă.

Diafanoscopia diascleralā.

Importanţa luminajului focal în examenul segmentului anterior al ochiului este recunoscută de toată lumea. Mai puţine sufragii întruneşte luminajul indirect deşi este demonstrat că acest luminai poate scoate în evidenţă o mulţime de detalii invizibile la lumina difuză.

Există trei feluri de luminaj indirect: lateral, posterior şi postero-lateral. Luminajul indirect lateral este superficial şi profund. Prin luminajul superficial se pune în evidenţă relieful suprafeţei examinate, în timp ce, prin luminajul profund se examinează părţile profunde ale ţesuturilor, situate în vecinătatea imediată a bandei luminoase. In acest mod de luminare, straturile superficiale sunt, în parte, luminate prin razele reflectate de straturile profunde.

Luminajul indirect posterior permite examinarea pe un fond clar a ţesuturilor, mai mult sau mai puţin translucide, spre deosebire de luminajul, indirect postero-lateral, la care examinarea se face pe un fond închis permiţând numai explorarea părţilor situate în vecinătatea fondului luminat. Acest mod de examinare a fost numit de Zamenhof, diafanoscopie parafocală. Luminajul indirect se întrebuinţează pentru cercetarea precipitatelor fine pe membrana lui Descemet, pentru diagnosticul iritelor şi irido-ciclitelor torpide, a tumorilor coroidiene şi în general pentru examenul segmentului posterior al globului (Zamenhof).

Examenul oftalmo-dinamometric.

Incă din 1909, Bailliart a atras atenţiunea asupra faptului că pulsaţia arterială a fundului de ochi poate furniza date interesante nu numai pentru diagnosticarea anumitor boale oculare, dar şi pentru studiul circulaţiei arteriale generale şi a arterelor cerebrale în particular.

In mod normal, arterele retiniene par imobile. Pulsul retinian nu apare decât în urma unei compresiuni exercitate asupra globului ocular sau în anumite afecţiuni, ca: glaucomul, anemiile grave, sincope, insuficienţa aortică, etc. La indivizi ipertensivi este nevoie de o presiune mai puternică, pentru a provoca prima pulsaţie şi una şi mai mare pentru a opri pulsaţiile provocate.

Pentru măsurarea presiunei **arteriale** retiniene ne servim de dinamometrul lui Bailliart, iar tensiunea o măsurăm cu tonometrul lui Schioetz. Bolnavii se examinează în poziţie şezândă, deşi nu există diferenţă apreciabilă nici în poziţia culcată. Anestezia nu este necesară decât la indivizii nervoşi, neliniştiţi, la cari aplicarea dinamometrului fără anestezie, produce o serie de reflexe jenante. Se explorează în prealabil fundul ochiului cu oftalmoscopul electric a lui Simon, fixând emergenţa vaselor retiniene la nivelul discului papilar. Se aplică apoi extremitatea butonată a dinamometrului în partea externă a globului ocular la nivelul inserţiei dreptului extern sau puţin înapoia sa şi începem compresiunea. Această compresiune regulat progresivă, se continuă până în momentul când apare prima pulsaţie arterială precisă, dintr'o serie neîntreruptă de pulsaţii. Ea indică presiunea minimă, presiunea diastolică. Se continuă cu compresiunea până la strivirea completă a arterei când orice pulsaţie retiniană dispare. Acest moment indică presiunea maximă sau presiunea sistolică. Experienţa a arătat că dintre cele două presiuni amintite, singura care este constantă la omul normal, este presiunea diastolică. Ea este stabilă, fără variaţiuni spontane şi este singura care dă relaţiuni în concordanţă cu celelalte examinări clinice. De regulă este necesară o apăsare de 30 gr., la un individ normal, pentru a face să apară prima pulsaţie retiniană şi 65—70 gr. pentru a suprima orice pulsaţie. Cu ajutorul acestei metode, încă din 1931, am putut studia circulaţiunea retiniană, deosebind din punct de vedere patologic, trei sindrome: al ipertensiunei, al ipotensiunei şi al instabilităţii retiniene, în care am înglobat toate tulburările funcţionale ale circulaţiunei retiniene, observate de noi la acea dată.

Biblioteca Universitară "Iaşi" www.bcu-iasi.ro

Examenul presiunei în **vena centrală** a retinei, se face prin aceiaşi technică ca şi examenul presiunei arteriale.

Presiunea în ***capilarele maculare*** se măsoară prin două metode: 1. Metoda lui Bliedung bazată pe principiul că presiunea sanghină a capilarelor maculare este egală cu presiunea care aplicată la exterior palidifică papila. 2. Metoda care are la bază fenomenul entoptic, adică al circulaţiunei sanghine în capilare, văzută entoptic. Fenomenul entoptic a fost descris la 1867 de Helmoltz şi consistă în apariţia unor puncte luminoase mobile în câmpul vizual urmate de altele întunecate când se fixează o suprafaţă mare uniform luminată, cum ar fi cerul sau un câmp acoperit cu zăpadă. Aceste puncte luminoase au fost diferit interpretate. După Uyemura ele ar reprezenta spaţiile dintre eritrocite, iar masele întunecate globulele roşii însăşi. Mărirea presiunei intraoculare prin apăsare externă încetinând sau făcând să dispară mişcarea globulelor sanghine din capilare modifică şi modul de succesiune al punctelor luminoase care deasemenea îşi încetinesc apariţia sau chiar dispar. Momentul încetinirei brusce a circulaţiunei capilare văzută entoptic marchează determinarea presiunei sanghine capilare şi după cercetările lui Uyemura făcute cu o aparatură proprie de altfel destul de simplă, presiunea sanghină în capilarele regiunei maculare ar fi de 28,7 mm. de mercur.

Explorarea tensiunei oculare.

Pentru explorarea tensiunei oculare avem două metode:

1. O metodă directă sau manometrică, care însă clinic este ina-

plicabilă pentru că comportă o punctie a scleroticei sau a corneei cu un ac gros.

2. O metodă indirectă bazată pe raportul care există între depresibilitatea pereţilor oculari şi tensiunea intraoculară.

Dintre numeroasele tonometre construite dela primele încercări de măsurare instrumentală a tensiunei oculare şi până azi, singurul care s'a impus în clinică este tonometrul lui Schiotz. Principiul acestui instrument consistă în măsurarea depresiunei produsă în cornee prin aplicarea unui cilindru prevăzut cu o greutate variabilă. Acest cilindru se mişcă într'un tub a cărei extremitate în formă de pavilion prezintă o rază de curbură de 15 mm., curbura corneei fiind totdeauna superioară concavităţii pavilionului.

Aplicarea practică a tonometrului este simplă. După anestezia corneei cu holocaină 1%, se ordonă bolnavului culcat pe spate, să-şi îndrepte privirea către zenit şi se aplică tonometrul vertical pe ochi. Se citeşte diviziunea gradaţiei la care se opreşte acul şi cu această indicaţiune n'avem decât să ne raportăm la tabla lui Schiotz pentru a obţine tensiunea în mm. de mercur. Tensiunea normală este cuprinsă între 15—28 mm. de mercur.

Explorarea pupilei.

Pupila aşezată în centrul irisului se dilată şi se contractă fără încetare, graţie jocului antagonist al sistemului autonom cranian constrictor acţionând asupra sfincterului şi al sistemului simpatic acţionând asupra dilatatorului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Technica explorării pupilei comportă următoarele examinări:

1. Examinarea pupilei în stare de repaus şi pupilometria.
2. Examinarea reflexelor pupilare.
3. Proba midriazei provocate.
4. Proba colirurilor.

Examinarea pupilei în stare de repaos ne dă relaţiuni asupra formei şi situaţiunei orificiului pupilar, iar pupilormetria asupra dimensiunilor sale. Examenul pupilometric se face cu diferite pupilometre, printre cari cele mai simple şi mai practice sunt: scara pupilometrică a lui Haab şi aceia a lui Follin, pupilometru tangenţial a lui Schosser, pupilometru cu inscripţie fotografică, pupilometru diferenţail a lui Hess, etc.

Examinarea reflexelor pupilare se face după o technică în general cunoscută şi asupra căreia nu cred că este necesar să insist.

Proba midriazei provocate permite punerea în evidenţă a unei inegalităţi pupilare latente (tuberculoza vârfurilor). Examinarea se face în camera obscură şi consistă în a instila bolnavului în fiecare ochi două picături de cocaină soluţie 2%. După câteva minute, ca urmare a micşorării sensibilităţii firişoarelor nervoase a sfincterului, apare o midriază de origină simpatică care evidenţiază o iritaţie a firişoarelor nervoase la nivelul pulmonar.

Proba colirurilor descrisă în 1902 de H. Coppez, se face în cazurile de inegalitate pupilară cu scopul de a preciza care din cele două pupile este normală (o pupilă prea mare sau alta prea mică).

Iată cum se procedează: Se instilă mai întâi în ochiul cu pupila

cea largă o picătură de cocaină 5% şi se aşteaptă câteva minute. Dacă diametrul pupilar nu se schimbă atunci este vorba de midriază prin excitarea fibrelor dilatatoare, cocaina fiind fără acţiunea asupra fibrelor deja în stare de excitaţiune. Dacă însă se produce o puternică midriază avem o paralizie a sfincterului, cocaina producând o excitaţie a simpaticului care se adaogă midriazei existente în urma pierderii tonusului sfincterului. In sfârşit dacă midriaza produsă este mediocră, reacţiunea este fiziologică şi diametrul unei astfel de pupile poate fi considerat ca normal.

Se instilă apoi cocaină 5% în ochiul cu pupila strâmtă. Dacă se produce o midriază mijlocie, pupila poate fi considerată ca normală. Dacă însă este nulă sau foarte slabă, este vorba de un miozis prin paralizia fibrelor dilatatoare sau miozis spasmodic; în acest caz o instilaţie de atropină va clarifica chestiunea, pentru că dacă se va produce o dilataţie slabă avem un miozis prin paralizia simpaticului, fibrele dilatatoare ne mai funcţionând după pierderea tonusului sfincterului. O puternică dilataţie va evidenţia un spasm al sfincterului.

Explorarea motilităţii oculare.

Muşchii oculo-motori determină prin contracţiunea lor o mişcare de rotaţie a globului ocular în jurul axelor: vertical, transversal şi antero-posterior, centrul rotaţiei corespunzând aproximativ centrului globului. In acelaş timp, se produce o excursie a pupilei care poate fi destul de precis măsurată. Intinderea excursiilor pupilare sau câmpul de privire, poate fi limitat în anumite stări patologice şi cercetarea sensului şi gradului acestei limitări constitue un preţios mijloc de diagnostic. In mod normal, în poziţia de repaos sau în privirea din faţă pupilele ocupă o situaţiune simetrică în raport cu deschiderea palpebrală şi cu un plan vertical, care ar trece prin baza nasului. O tulburare a echilibrului muscular produce o asimetrie în situaţia pupilelor, asimetrie cunoscută în general sub numele de deviaţie strabică.

Explorarea câmpului de fixare monoculară. Pentru măsurarea câmpului de privire monoculară ne servim de perimetru, solicitând bolnavului să fixeze lateral flacăra unei lumânări, care este plimbată înaintea arcului perimetric, în timp ce observatorul vizează simultan vârful flacărei şi imaginea sa reflectată în centrul corneei bolnavului. Pentru determinarea deviaţiei strabice, procedeul este aproximativ acelaş cu deosebirea că în centrul arcului nu se aşează unul din ochi, ci baza nasului. Se determină direcţia axei optice a ochiului deviat, căutând reflexul pe cornee a unei lumânări plimbate înaintea arcului perimetric. Măsurători mult mai exacte se obţin cu prizma dublă a lui Herschel, prevăzută cu gradaţia lui Landolt sau cu aparatul universal cu prizme a lui Bielschowsky, care graţie întrebuinţării a două prizme duble, permite nu numai realizarea celor mai mari deviaţiuni, dar obţinerea de combinaţiuni, dând deviaţiunile laterale şi verticale, gradate şi măsurate cu precizie.

Un aparat simplu pentru determinarea strabismului este forometrul lui Madox şi Stock, în care unul din ochi fixează printr'o lentilă a unui colimator, o scară divizată în dioptrii prismatice, în timp

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ce al doilea ochi fixează printr'o lentilă identică cu prima, o linie de reper verticală ce trece prin axa acestei lentile. Bolnavul, al cărui fiecare ochi privește astfel printr'un tub diferit, nu poate vedea decât scara printr'unul și reperul prin celălalt. Grație acestei separări complete a câmpurilor de imagine și a învelișului negru din interiorul instrumentului, orice posibilitate de fuziune se găsește eliminată, căci imaginile n'au părți geometrice asemănătoare, susceptibile să se suprapună.

Explorarea vederii binoculare. In condițiunile normale, ambii ochi iau parte la actul vederii și ei sunt involuntar orientați așa fel, ca imagina unui obiect să se formeze pe macula fiecărui ochi. Cele două imagini sunt contopite într'una singură printr'un act de percepție mintală, operație controlată de simțul fuziunei, al cărui sediu se află la nivelul centrului de fuziune cerebrală. Dacă se fixează un obiect, separat cu fiecare ochi, se obțin imagini care diferă puțin între ele din cauza depărtării de aproximativ 6 cm. care separă cele două pupile. In vederea binoculară, aceste două imagini se confundă într'o singură imagină numită imaginea de fuziune binoculară, care ne dă impresia reliefului.

Vederea binoculară poate lipsi sau poate prezenta tulburări, printre cari cele mai des întâlnite sunt: vederea alternantă și vederea simultană, fără tendință la fuzionare. Aceste tulburări necesită o explorare, uneori foarte minuțioasă.

Explorarea fuziunei binoculare se face cu ajutorul stereoscopului sau a diploscopului lui Remy.

Stereoscopul este un aparat care permite fuzionarea a două imagini distincte corespunzând la reprezentarea unui acelaș obiect văzut sub un unghiu diferit, sau care figurează două obiecte distincte, a căror juxtapunere realizează figuri diferite. Cel mai simplu stereoscop este a lui Holmes. Aparatul său optic se compune din două prizme cu baza temporală, combinate cu lentile de plus 5 d. In stereoscopul lui Polak, aparatul optic este format din două prizme variabile Herschel. Fuzionarea binoculară se obține, la acest aparat, prin rotația prizmelor care produce variațiunea efectului lor prizmatic. Examinarea la stereoscop arată, dacă există sau nu, fuziunea binoculară și dacă este vorba de vederea alternantă sau simultană. Stereoscopia permițând numai evidențierea fuziunei binoculare, cercetarea vederei binoculare se va face prin simpla lectură controlată sau cu ajutorul diploscopului.

Procedeul lecturei controlate consistă în a așeza bolnavul în fața unei pagini tipărite cu caractere mijlocii și a-i interpune, între ochi și pagină, o riglă verticală de 1—2 cm. lungime. Dacă cetirea se face curgător, fără deplasarea capului, înseamnă că vederea binoculară este normală. Controlul vederei binoculare, cu ajutorul diploscopului, se face prin experiența cu trei litere. In această experiență, litera din mijloc este văzută binocular, în timp ce, literile laterale sunt văzute monocular. Un bolnav, cu o vedere binoculară normală, vede toate trei literile. Dacă vede numai două litere, nu are decât vederea monoculară, din cauza unui defect de acuitate vizuală sau a unei neutralizări a imaginilor de către celălalt ochi. In cazul când litera mediană este văzută dublu, există o tulburare a echilibrului muscular și prin acoperirea unui ochi se poate preciza caracterul homonim sau încrucișat al diplopiei.

Exoftalmometria.

Determinarea situaţiei exacte a ochilor se face stabilind distanţa, care separă polul corneei de anumite repere orbitare. Dintre numeroasele instrumente imaginate pentru efectuarea acestor măsurări, citez statometrul lui Snellen şi exoftalmometrul cu oglinzi a lui Hertel. Cu acest instrument se poate măsura, rapid şi cu precizie, creşterea şi micşorarea exoftalmiei în cazurile de inflamaţie ale orbitei, de emoragii retrobulbare, de corp străin sau tumori orbitare, precum şi în boala lui Basedow, în timpul şi după diferitele tratamente aplicate.

Nistagmografia.

Nistagmul este o tulburare de echilibru, care se traduce prin mişcări oscilatorii ale globilor oculari. Pentru explorarea acestor mişcări avem mai multe metode: o metodă directă, o metodă acustică şi metodele înregistratoare.

1. Metoda directă consistă în a observa mişcările nistagmice cu oglinda oftalmoscopului. Pentru a preciza dacă mişcările sunt sincrone ne servim de oglinda specială imaginată de Ohm.

2. Metoda acustică se bazează pe ascultarea sgomotelor musculare în cursul lecturei. Lamare şi Javal s'au servit în acest scop de un microfon dotat cu un mic vârf care se aplică pe ochi.

3. Printre metodele înregistratoare deosebim: metode, în care se înscriu mişcările muşchilor oculari sau a globilor oculari şi metode, care înregistrează şi mişcările pleoapelor. Cele mai exacte sunt metodele, care înregistrează direct contracţiunile muşchilor oculari, prin desinserţia lor şi legarea capătului liber la un chimografion (Barteles), sau înregistrează cu ajutorul unui galvanometru cu coardă curenţii de acţiune a muşchilor astfel desinseraţi (Koellner şi Hoffman).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

a) Inregistrarea fotografică utilizează un fel de calotă de sticlă sau gips, dotată cu o mică oglindă care se aplică direct pe cornee şi ale cărei mişcări se înregistrează pe un film în mişcare. Aceste procedee au desavantajul, că prin aplicarea pe cornee a calotelor amintite se influenţează mişcările globului. Dodge şi Cline fotografiază imagina corneeană a unei benzi de carton, luminată de soare sau de o lampă electrică cu arc, iar Koch imagina corneană a filamentului lămpei lui Nerst.

b) Inregistrarea prin pârghii (procedeul Cord) consistă în a fixa pârghia cu ajutorul a două vârfuri divergente pe conjunctiva bulbară; din cauza inerţiei sale foarte mici, pârghia urmează uşor mişcările globului.

c) Inregistrarea pe cale pneumatică, are ca punct de plecare dispoziţiunea anatomică specială a polului anterior şi anume faptul, că corneea depăşeşte capsula sclerală. Buys fixează pe ochi o capsulă Marey, care prinde dilatările şi compresiunile aerului, transmiţându-le unui înregistrator.

(Urmare).

PELAGRA IN ROMANIA

de

I. NITZULESCU, M. SIBI, AL. SLATINEANU

Unul din autori discutând de curând problema sanitară în România [1]), a atins în treacăt şi chestia pelagrei. Această boală, care începând de acum vreo 200 de ani, a bântuit pe rând Spania, regiunea Landeză din Franţa, Italia nordică, a rămas astăzi să constitue încă o tristă celebritate pentru ţara noastră. Cu toată împroprietărirea ţăranilor, cu tot progresul de ordin general, datele statistice recente ne arată că la noi numărul pelagroşilor nu numai că nu scade, ci tinde dimpotrivă să crească. Poate că la această creştere contribue şi faptul că înregistrarea bolnavilor e mai complectă; oricum este probabil că cifrele, deja considerabile pe care le dau statisticele oficiale, rămân încă reduse faţă de realitate.

Ca să învederăm mai limpede mersul pelagrei în România, vom utiliza pentru epoca veche excelentul studiu publicat de Doctorul Neagoe [2]) pe la 1900 şi datele lui Babeş [3]), iar pentru anii recenţi, cifrele publicate în buletinele statistice oficiale şi anchetele întreprinse sub controlul nostru în plasa model Tomeşti din judeţul Iaşi [4]).

Istoria pelagrei în România începe cu 2 teze de doctorat în Medicină. Prima e teza Doctorului Vârnav: Rudimentum physiographiae Moldaviae, susţinută la Budapesta în 1836. Discutând boalele endemice şi epidemice ale ţăranilor din Moldova, el pomeneşte de o boală nouă „Buba trânjilor" pe care Neagoe, bazat pe descripţia dată, o identifică cu pelagra. Numele ciudat sub care e amintită, este explicat de Neagoe: „pentru că pentru ţăran orice boală neexplicabilă se chiamă trânji şi dacă sufere de mari şi dese dureri de cap, cu urlături diferite în cap, cu greutate şi ameţeală, simptome cu care de comun începe

---

1) **Al. Slătineanu**: Starea reală a ţărănimii române. Insemnări Ieşene, 1 Noemvrie 1938.

2) **I. Neagoe**: Studiu asupra pelagrei Publ. Acad. Române, Fondul Adamachi No. 5, Bucureşti, 1900.

3) **V. Babeş, A. Babeş şi Aurel Babeş**: Travaux sur la pellagre. Ann. Inst. Path. et Bact., Bucarest, Vol. VIII, 1922—1923.

4) **A. Slătineanu, I. Bălteanu, I. Alexa şi I. Nitzulescu**: Cercetări asupra pelagrei. Extras din Plasa Sanitară rurală de demonstraţie Tomeşti, 5 ani de activitate. Tip. Brawo, Iaşi, 1936.

pelagra, ţăranul zice: „o fi având trânji în cap", şi iată cum s'a născut numele". (Neagoe pag. 238).

A doua teză e aceia a Doctorului Iuliu Teodori: „De pelagra" Berlin 1858 care subliniind cauza principală a boalei scria: „Nomen mal della miseria non incongruum est". După cum remarcă Neagoe, e probabil că Teodori cunoscuse boala încă prin tatăl său, fost medic şef în judeţul Roman, unul din judeţele care a fost şi a rămas în fruntea ţinuturilor pelagroase.

Deşi cultura păpuşoiului a început la noi, poate cu un secol mai înainte, (Teodori afirmă că datează de la Nicolae Mavrocordat 1710), e probabil că primele cazuri de pelagră se ivesc odată cu începutul secolului XIX-a, şi sunt recunoscute cam în epoca tezelor amintite. E de altfel evident că răspândirea progresivă a păpuşoiului, care venea să înlocuiască în hrana ţăranilor meiul, nu s'a făcut decât cu încetul. Neagoe apucase bătrâni care ţineau minte această epocă de tranziţie şi odată cu ea şi apariţia pelagrei. Fără îndoială că şi sărăcirea progresivă a oamenilor în epoca de războae şi de fiscalitate excesivă, zisă epoca fanariotă, a pregătit în tot cursul secolului XVIII terenul pentru pelagră.

In orice caz medicul francez Caillat, care vizitase Muntenia pe la 1847 în calitate de doctor, se pare al principesei Cantacuzene Ghika ne-a lăsat următoarea relaţie interesantă pe care a publicat-o în Buletinul Academiei de Medicină III p. 9 (Citat de Billod p. 98) [5]).

„Le Maïs, spune el, introduit en Moldo-Valachie vers la milieu du XVII-e siècle, par Serban Cantacuzène I-er, bienfait qui a valu à ce prince le nom de Providence des paysans y est devenu, depuis lors, la base de l'alimentation de presque toutes les classes de la société, et pourtant l'affection pellagreuse est completement inconnue dans ce pays. J'ai visité les villes et un grand nombre de villages de la haute et de la basse Valachie. J'ai interrogé les habitants, consulté les médecins, dont un, entre autres, M. Trach, avait observé cette maladie dans les campagnes du Milanais. Je n'ai pu observer ni cecueillir un seul cas de cette affection... J'étais sur le point de rentrer en France emportant la croyance que la pellagre n'existe point dans les provinces danubienes, quand la princesse moldave Cantacuzène Ghika vint voir à Bucarest sa fille, qui recevait mes soins, et m'apprit, vers la fin de 1847, que dans Michaïleni et sur d'autres points de la Moldavie, une maladie nouvelle désignée sous le nom de lèpre épidémique, s'était montrée et présentait les caractères qui suivent: rougeur et gonflement des mains et des pieds, plus tard, existence d'écailles épaisses, enfin, diarrhée, hydropisie et délire terminé assez souvent par la mort. Vu l'époque beaucoup trop rapprochée de mon départ, je n'eu pas le temps de franchir les vingt-cinq postes qui me séparaient du théatre de l'épidémie; mais je me hâtai de présenter à notre agent diplomatique une note assez détaillée avec prière de la faire parvenir, par l'intermédiaire du Consul de France à Jassy, au docteur Finkelstein, à l'observation du quel cette maladie s'etait présentée. Ma note fut envoyée; mais, depuis, les éveniments de 1848 étant survenus, nos représentants consulaires furent changés et je n'ai pu recevoir les renseignements demendés sur la ressemblance possible entre le pellagre et l'endémie dont on venait de me révéler l'existence".

Aşa dar primele cazuri au fost semnalate în Moldova, de Finkelstein şi, după Neagoe, de Chihak şi de Teodori senior. In Muntenia a fost găsită întâi de I. Felix în judeţul Muscel, la 1859. Rând pe rând se descoper cazuri în celelalte provincii româneşti: în

5) E. Billod: Traité de la Pellagre, Paris, Masson, 1870.

Biblioteca Universitatea "Babeş-Bolyai" Cluj

Bucovina la 1886 (Neagoe), în Basarabia 1894 (Rosen), în Transilvania 1896 (Neagoe). E interesant de notat că cei 4 bolnavi găsiţi de Neagoe în Cernăuţi erau muncitori care lucraseră în Moldova şi reveniseră acasă bolnavi.

Odată apărută, boala a progresat cu repeziciune luând ca şi în Spania şi Italia caracterul aparent al unei epidemii, ceeace făcuse pe medicii străini să o considere la început ca pe o boală contagioasă. Neagoe citează astfel pe Doctorul Degerăţeanu, care în 1888 semnalase în judeţul Ialomiţa 18 cazuri pe când în 1899 găsea 300.

După Neagoe prima anchetă statistică în România a fost aceia a Doctorului Sergiu, de la 1882, când erau cunoscute deja 4500 cazuri. Datele publicate imediat după aceia (1884—1886) de Ambulanţele militare rurale înregistrau însă 19797 de cazuri.

In 1888 Doctorul Sergiu, pe atunci Director al Serviciului Sanitar, publica în raportul său o statistică detaliată consemnând un total de 10626 de cazuri şi anume: 6127 de gr. I, 3287 de gr. II şi 1212 de gr. III. Din aceştia:

7527 erau agricultori;
2132 erau ţărani muncitori manuali, zilari;
19 erau meseriaşi;
28 erau comercianţi (cârciumari, etc.);
4 erau funcţionari;
15 erau preoţi;
5 erau cântăreţi bisericeşti;
20 erau servitori;
831 erau copii.

Dacă luam în consideraţie că populaţia totală a ţării era atunci de 5.300.000 de locuitori, morbiditatea prin pelagră înregistrată oficial atingea deci cam 2 la mie.

CJI / Central University Library Cluj

Din această epocă, statisticile citate de Neagoe arată, cu toate oscilaţiile neregulate, o continuă înmulţire a cazurilor. Doctorul Felix înregistra astfel:

1892	16.488	de cazuri;
1893	7.091	„
1894	6.694	„
1895	7.531	„
1896	13.000	„
1897	17.912	„
1898	19.796	„

Proporţia la 1000 de locuitori atingea astfel cifra de 3,5.

In 1902 numărul pelagroşilor cunoscuţi atingea cifra de 55.000 adică cam 8,8 la mie de locuitori.

Trebue să mai notăm că, de la început, distribuţia cazurilor de pelagră în diferitele regiuni ale ţării a fost cu totul inegală. Moldova a fost chiar din această epocă cea mai bântuită, şi în special judeţele Botoşani, Roman, Tutova, Tecuci, Covurlui. In Muntenia cea mai mare frequenţă o dădeau Prahova, Dâmboviţa, Teleormanul. In aceste regiuni proporţia pelagroşilor atingea cifrele record de 10—20 la mie. (Neagoe).

A venit apoi epoca mişcărilor ţărăneşti din 1907,, legile agrare, războiul pentru reîntregire şi împroprietărirea. Cifra pelagroşilor în-

registrați oficial a crescut în tot acest timp sistematic până în preajma războiului.

La 1910 se cunoșteau 53.400 de cazuri;
La 1911 „ 80.000 „
La 1912 „ 37.191 „ (Babeș).

E sigur că oscilațiile neexplicabile de la an la an sunt datorite imperfecției metodelor de înregistrare. Babeș le atribuia „decadenții Serviciului Sanitar" în acele epoci, datorită „economiilor exagerate, lipsei de personal etc.".

Indată după război se părea că numărul cazurilor a scăzut. Poate că tifosul exantematic secerase pe toți pelagroșii și pe cei demobilizați, pelagroșii „în spe". Apoi, cu toate greutățile războiului, soldații primiseră o hrană mai variată de cât se consumă de regulă la țară.

Impropietărirea dădea speranțe noi. Profesorul Mouriquand de la Lyon, care a vizitat țara noastră acum 12 ani, spunea recent unuia din autori că atunci, se grăbise să vie neîntârziat ca să vadă ultimele cazuri de pelagră în România, pentru că i se spusese că boala e pe cale să dispară odată cu împropietărirea.

Din nenorocire toate speranțele acestea au fost înșelate. Nu numai că pelagra nu a dispărut, dar numărul cazurilor înregistrate în ultimii ani au ajuns pe acele de la 1911, și arată tendința de creștere progresivă.

Iată cifrele date de Anuarul Statistic al României:

Babeș-Bolyai University Library Cluj

1931	49.227	cazuri	sau	2,6	la mie;
1932	51.234	„	sau	2,7	„
1933	55.908	„	sau	2,9	„
1934	67.773	„	sau	3,5	„
1935	73.877	„	sau	3,8	„

Dacă cifrele acestea rămân tot în jurul a 70—80000 și acum, după război, când populația țării a crescut, asta nu înseamnă că pelagra a scăzut în aceiaș proporție. Să nu uităm că provinciile unite, afară de unele părți din Basarabia, nu au decât doar excepțional pelagră, astfel că tot populația vechiului Regat trebue considerată în statisticele actuale.

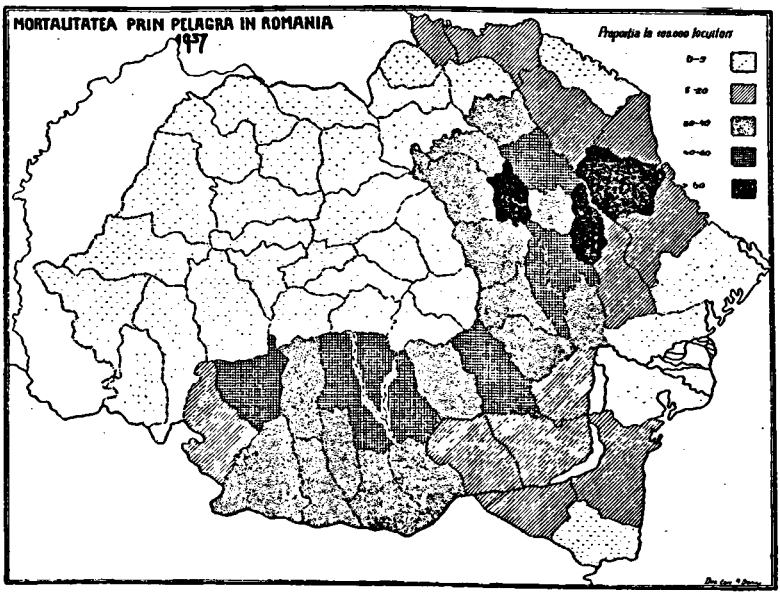
Este neîndoios însă că toate datele, care s'au putut aduna, sunt încă reduse față de numărul real al cazurilor. Mulți din bolnavii, care fac forme ușoare, nu vin la doctor, și nu vor să mărturisească că sunt bolnavi. Epoca de eritem trece repede și asemenea cazuri nu pot fi depistate decât cu greutate, în cursul anchetelor sociale amănunțite, și nu la dispensarele unde vin numai o parte din bolnavi. O oglindă mai exactă ne dau desigur datele relative la mortalitatea prin pelagră.

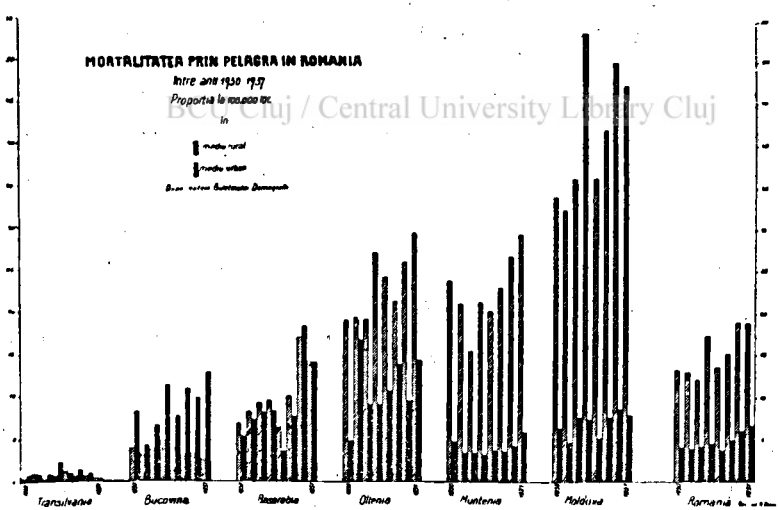
In 1912 numărul morților de pelagră atinge 2140 (Babeș). Acest număr oscilează și astăzi cam în jurul aceleiaș cifre. Iată în detaliu mortalitatea înregistrată între 1930 și 1937.

MORTALITATEA prin pelagră în provinciile române în anii 1930-1937

Anul	PROVINCII	România		Muntenia și Dobrogea		Bucovina		Basarabia		Transilvania		Oltenia		Moldova		Banat și Maramureș	
		Cifre abs.	Propr. la 100000	Cifre abs.	Propr. la 100000	Cifre abs.	Propr. la 100000	Cifre abs.	Propr. la 100000	Cifre abs.	Propr. la 100000	Cifre abs.	Propr. la 100000	Cifre abs.	Propr. la 100000	Cifre abs.	Propr. la 100000
1930	Total	2087	11.7	910	19	42	5	193	6.8	15	0.3	263	17.5	663	27.7	1	0.1
	Rural	1941	13.5	851	23.9	25	3.9	174	7	9	0.2	254	19.3	628	34.1	—	—
	Urban	146	4 2	59	4.8	17	8.2	19	5.4	6	0.8	9	4.8	35	6.4	1	0.6
1931	Total	2075	11.4	810	16.6	30	3.5	237	8.2	42	0.9	295	19.3	641	26.1	20	2.1
	Rural	1935	13.2	770	21.2	21	3.2	211	8.3	36	0.9	264	19.6	614	32.5	19	2.4
	Urban	140	4.0	40	3.2	9	4.3	26	7.3	6	0.8	31	16.9	27	4.8	1	0.6
1932	Total	1964	10.7	619	12.5	39	4.5	270	9.2	9	0.3	281	18.1	742	29.8	3	0.1
	Rural	1815	12.2	579	15.6	25	3.8	241	9.3	5	0.2	264	19.3	699	36.2	2	0.1
	Urban	149	4.2	40	3.2	14	6.7	29	8.2	4	0.8	17	9.2	44	7.8	1	0.2
1933	Total	2800	15	948	18.8	57	6.5	281	9.5	28	0.8	394	25.1	1091	43.1	11	0.4
	Rural	2637	17.4	806	21.3	33	4.9	251	9.6	16	0.6	377	27.2	1048	53.4	7	0.4
	Urban	163	4.6	42	3.3	24	11.5	30	8.4	12	2.3	17	9.2	43	7.5	4	0.9
1934	Total	2223	11.8	845	16.3	26	2.9	188	6.2	18	0.5	366	22.7	768	29.4	12	0.5
	Rural	2089	13.7	798	20.4	10	1.5	175	6.5	16	0.6	346	24.3	738	36.2	6	0.3
	Urban	134	3.8	47	3.7	16	7.6	13	3.6	2	0.4	20	10.8	30	5.2	6	1.4
1935	Total	2561	13.4	959	18.4	44	4.9	301	9.8	20	0.59	331	20.5	902	34.5	4	0.16
	Rural	2385	15.3	913	23.2	21	3.0	273	10.1	14	0.49	305	21.4	857	42	2	0.1
	Urban	176	4.9	46	3.6	23	10.9	28	7.8	6	1.1	26	14.0	45	7.8	2	0.46
1936	Total	3209	16.6	1123	21.2	43	4.7	528	17.1	19	0.6	394	24.1	1092	41.1	10	0.4
	Rural	2990	19 5	1068	26.7	22	3.1	462	16.9	15	0.3	376	26	1042	50	5	0.3
	Urban	219	6.1	55	4.3	21	10	66	18.3	4	0.8	18	9.6	50	8.6	5	1.1
1937	Total	3256	16.6	1286	24	45	4 96	443	14.2	14	0.4	456	27.6	1006	37.2	6	0.25
	Rural	3015	18.9	1209	29	18	2.56	388	14.2	8	0.28	429	29.3	959	47.2	4	0.24
	Urban	241	6.7	77	6.02	27	13	55	14.2	6	0.12	27	14.5	47	8.01	2	604

Am crezut interesant să transpunem aceste cifre în următorul grafic care le pune mai ușor în evidență.





BCU Cluj / Central University Library Cluj

Se vede astfel uşor cum variază frequenţa pelagrei în diferitele provincii şi că în fruntea lor rămâne şi astăzi Moldova, unde au apărut acum 100 de ani primele cazuri. Se vede de asemeni tendinţa la creştere a numărului de decese înregistrate în ultimii ani.

Harta anexată a fost întocmită după datele buletinului demografic pe anul 1937. Vedem că judeţele cele mai bântuite se găsesc în Moldova: Roman, Fălciu şi în Basarabia: Lăpuşna. In rândul al doilea vin Tecuciul, Tutova, Iaşul în Moldova şi Gorjul, Argeşul, Muscelul, Dâmboviţa, Buzăul dincolo de Milcov. In aproape toate ju-

deţele vechiului Regat, numărul deceselor trece de 5 la 100000 pe când în Transilvania şi în Bucovina, cu excepţia Cernăuţiului, mortalitatea a fost sub această cifră sau nulă.

Cifrele acestea nu au nevoe de multe comentarii. Subliniem însă proporţia **însemnată de decese în mediul urban,** în unele provincii Bucovina, Basarabia, ele întrecând chiar pe acele din mediul rural. Nu trebue să interpretăm aceste date greşit şi să presupunem că realmente numărul pelagroşilor e mai mare în Bucovina la oraşe decât la sate. De fapt, datele culese de Institutul de statistică sunt luate de la Oficiile de Stare civilă, care au înregistrat morţile şi ele arată numai că în Bucovina mai mulţi pelagroşi vin să se îngrijească la Cernăuţi şi că mor aci. — Totuşi contradicţia cu mortalitate pelagroasă în mediul urban în Moldova rămâne curioasă.

Mortalitatea prin pelagră atinge la noi încă şi azi cifra de 11—16 la o sută de mii de locuitori, pe când în Italia ea a scăzut de la 22,5 (1883) la 01,—0,2 cât e socotită în prezent.

Ancheta întreprinsă de noi poate oglindi mai bine situaţia în satele Moldoveneşti, unde pelagra atinge o frequenţă mult crescută. Iată situaţia în satul Osoi din comuna Tomeşti, Iaşi.

Anul	Populaţia totală	Morbiditate		Mortalitate		Procentul de cazuri mortale
		Cifre abs.	Proporţia la 1000 loc.	Cifre abs.	Proporţia la 100000 loc.	
1930	1813	129	71	1	55	0,7
1931	1862	134	71	1	59	0,74
1932	1920	154	86	4	208	2,6
1933	1958	161	81	6	306	3,7
1934	2018	168	83	0	0	0
1935	2067	201	97	0	0	0
1936	2117	45	35,4	1	47,2	1,33
1937	2162	107	49,5	1	46,3	0,93

BCU Cluj / Central University Library Cluj

După cum vedem, procentul cazurilor fatale a evoluat în Osoi între 0, 0,7 şi 3,7. Cifrele acestea se potrivesc de altfel cu media estimată de Babeş care era de 1,5—2%. Astfel fiind, dacă am încerca să calculăm pe baza aceasta morbiditatea probabilă la noi în ţară, plecând de la numărul morţilor anuali, am găsi cifre mult superioare celor oficiale. Admiţând o mortalitate medie de 1,5% am calcula la 3200 de morţi circa 200000 de bolnavi adică circa 11 la mia de locuitori.

Importanţa problemei pelagrei în România poate fi văzută şi din tabloul următor, unde sunt cuprinse după datele Anuarului Statistic, morbiditatea şi mortalitatea prin principalele boli sociale în anii recenţi.

	MORBIDITATE					MORTALITATE				
	1931	1932	1933	1934	1935	1931	1932	1933	1934	1935
Sifilis	163347	164736	172138	22845	184837	1716	1835	1735	2671	2778
Tuberculoza	96235	97878	100737	106651	112220	34167	33152	30424	31583	34142
Pelagră	49227	51213	55908	67773	73877	2643	1963	2791	2228	2561
Cancer	11340	11970	12992	13693	11561	6691	7892	7550	7580	8180

Aşa dar în vechiul regat şi în Basarabia pelagra continuă să fie una din bolile sociale cele mai importante. Cu toate schimbările întâmplate în ultimii 25 de ani, ea a rămas cel puţin staţionară dacă nu cumva a crescut. Pentru ce e aceasta situaţia în România, atunci când în Franţa şi în Italia [6]) pelagra a dispărut sau a scăzut considerabil ?

Cauza e că reformele sociale şi în general toate sforţările făcute nu au schimbat întru nimic hrana ţăranului. Oricât de puţin lămuriţi am fi încă asupra cauzelor imediate care produc pelagra, un lucru rămâne pe deplin stabilit: Pelagra e datorită unei anumite alimentaţii dezechilibrate şi incomplecte. Acolo unde alimentaţia a putut fi schimbată radical, pelagra a dispărut.

Cu toate progresele realizate prin cercetările recente, diferiţii autori nu sunt încă de acord, când e vorba să explice în ce fel produce regimul pelagrogen boala [7]). Două grupe de explicaţii rămân încă mult discutate: Ipotezele zise aplastice care pun greutatea pe una sau pe alta din carenţele, aminoacidice, minerale sau eventual vitaminice ale regimului pelagrogen, şi ipotezele care atribue rolul eficient unei intoxicaţii, fie ea datorită unor toxine pelagrogene ingerate îndelung de bolnavi, fie unor toxine endogene rezultând din cauza alimentaţiei greşite.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

După cum am amintit până acum, nici una din aceste ipoteze nu a căpătat confirmarea definitivă şi e probabil ca amândouă să aibă câte o parte de dreptate. Tot mai mult suntem înclinaţi să vedem că, spre deosebire de sindromele experimentale, în care putem după voe să suprimăm sau să modificăm numai câte un element, sindromele clinice de nutriţie sunt de fapt nişte sindrome complexe datorite nu unei cauze unice, ci unei întregi asocieri de cauze. De aceia şi e, între altele, greu să realizăm experimental sindrome care să corespundă exact celor întâlnite în clinică.

Un lucru ni se pare în orice caz evident, deşi el e încă destul de discutat. Pelagra apare la populaţia a cărei hrană de căpetenie e păpuşoiul. Acesta trebue să aibă un rol principal în apariţia ei.

Nu încape nici o îndoială că regimul alimentar al pelagroşilor

6) Aykroyd Pellagra Nutr. abstr. and reviews (1933) 3 337.

7) I. Nitzulescu: Cauzele pelagrei în lumina cercetărilor actuale. „Mişcarea Medicală", (1935), p. 83.

are multe alte cusururi. După cum am arătat în ancheta făcută la Osoi [8]), regimul pelagrogen prezintă o insuficiență de proteine animale, de Calciu, și în totul de alimente protective, el reprezintă un abuz de glucide greu digestibile și ușor fermentescibile. Factorul dominant, acela care pare a fi legat în toate părțile de pelagra endemică, rămâne păpușoiul (și nu numai păpușoiul stricat), după cum beriberiul Chinezilor și Indienilor rămâne asociat cu orezul. De multe ori regimul țăranului moldovean se rezumă la un adevărat monofagism maidic. Am văzut țărani mâncând așa zise sarmale, umplute numai cu crupe de păpușoi și abia unse cu o picătură de untură, și cu mămăligă.

S'au semnalat aspecte clinice asemănătoare pelagrei la indivizi care nu mănâncă păpușoi [9]). Partizanii teoriilor zeiste nu au vrut să le recunoască drept adevărate cazuri de pelagră; ei le-au numit deci pseudo sau para-pelagră. Alții însă (de exemplu Stannus, și la noi mai de curând Flinker) [10]), le consideră că sunt pelagră adevărată și de aceia se neagă păpușoiul un rol esențial. S'au descris astfel: pelagra alcoolică, pelagra nebunilor, și pelagre secundare unor turburări digestive grave: ulcere, cancere, etc. Numărul acestor cazuri de pelagră fără păpușoi rămâne însă impresionant de redus față de marea masă a pelagroșilor din regiunile endemice, și apar sporadic cam cu aceiaș frequență redusă în diferite țări cu sau fără pelagră endemică.

După cum a accentuat unul din autori în raportul prezentat anul acesta Congresului Francez de la Marsilia [11]), chiar dacă turburările metabolice, care aduc în ultimă instanță apariția simptomelor de pelagră, ar putea fi produse prin mai multe căi diferite, (cum sunt intoxicația alcoolică, sau anumite stări de denutriție), aceste turburări sunt realizate cu o deosebită ușurință numai prin abuzul de păpușoi. La fel se întâmplă lucrurile cu beriberi. La acelaș congres din Marsilia, Lecoq a discutat etiologia acestei boale aducând experiențele sale cu deosebire de interesante. El a reușit să producă experimental polineurita în afară de o carență a vitaminei B, numai prin un regim alimentar, care conținea un exces de lactoză ori de galactoză și mai ales prin administrarea directă de acid lactic.

Se știe azi că vitamina B_1 are, între altele, rostul unui ferment indispensabil în lanțul arderilor carbohidraților și că, în lipsa ei, aceste arderi imperfecte aduc o supraîncărcare acidă, între altele cu metilglyoxal și acid lactic. Abuzul de orez și lipsa vitaminii B nu fac în definitiv decât ceea ce administrarea directă de acid lactic realizase experimental, adică intoxicația acidă caracteristică polinevritei. De sigur însă că din punct de vedere practic, abuzul de orez decorticat rămâne adevărata cauză a polinevritei clinice, după cum pă-

8) **Aykroyd, Alexa** and **Nitzulescu**: Study of the alimentation of peasants in the pellagra area of Moldavie. (Arch. roum. de path. exp. et de microbiol, tome 8, Dec. 1935).

9) **Stannus**: Pellagra an pellagralike conditions in warm climates Trop. dis. Bull. (1936, **33** 729, 815, 885).

10) **Flinker**: Die pellagra Erg. d. Inn. Med. u. Kinderheilk. (1935), **49** 522.

11) **J. Nitzulescu**: La therapéutique de la pellagre XXV congres français de Médecine, Masson, 1938.

pușoiul înlesnește apariția turburărilor ce dau pelagra. Ambele regimuri sunt insuficiente, carențate, deschilibrate în mai multe privințe; fie care aduce însă de regulă sindromul metabolic și clinic caracteristic lui, regimul cu orez polinevrita, cel cu păpușoi, pelagra.

In România cazurile de pelagră fără păpușoiu, chiar dacă le considerăm adevărată pelagră, sunt rare. Problema pelagrei în România rămâne deci din punct de vedere practic, problema păpușoiului, adică a abuzului de păpușoiu.

Ce putem ști însă asupra mecanismului patogenic prin care păpușoiul produce boala?

Autorii mai vechi acuzaseră ciupercile care se desvoltă pe păpușoiul cules de crud și prost conservat. Lombrozo a popularizat mai ales această teorie, care a găsit și la noi în țară un apărător înfocat în Doctorul Antoniu [12]) și s'a răspândit cu ușurință în cercuri tot mai largi. Alți autori au căutat să pună în evidență toxine chiar în păpușoiul neavariat. Aschoff, Horbacewschi [13]), Raubiczek [14]) Umnus [15]) căutau anumite toxine fotosensibilizante, pe care însă nimeni nu le-a putut pune în evidență în chip indiscutabil. A fost acuzată de asemeni și însăși proteina păpușoiului zeina, și Profesorul Nitzescu găsea în sângele pelagroșilor o reacție Abderhalden pozitivă.

Cunoștințele mai clare pe care le avem astăzi asupra importanței carențelor alimentare, au adus în discuție din nou problema insuficienții alimentare a păpușoiului, insuficiența zeinei în anumiți acizi aminați (triptofanul), insuficiența regimului pelagrogen în anumite minerale (K, Fe, etc.). Cea mai populară însă dintre toate teoriile acestea, care admit rolul carențelor e aceia formulată de Goldberger și susținută prin experiențe extrem de interesante, teoria carenței unei vitamine specifice, vitamina P.—P.

Goldberger a obținut la câine un sindrom caracteristic cu turburări digestive și leziuni bucale și cu oarecari leziuni cutanate scrotale, pe care îl considera că e pelagră experimentală. Acest sindrom poate fi vindecat prin drojdie de bere și prin unele alimente, lapte, carne, verdețuri, care ar conține după Goldberger vitamina antipelagroasă. De curând, autorii americani [22]) au izolat chimicește o sub-

---

12) **Antoniu**: Traité de la Pellagre. Buc., Tip. Ind Roum., 1887.
13) Das Oest. Sanit. (1910) 345, (1912) 417.
14) Raubiczek Cent. f. Bakt. (1911), orig. LVII 193.
15) Umnus Zeit. f. Imm. Forsch. (1912).
16) **Nițescu** și **Niculescu**: Patogenia și tratamentul pelagrei. Buc. (1921).
17) **Wilson J.**: Am. Med. Ass. (1932), J. of. Hyg. (1921), Chick and Hume Bioc. Journ. (1920) **14** 135.
18) **Urbeanu**: Citat de Babeș.
19) Bliss Science (1930) **72** 577.
20) **Hațieganu**: Considerații noi în terapeutica pelagrei. Cluj Med. (1936) 180.
21) **Goldberger** Tanner E. S. P. H. Rep. 1925, 40, 54; **Goldberger** Lille: Ibid., 1928, 675; **Goldberger** și **Wheeler**: U. S. P. H. Serv. Hyg. Labor., Bull. 120.
22) **Elvehjem, Madden, Strong** et **Wooley**: Relation of nicotinic acid and nicotinic acid amide to canine blacktongue J. Am. Chem. Soc. (1937) 59, 1767. **Smith** and **Ruffin**: Pellagra succesfully treated with nicotinic acid. J. Am. Med. Ass. (1937) 109, 2054.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

stanţă bine definită, acidul nicotinic care pare să vindece sindromul canin şi e poate vitamina lui Goldberger. Experienţele făcute pe om sunt încă prea puţine pentru a putea trage o concluzie definitivă. Ele au părut la început foarte promiţătoare. In special au beneficiat simptomele bucale şi digestive. Cu toate acestea au apărut şi comunicări mai puţin satisfăcătoare. Schmidt şi Seiydenstricker[23]) administrând acidul nicotinic de 2 ori pe săptămână în doze de câte 100 mgr. n'au putut obţine rezultate profilactice mulţumitoare. De asemeni puţinele încercări făcute la Iaşi nu au dat rezultate mai concludente.

Ne putem întreba prin urmare, dacă succesul avut de autorii americani nu trebue atribuit unei simple acţiuni farmacodinamice, care modifică favorabil unele simptome ale boalei, fără nici o legătură cu adevărata ei patogenie. Toate aceste cercetări nu au căpătat deci încă o soluţie definitivă.

Trebue să amintim în treacăt şi de teoria susţinută mai ales de autorul danez Petri[24]), care admite că şi în pelagră, ca şi în anemia pernicioasă esenţială e lipsa unui factor intrinsec secretat în mod normal de stomac. El se bazează pe unele sindrome experimentale obţinute la câne, şi la purcel după extirparea stomacului. Incercările terapeutice cu extrase de mucoasă de stomac nu au dat însă la om rezultatele scontate, astfel că existenţa unui factor specific stomacul nu poate fi demonstrată.

Cu toate acestea, credem că studiul patogeniei pelagrei nu trebue să piardă din vedere seriozitatea turburărilor digestive. Bazându-ne atât pe cercetările urmărite de prof. Ballif, D-r Gheşcovici, Ornstein şi colaboratorii lor[25]), cât şi pe acele făcute în laboratorul de Biochimie al Institutului de Higienă din Iaşi[26]), iată cum vedem noi astăzi înlănţuirea momentelor patogene:

---

23) Schmidt and Sydenstricker: Nicotinic acid in the prevention of pellagra J. Amer. Med. Ass. (1938), 110, 2065.

24) Petri şi colabor.: Acta Med. Scand. XCIII (1937) 450.

25) Ballif şi Hoffman: La gastrogramme dans la pellagre. Bull. Soc. N. P. P. şi End. (1927) No. 3, p. 230.

Ballif şi Ornstein: Les protides et les lipides dans la pellagre. Bul. Soc. N. P. P. End. (937) No. 4—6.

Ballif şi Ornstein: L'épreuve de l'atropine et de l'ortostatisme chez les pellagreux. Rev. Med. Chir., Iassy (1933), 44, No. 5—6.

Ballif şi Gherşcovici: Le K et le P dans les muscles et la substance cérebrale au cours des avitaminoses B et de la pellagre. C. R. S. Biol. (1934), 115, 75.

Ballif şi Ornstein: Hyperglicémie alimentaire dans la pellagre. Bull. Soc. N. P. P. End. (1934), p. 103.

Ballif şi Ornstein: La cholesterolémie dans la pellagre. C. R. Soc. Biol 109 234.

26) Ornstein şi Văscăuţeanu: Sur la polipeptidémie dans la pellagre. C. R. Soc. Biol. (1935) 1440.

26) Slătineanu, Sibi, Nitzulescu Franke, Paraschivescu: L'ammoniurie et ses rapports avec l'équilibre acide-base dans la pellagre. C. R. Soc. Biol. (1934) 116, 1110.

Slătineanu, Sibi, Nitzulescu, Cantacuzène, Lupu: C. R. Soc. Biol. (1934) 116, 1113.

Slătineanu, Sibi, Nitzulescu, Franke, Veit: Exploration fonctionnelle du rein chez les pellagreux. C. R. Soc. Biol. (1934) 116, 1115.

Pentru noi, Şcoala de la Iaşi, turburările digestive joacă rolul esenţial în desfăşurarea simptomelor boalei.

Lombrozo şi apoi Babeş au semnalat de mult gastrita achlorhidrică a pelagroşilor şi între alte consecinţe prezenţa colibacilului în conţinutul gastric (pe care noi nu am verificat-o). Cercetările noastre au pus însă în evidenţă fermentaţiile intestinale acide, care fără îndoială, că devin sursa unor însemnate şi continui rezorpţii toxice.

In adevăr examenul chimic al materiilor fecale la pelagroşi a pus în evidenţă reacţiunea acidă mult exagerată a conţinutului intestinal. Diareea intensă, mergând până la leziuni ulceroase, ne arată gradul de iritaţie al mucoasei intestinale şi ne explică cantitatea însemnată de albumină găsită în aceste fecale, precum şi apariţia consecutivă a fermentaţiilor amoniacale puse în evidenţă.

Cui este datorită această aciditate intestinală? In pelagră conţinutul gastric trece în intestin lipsit de acid clorhidric liber şi întâlneşte acolo sucurile hepatice, pancreatice şi intestinale, poate şi ele modificate, dar care prezintă reacţii alcaline. Aciditatea anormală pe care am găsit-o nu poate proveni decât din fermentaţiile anormale, desvoltate pe mediul constituit de făina de păpuşoi, mai mult sau mai puţin fiartă, care constitue un admirabil mediu de cultură pentru microbi. Numărul acestora în scaunele unui pelagros diareic este formidabil. Incercările de izolare şi identificare ale acestei flore bacteriene au rămas până astăzi neputincioase. Sunt prea multe, prea diferite forme, aerobi, anaerobi, probabili şi forme ultravizibile, încât studiul lor ar cere sforţări şi mijloace pe care numai Statul (care nu se interesează de astfel de probleme teoretice) sau o Fundaţie Rockefeller le-ar putea duce la bun sfârşit.

E sigur că toată această lume microbiană poate străbate uneori bariera intestinală, dar faptul esenţial e că ea modifică neîncetat mediul fermentescibil şi secretă produsele care prepară la rândul lor terenul pentru alte serii de microbi şi deci de toxine.

Mai mult încă, după cum subliniam în nota pe care o prezentam prin Profesorul Danielopolu la Institutul internaţional de Higienă [27]),

---

Slătineanu şi colab.: Contribution à l'étude des troubles métaboliques dans la pellagre. Arch. Roum. de Path. exper. et de Microbiol. (1934) 7 365.

Slătineanu, Bălteanu, Sibi, Levit: Contribution à l'étude du chimisme intestinal dans la pellagre. C. R. Soc. Biol. (1937) **124** 392.

Slătineanu, Bălteanu, Sibi, Nitzulescu, Franke, Veit, Naftalis: Recherches biochimiques sur l'autointoxication dans la pellagre. C. R. Soc. Biol. (1937) 124 393.

Ballif, Nitzulescu, Ornstein şi L. Ballif: Sur la teneur en acide ascorbique du liquide cephalo-rachidian chez les pellagreux. C. R. Soc. Biol., Paris, 1939.

Nitzulescu, Ornstein, Sibi, Teodoru: La glutathionémie chez les pellagreux. Bull. Soc. Ch. Biol., Paris (1936) **17**, 227.

Slătineanu, Bălteanu, Potop, Franke: Sur la teneur en P, en Ca et en K dans le sang des pellagreux. C. R. Soc. Biol. (1937) **126**, 811.

Slătinea şi Potop: La Na et le K du sérum et du liquide cephalo-rachidien dans la pellagre. C. Rend. Soc. Biol. (1938) **129**, 718.

Slătineanu şi Potop: Recherche sur le taux des polypeptides dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien chez les pellagreux. C. R. Soc. Biol. (1938) 129, 713.

27) **Slătineanu, Bălteanu, Sibi, Nitzulescu, Levit.**: Contribution à l'étude du chimisme intestinal dans la pellagre. Bull. Ac. Med. Roum. III ann. Tome 5 p. 489. Bull. office internat. Higiène publique (1938) p. 2265.

Ramon [28]) a arătat că acizii (în special acidul butiric) pot intesifica acţiunea toxinelor, dând naştere la adevărate hipertoxine.

Deci, iată bilanţul: fermentaţiunea anormală pe terenul maidic, hiperaciditatea intestinală, flora bacteriană enormă, putrefacţiuni, toxine şi supertoxine se găsesc asociate în intestinul pelagroşilor. Astfel o mare parte (cu siguranţă că nu toate) din simptomele pelagrei pot fi înţelese şi explicate. Evident că rămân încă multe fenomene obscure pe care ni le-ar putea clarifica poate studiul vitaminelor sau al proceselor metabolice. In felul acesta înţelegem cum alimentaţia abuzivă cu păpuşoiul indigest, chiar dacă nu e cauza directă, dar ea întreţine un cerc vicios, ducând la apariţia simptomelor clinice, fără ca să mai fim obligaţi numai decât în păpuşoi prezenţa unei toxine sau toxamine (cum ar numi-o Mellamby) exogene. Chiar dacă o asemenea toxină ar exista, ea s'ar asocia cu atât mai mult acestor produse toxice ale fermentaţiilor intestinale. S'ar putea de altfel ca însuşi rostul ipoteticei vitamine P. P. să fie tocmai acesta de a neutraliza efectele toxinelor produse de regimul dezechilibrat prin excesul de păpuşoi (vezi teoria lui Chick şi Aykroid) [29]).

Existenţa acestor continui rezorpţii toxice e mai mult decât suficientă ca să ne explice nu numai turburările funcţionale şi leziunile nervoase, dar şi toată seria de turburări metabolice pe care le-am putut pune în evidenţă. Ballif şi Gherşcovici au semnalat tendinţa netă la acidoza sângelui şi a lichidului cefalo-rachidian [30]). Şcoala dela Socola şi cercetările noastre au pus în evidenţă turburările echilibrului proteic în sânge. Prin probele de explorare funcţională am putut demonstra existenţa unei insuficienţe hepatice şi renale în cursul turburărilor acute ale pelagrei *).

Digitized by Biblioteca Universitatea "Ovidius" Constanta

---

28) Ramon. C. Rend. Acad. Sc. Paris. Citat în lucrarea precedentă.

29) Chick: Lancet (1933), II, 341.

30) Ballif şi Gherşcovici: La reserve alcaline et la Ca dans la pellagre. C. R. Soc. Biol. (1927) **98**, 393.

*) *Nota 1.* — Nu am menţionat până acum examenul sângelui. La pelagroşii declaraţi se constată un număr considerabil de globule roşii (5—6 milioane), număr care contrastează cu starea deplorabilă a pacientului. Explicarea este foarte simplă: graţie diarei, avem un apel considerabil de apă din sânge şi o concentraţie globulară consecutivă. Mărturisesc că unul din noi — mult timp nu şi-a dat seama de acest mecanism. — (A. S.). De altă parte, prin cercetări foarte vechi (Gălăşescu şi Slătineanu — C. R. Soc. Biol. 1907 (Nota 2) am stabilit că în pelagră există un oareşicare grad de monocitoză, cercetări cari au fost confirmate de mai toţi savanţii care s'au ocupat de această chestiune şi în special de Prof. Balif, care a făcut un studiu mult mai complect ca al nostru, determinând şi formele de mononucleare găsite. In rezumat în pelagră există o mononucleoză. Intr'un studiu publicat în Analles de l'Inst. Pasteur 1934 — Nicolau Poincloux — Kopciowska şi Balmus — stabilesc în mod experimental că „la mononucléose est le reflet leucocyttaire principal de l'intoxication". Iată un argument în plus în favoarea ideii noastre, că pelagra este mai cu seamă o intoxicaţie, fără să negăm câtuşi de puţin influenţele vitaminelor şi hormonelor, care rămân însă să fie demonstrate. Aceiaşi concluzie o au Ballif-Sibi-Ornstein, când la pag. 116 afirmă: La Pellagre... se rapproche des **„états toxi-infectieux aigus"**. (Bull. de Neurologie 1931).

*) *Nota 2.* — Rezultatele noastre au fost confirmate în genere şi de Crăciuneanu şi mai recent de Prof. Tomescu. Nu mai dau citatele.

Ballif şi Gherşcovici: Le PH. du plasme sanguin du liquide céphalo-rachidien dans la pellagre. C. R. Soc. Biol. (1928) **99**, 1187.

Dar fără îndoială că fermentațiile și putrefacțiile toxigene nu se întâlnesc numai la indivizii care fac simptome patente de pelagră. Aceste simptome nu sunt, de cât stadiul înaintat al unor turburări întreținute prin regimul alimentar mizerabil la mult mai mulți țărani decât acei aparent bolnavi. Din cele 10 sau și mai multe suflete care locuesc în aceiași casă, ca să nu zicem în aceiași odae, (vezi ancheta noastră asupra pelagrei în satul Osoi, numai unul sau doi prezintă simptome de pelagră. Unul din aceștia este aproape matematic gospodina casei pe care sarcinele repetate, alăptatul, muncile grele pe ogor, și povara casei au slăbit-o în așa hal încât ea este prima victimă. Al doilea caz, când exsită, este unul din copii. In ambele cazuri este probabil (nu am putut continua cercetările pentru că nu am mai primit nici o subvenție), că e vorba de organisme predispuse prin această extenuare organică, prin insuficiențe hepatice sau altele (hormonale?).

Iată ce ne permite această afirmație deși nu avem date experimentale mai certe: Din analizele făcute la ceilalți membri ai familiei din o casă pelagroasă, rezultă că hiperaciditatea este prezentă chiar fără nici un alt simptom de pelagră. Putem vorbi de o stare de „pre-pelagră" la indivizi care au încă un organism solid fără tare hepatice, renale sau altele dar care mâne, poimâne, când vor fi expuși unei boale intercurente, exces alcolic ori, chiar unei munci mai ostenitoare, vor putea face leziuni patente.

Aceasta e poate și predispoziția, pe care țăranii Români, prizonieri, o arătau pentru pelagră, semnalată de Babeș în răsboiul trecut. Dimpotrivă servitorii de la orașe, mai toți de origine de la țară, dar care și-au schimbat la stăpân felul lor de alimentație, nu fac pelagră, deși rudele lor de acasă pot prezenta simptomele tipice. Dar și cercetările acestea menite să studieze faza de prepelagră nu au putut fi continuat din lipsă de fonduri.

Care sunt concluziile practice pe care le putem trage din studiul pelagrei? Deși nu putem spune că s'a lămurit pe deplin problema cauzelor care o produc, un lucru rămâne bine demonstrat. Pelagra dacă nu e evoluată până la constituirea leziunilor ireversibile, rămân ușor curabilă și mai ales poate fi preîntâmpinată prin simpla ameliorare a regimului alimentar. După cum sublinia profesorul Mouriquand la congresul din Marsilia, în lupta în potriva sindroamelor acestora de carență: „nous pouvons plus que nous savons". Schimbând alimentația țăranului, am putea aduce dispariția boalei mai înainte de a fi lămurit complect cauzele ei.

In Franța boala a dispărut. Măsurile sistematice care s'au luat în Italia, sau poate împrejurările care au adus schimbare felului de viață al țăranilor Italieni, au scăzut morbiditatea în chip impresionant. Goldberger și colaboratorii săi [31]) au studiat valoarea antipelagroasă, profilactică și curativă, a unui număr de alimente din cele obișnuite și au găsit că sunt în special active laptele, carnea, ficatul, verdețurile,

31) Golberger Wheeler Lillie and Rogers: A Study of the blacktongue preventive action of 16 foodstuffs with special ref. to the identity of blacktongue and pelagra PH. Rep. (1928) 43, 657, 1385.

patlagelele roşii. Autorii credeau că valoarea acestor alimente e datorită prezenţei vitaminii antipelagroase. Vedem că pâinea nu figurează printre ele. Cum s'ar explica succesul aparent al brutăriilor populare? Să fie faptul că pânea înlocueşte păpuşoiul, că ea e mai uşor digestibilă şi mai greu fermentescibilă? Să fie faptul că păpuşoiul conţine o toxamină pelagroasă pe care nu o conţine grâul? S'ar putea ca ciclul proceselor metabolice determinate de utizarea grâului să necesite o mai mică cantitate de factor specific antipelagros P. P. decât păpuşoiul şi astfel, deşi grâul nu e bogat în acest factor, nici nevoia vitaminii nu e aşa simţită şi de aceia un regim chiar dezechilibrat, dacă conţine grâu nu e pelagrogen cum devine când are un exces de păpuşoi?

Inlocuirea păpuşoiului cu grâu pare în orice caz să aducă dispariţia pelagrei. Trebue să atragem însă iarăşi atenţia că toate alimentele protectoare ale lui Goldberger, luate fiecare în parte, nu sunt active decât cu condiţia de a fi zilnic consumate în cantităţi destul de mari: 1200 gr. de lapte sau de zeamă de patlagele roşi, 200 gr. de carne, 500 gr. de morcov, 250 gr. de mazăre. Numai asocierea lor şi prin urmare variaţia regimului fac ca utilizarea lor să devie practică şi numai evitând în acelaş timp pe cât posibil abuzul pelagrogen de păpuşoiu. *)

In concluzie, cauza primordială a pelagrei, rămâne alimentarea aproape exclusivă cu porumb.

Suntem convinşi că atunci când ţăranul s'ar alimenta în afară de porumb cu carne, legume, lapte şi grăsimi animale, pelagra dacă nu ar dispare ar fi considerabil diminuată.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Toate sforţările trebuie să tindă spre această schimbare de regim dar lucrul cere o propagandă activă şi o educaţie nouă a oamenilor. Ţăranul sărac şi incult se simte mulţumit cu hrana lui de azi. El nu apreciază alimentele protective şi vinde la oraş şi puţinele ouă, păsări, lapte, legume pe care le produce, ori de câte ori îi este posibil.

Astăzi înţelegem de ce nu s'au adeverit cuvintele savantului român care era în acelaş timp şi un mare imaginativ, care credea şi mai cu seamă spera că Improprietărirea va schimba soarta socială şi economică a României. Da, aşa ar fi fost, dacă împroprietărirea era făcută aşa cum o face astăzi Italia în Tripolis sau în Abisinia, sau cum a făcut-o în mlaştinele Pontine, unde se perpetua rezervoriul de Malarie din epoca Romană şi până eri.

Este deci necesar ca profilaxia pelagrei să fie bazată pe propagandă sistematică, educaţie manajeră, încurajarea culturii raţionale a legumelor şi sporirea producţiei şi a consumului laptelui însoţite de micşorarea consumaţiei mămăligei şi înlocuirea ei măcar în parte cu pâne.

Câtă vreme ţăranul rămâne în starea lui economică şi culturală

---

*) Notă. — Recent, D-r Ioan Bogdan, asistent universitar la Iaşi, condus de studiile sale asupra histidinei în ulcerele gastrice, se ocupă de tratamentul pelagrei cu histidina. Studiile sale întrerupte prin ordine superioare, sunt continuate prin propriile lui mijloace. Rezultatele sunt în curs de publicaţie, dar putem spune atât că tratamentul cu histidină a dat rezultate foarte frumoase. Comunicaţia va urma în curând.

de astăzi combaterea pelagrei nu poate face progres. Această schimbare rămâne speranţa pe care o avem pentru ziua de mâne.

Lucrul acesta a fost de altfel întrevăzut şi de autorii mai vechi şi credem interesant să terminăm citând următoarele rânduri vehemente dar juste, din cartea amintită a D-rului Neagoe (p. 454):

„Arătaţi ţăranului că: numai acela capătă pelagră, care trăeşte mai numai din mămăligă şi mălai, mâncată cu mâncări sărace, de exemplu burueni rele, prost şi sărac gătite, fără ulei, untdelemn, unt ori untură animală de porc, etc., mâncată cu peşte sărat de calitate rea, cu fasole verde încărită, cu zarzare verzi, fierte laolaltă cu zeamă de mămăligă scursă din oală, înainte de a începe a o mesteca şi încărită cu oţet, cu ceapă şi usturoiu, cu apă încărită cu oţet, ori cu sare de lămâie, ardeiată, rece ori slab încălzită; borş gol, ori zeama de varză, ori cu varză tocată mărunt, cu saramura goală fără peşte, etc., fără substanţe azotoase animale; cu un cuvânt, cu substanţe şi mâncări lipsite de azotul animal ori vegetal, de grăsime igienică, de săruri alcalice, de o mulţime de lucruri trebuincioase menagiului fiziologic suficient.

Arătaţi ţăranului român că, chiar în satul lui, acela care mai schimbă mămăliga cu pâine, care are o văcuţă, ori nişte oişoare cu lapte, (capra e semnul sărăciei pentru că distruge mult, aşa zice românul şi apoi capra e bună numai la munte unde are ce roade) şi mănâncă mămăligă cu lapte, cu brânză şi altele făcute din lapte, acela n'are pelagră.

Arătaţi-le pe cei mai săraci Români, dar voinici între voinici, care n'au pământ mai deloc afară de vatra casei şi de fâneţe mici; care vara pleacă cu coasa şi secera, toamna cu imblăciul, iarna cu doniţe şi cu ciubere, jos la ţară, îşi adună bucate, mai ales porumb, pe care îl seamănă şi la ei, trăesc numai cu el, făcut mămăligă ori mălai în test şi la săracii aceştia între săraci, la Moţii din Munţii Apuseni, nu există pelagra, pentru că nu mănâncă mămăliga goală; ci cu lapte, brânză, jinţiţă, zer, etc., şi cu toată sărăcia lor, mănâncă jumări de ouă, ştiu a găti câte o mâncărică de carne, pe care o numesc tocana, ori cricală şi pe care o ştiu face din tot soiul de carne proaspătă; ştiu găti o ciorbă, ori o fasole gustoasă în care nu lipseşte untul ori untura în care s'a prăjit o lingură două de făină de grâu ori de secară, împreună cu niţică ceapă şi astfel îşi formează un condiment gustos şi aromatic pentru ciorbele şi legumele, zarzavaturile de ei gătite (rântaşul, condiment bun alimentar).

Ei ştiu afuma porcul, care-l tae de Crăciun şi îl ştiu cruţa astfel încât le ajunge până vara, căci carnea lui o folosesc în felurite zarzavaturi, adică legume, unde punându-se numai puţină le dă acestor mâncări aroma şi gustul plăcut, încât poţi înghiţi cu plăcere mămăliga cât de rece şi mălaiul cât de uscat, pe care de altcum îl fac mai ales muiat în lapte, ori în ciorbele, zemele (aşa numesc ciorba) lor felurite şi pelagra nu este nici sporadică la ei; morbiditatea mai mică decât la vecinii lor, mortalitatea asemenea şi astfel populaţia se înmulţeşte relativ mai mult, decât în toate celelalte comitate din Regatul Ungariei".

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La pellagre en Roumanie.

La pellagre fut signalée pour la première fois en Roumanie vers le commencement du XIX-e siècle (Thèse de Vârnav 1836). Le nombre des malades augmentat bientôt, avec une rapidité impressionante, pour atteindre en 1890 le chiffre d'environ 10000 (c'est à dire d'environ 2 pour 1000 habitants), et en 1911 le chiffre de 80000.

Après une époque de diminution passagère, pendant les premières années qui suivirent la guerre mondiale, la pellagre a repris maintenant de nouveau une extension inquietante dans les provinces de l'ancien Royaume (74000 cas en 1935, avec une mortalité de 2500—3000, c'est à dire une mortalité d'environ 15 pour 100000 habitants).

Cette proportion est beaucoup dépassée dans certains districts et villages, (Résultats de l'enquête faite par l'Institut d'Hygiène de Jassy à Osoi dans le district de Jassy), où la morbidité atteint jusqu'à 70—100 pour 1000 et la mortalité 50—300 pour 100000 habitants.

La pellagre continue son progrès, parceque, malgré les efforts faits jusqu'à présent, les paysans persistent à suivre leur régime alimentaire déséquilibré et pellagrogène, caractérisé par l'abus excessif de maïs et par l'insuffisance ou fréquement l'absence des aliments protectifs, lait, viande, oeufs, légumes.

Le mécanisme pathogénique de la maladie n'est pas encore élucidé. Basés sur les travaux de l'école de Jassy, les auteurs soulignent l'importance des troubles digestifs, surtout des colites de fermentation et de putréfaction, qui doivent constituer une source continue de résorptions toxiques. Un certain degré de colite est assez fréquement constaté aussi chez les paysans non pellagreux. Il contribuerait à préparer le terrain, et toute cause de débilisation ou d'épuisement (gravidité, travail fatiguant, maladies intercurrentes) pourrait alors déterminer l'apparition des manifestations cliniques de la maladie.

La propylaxie de la pellagre ne peut être réalisée que par une amélioration du régime alimentaire des paysans. La propagande, l'éducation ménagère, l'encouragement de la culture rationnelle des légumes, de l'augmentation de la consommation du pain, devront être continuées avec persévérence. Le problème de la pellagre en Roumanie est surtout un problème économique et un problème d'éducation.

Die Pellagra in Rumänien.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Die ersten Benachrichtigungen über die Pellagre in Rumänien sind zum Anfange des XIX-ten Jahrhunderts zu führen. (Inauguraldisertation des Dr. Vârnav). Die Zahl der Kranken wuchs inzwieschen mit auffallender Schnelligkeit, so dass sie im Jahre 1890 bis ungeführ 10000 stieg (d. h. 2 Kranken für Tausend Einwohner); im 1910 betrsgt die Zahl schon 80000 Kranken.

Nach einer vorübergehenden Abnahme, in den ersten Jahren nach dem Kriege, setzt im alten Königreich die Pellagra ihre Ausbreitung wieder fort (74000 Fälle im 1935, mit einer Sterblichkeit von 2500—3000, d. h. eine Sterblichkeit von ungefähr 15 Fälle für 100000).

Jedoch die Zahlen sind in einzelnen Bezirken und Dörfern viel überschritten, (Ergebnisse einer Forschung des hygienischon Institutes von Jassy im Dorfe Osoi, Bez. Jassy) wo die Morbidität manchesmal —70—100 Protausend und die Sterblichkeit von 50-bis 300 für 100000 Einwohner stieg.

Ungluklicherweise setzt die Pellagra ihren Lauf fort, denn alle Bestrebungen die Nahrungsgewohnheiten der Bauern zu ändern, sind bis jetzt fruchtloss geblieben. Die pellagrogene Kost aussert sich durch einen übermäsigen Genuss von Mais und durch nichthinreichenden oder mangelnden Schutznahrungsmitteln, wie Fleisch, Milch oder Gemüse.

Die Pathogenese der Krenkheit ist bis jetzt ungeklärt geblieben. Auf Grund des Forschungen der Jassy-er Schule, bemerken die Verfasser die Wichtigkeit der Daungsstörungen, insbesonders der Coliten gärungs und verfauellnisser Natur, welche eine daurende Gelegenheit für toxische Resorptionen bilden. Die Coliten wurden in einem besonderen Masse auch bei nicht pellagrösen Bauern gefunden. Die Daungsstörungen seien im Stande pellagröse Beschaffenheit vorzubereiten und jede pathologischen Zufälle (Schwangerschaft, anstrengende Arbeiten, Zwischenfallende Krankheiten) könten selbst das Auftreten klienischen Erscheinungen der Krankheit erleichtern.

Die Prophylaxie der Pellagra kann nur durch die Verbesserung der Nahrungskost der Bauern erreicht werden. Die Propaganda, wirtschaftliche Erziehung, Unterstützung einer rationelen Pflege der Gemüse, Erhebung der Produktion und Ernährung mit Milch und seinen Derivaten, Verbreitung der Ernährung mit Brot, müssen kräftig unterstützt werden. Die Problem der Pellagra in Rumänien ist besonders eine aus dem Standpunkte der Wirtschaft und Erziehung wichtige Problem.

La pellagra nella Romania.

La pellagra e stata segnalata per la prima volta in Romania al principio del secolo XIX (Tesa di Dr. Vârnav 1836). Il numero dei malati è cresciuto con una rapidita impressionante, cosi che nell'anno 1890 arrivava alla citra di 10000 (cioe circa 2 per 1000 abitanti), e in 1911, a quella di 80000. Dopo un'epoca di passaggiera diminuzione, nei primi anni dopo la guerra, la pellagra ha ripreso di nuovo uno sviluppo, che da da pensare, nelle provincie del vechio regno. 74000 casi nel 1935, con una mortalita di 2500—3000, cioè con una mortalità di circa del 15 per 100000 abitanti).

Questa proporzione è di molto sorpassata in alcuni distretti e villaggi (comme prova il risoltato dell'inchiesta fatta dall'Instituto di Igiene di Iassy nell vilagio Osoi, dove il morbo arriva quelche volte a 70 — 100 per 1000 abitanti, e la mortalità a 50—300 per 100000 abitanti.

La pellagra continua il suo progresso, finche con tutti gli sforzi, fino adesso non si è potuto persuadere il contadino a modificare il regime alimentare esquilibrato e pelagrogeno, caratterizato per l'abuso ecessivo di granturco e per la insufficienza, ossia l'assenza totale di alimenti protettori: latte, carne, uova, e legumi.

La patogenia della malattia non è ancora risoluta. Basati sui lavori della Scuola di Iassy, gli autori sottolineano l'importanza dei disturbi digestivi, e piuttosto delle coliti di fermentazione e di putrefazione, quali devono costituire una sorgente permanente di assorbimento tossico. Una specie di colite è stata abbastanza frequente anche nei contadini non pellagrosi. Disturbi digestivi contribuerebbero alla preparazione del terreno, e qualsiasi causa di debilitazione e sfinimento (gravidanza, lavoro ecessivo, morbi intercurrenti) potrebbero determinare l'apparizione delle manifestazioni cliniche dela malattia.

La profilassi della pellagra non può essere realizzata, che col miglioramento alimentare del contadino. La propaganda, l'educazione culinaria, l'incoraggiamento della cultura razionale dei legiumi, l'aumento della produzione e consumazione del latte, e dei suoi derivati, l'aumento del consumo del pane, devono essere continuati con perseverenza.

Il problema della Pellagra in Romania è piuttosto un problema economico e di educazione.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ANTISPASMODIC
CARDIOTONIC • SEDATIV
AL SISTEMULUI NERVOS

CARDIALGINE
Dubois
drageuri picături

BROMUR DE SPARTEINĂ, EXTRACTE DE STROPHANTUS, AUBEPINE, BELLADONA, PAPAVERINĂ

LABORATOIRES DUBOIS 16 Bld. PERERIE, PARIS 17e

ARTHERO-SCLEROSĂ
REUMATISM
GUTĂ - DIABET

COLLO-JODE
Dubois
picături fiole

IOD, ACIZI AMINICI, PROPANTRIOL
FĂRĂ FRICĂ DE IODISME SAU INTOLERANȚĂ

Mostre medicale la cerere PAUL ILUTZA STR. OLARI 23, BUCUREȘTI IV

Le dispensaire central de tuberculose
de la Caisse Centrale des Assurances Sociales — Bucarest
Médecin-Directeur: D-r Marius Nasta

LES LAVAGES DE PLEVRE DANS LES PLEURÉSIES SEPTIQUES ET FISTULISÉES ET SERO-FIBRINEUSES, AU COURS DU PNEUMOTHORAX THERAPÉUTIQUE. MODIFICATION DE LA TECHNIQUE.

par

M. BLECHMANN
Médecin chef du Dispensaire

et

I. GOLOGAN
Médecin du Dispensaire

BCU Cluj / Central University Library Cluj

I.

Notre expérience concernant la valeur des lavages de plèvre, se réfère à 17 lavages exécutés sur un nombre de 11 malades [1]).

Pour faciliter la présentation des cas, nous avons séparé ces malades en deux groupes: un premier groupe de 5 malades, chez lesquels les lavages ont été prescrits d'après les indications classiques et majeures (3 cas de Pn. Tbc. fistulisés, un cas d'oléothorax infecté et un cas de pléurésie streptococcique qui refusait l'intervention), auxquels nous avons administré 9 lavages; et un deuxième groupe, concernant 6 malades chez lesquels l'application des lavages était exceptionnel et se référait seulement aux pleurésies séro-fibrineuses, à répétition, au cours du Pn. thérapeutique et auxquels nous avons administré 8 lavages.

Nous avons exécuté ces derniers essais tout en nous basant sur l'observation déjà publiée par Weiller [2]), sur un cas de pléuresie séro-fibrineuse après un pneumothorax, traitée avec succès par les lavages.

Nous n'insistons pas sur la technique, car nous reviendrons sur ce sujet plus loin dans l'exposé spécial.

---

1) *M. Blechmann* et *I. Gologan:* Les lavages de plèvre dans les pleurésies septiques et fistulisées, et dans les pleurésies séro-fibrineuses au cours du pneumothorax thérapeutique. — Revue de la Tuberculose: T. 3, No. 6, 1937 p. 716.

2) *P. Weiller:* Les lavages de plèvre. Masson et C-ie, Paris, 1934.

Nous soulignons seulement le fait que dans les 5 premiers cas, c'est à dire pour 9 lavages, nous avons utilisé la solution Rivanol 1/4000 en quantité moyenne de 2—2½ 1. pour chaque lavage. Pour les autres 8 lavages nous avons employé une solution de sérum physiologique lugolé 1/4000. l'indice de la fin de chaque lavage fut l'apparition dans le récipient des derniers 500—1000 cc. d'un liquide limpide, incolore.

A. — Sur le premier groupe de 5 malades, nous avons pratiqué:

a) 6 lavages sur 3 malades, c.à.d. deux lavages par malade, Dans tous ces cas il s'agissait de Pneumothoraxes fistulisés, en état grave et ayant une durée de 8, 10 et 11 mois de l'apparition de l'exudat. Ces lavages ont été faits à la solution Rivanol 1/4000, et répétés à des intervalles variant entre 10 jours et 2 mois, pour le même malade.

Les résultats de ces lavages ont été seulement symptomatiques et se manifestaient par des désintoxications, et des états euphoriques passagers, la disparition temporaire de la dyspnée et des transpirations nocturnes.

Malheureusement, à cause des récidives liquides, de l'intoxication profonde et irréductible, et des bilatéralisations, tous ces cas parviennent à l'exitus, entre 2 semaines et 4 mois environ, après le dernier lavage.

b) Nous avons administré un lavage à une malade porteuse d'un oléothorax vieux de 14 mois et infecté depuis 2—3 mois. Le lavage au Rivanol 1/4000, a eu pour effet le nettoyage complet de la cavité pleurale, suivi par la conservation pendant les trois premiers mois d'un collapsus complet.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Huit mois après le lavage, le collapsus était encore utile, mais électif dans les ⅔ supérieurs, la plèvre étant symphisée dans ⅓ inférieur; c'est le cas d'une malade chez laquelle un seul lavage fut salutaire. Le resultat immediat se prolongea jusqu'au moment, quand par d'autres expériences, nous avons pu conclure qu'il pourrait donner un résultat complet de collapsothérapie. Nous croyons que dans ce cas, la symphise du ⅓ inférieure des feuilles pleurales devrait être considérée comme l'effet de l'action prolongée d'huile goménolée qui a précédé le lavage et non pas à ce dernier.

c) Deux autres lavages du premier groupe sont pratiqués sur une malade avec pleurésie streptococcique, qui, malgré toutes nos insistances, refusait l'intervention chirurgicale jusqu'au douzième jour de la maladie. Les lavages au Rivanol 1/4000, renouvelés aux intervalles courts de 3 jours, ont eu pour effet une chute immédiate de la température, une réduction de l'état toxique, aussi bien qu'une subite augmentation des forces. Mais ces effets ne se sont maintenus que 24 et 48 h. après la lavage et n'ont pas pu empêcher la récidive de l'exudat et l'intoxication progressive de l'organisme.

Malgrè l'indication chirurgicale formelle dans la pleurésie streptococcique, le lavage peut être utile, ne soit-ce que pour une courte durée, et peut rendre au chirurgien un malade encore opérable.

De l'expérience du premier groupe, nus pouvons conclure que, dans le cas d'exudat purulent fistulisé avec infection secondaire et bilatéralisations imminentes, avec intoxication massive de l'organisme, les lavages n'ont qu'une action paléative et de courte durée. En cas d'exudats septiques sous-fistulisation, ou lésions graves de la plèvre et du poumon, les lavages peuvent devenir des auxilaires actifs immédiats de la thérapie générale en certains cas, et curatives en d'autres.

B. — Sur le deuxième groupe de 6 malades, nous avons pratiqué:

a) 5 lavages pour 5 malades, c.à.d. un lavage pour chaque cas. Dans tous ces cas il s'agissait des pleurésies séro-fibrineuses non infectées, mais récidivantes après les ponctions habituelles exigées par les circonstances. La durée de celles-ci était de 1, 1.½, 4, 5 et 12 mois depuis leur début.

Le niveau élevé de l'exudat et les perturbation mécaniques consécutives, les récidives, mais surtout l'intoxication manifeste et progressive de l'organisme (La fièvre, les troubles gastriques, le manque d'appétit, la baisse continuelle du poids) constituaient les indices les plus importants chez ces malades.

Les lavages ont été exécutés au sérum physiologique lugolé 1/4000 et chauffé à 38°.

Dans tous ces cas, l'action favorable des lavages s'est manifestée immédiatement après l'intervention, par un état euphorique et le retour des forces, ce qui traduisait la libération de l'organisme de l'action de toxines baccillaires. L'appétit revient en mesure variable et la dyspnée, la fièvre et les transpirations vespérales disparaissent chez tous les malades.

BCU Lausanne, Université de Lausanne

Deux de ces malades augmentent de poids d'un ou deux kilogs. pendant les deux premières semaines consécutives aux lavages, le troisième gagne 6 kilogs. au cours des 9 semaines suivantes.

Après le lavage, tous ces malades conservent un Pneumothorax efficace, avec une quantité négligeable d'exudat dans le sinus. Cette action favorable se prolonge jusqu'à 5, 5.½, 6, 6 et 9 mois après l'intervention, pendant laquelle nos malades n'ont subi aucune autre influence, que les insufflations habituelles.

En effet, d'après les dates sus-mentionnées, nous pouvons constater:

a) Trois malades conservent pendant 5—6 et 9 mois après le lavage, un collapsus utile, avec tendance à la symphise dans les deux premiers cas, et une symphise partielle manifeste, dans un cas, avec état général et local excellent.

Nous ne pouvons pas conclure, de l'étude détaillée de ces trois observations, que les lavages de plèvre auraient une influence quelconque sur le développement des symphises. Nous pensons, par contre, que la symphise était, dans nos observations, une évolution inhérente de ces séreuses restées longtemps (plusieurs mois) sous l'influence d'une cause infectieuse, mécanique et inflammatoire, et que le lavage a même pu retarder pour un temps appréciable ce procès.

Malgrè le fait que deux de nos malades avaient gardé six mois après l'interventon une plèvre sèche et un Pneumothorax assez étendu de la grande cavité, l'un est arrivé à une bilatéralisation massive et nous ne l'avons certainement que pour peu de temps sous notre observation; l'autre arrivait à l'exitus par méningite tuberculeuse.

b) Nous étions, enfin, obligés d'administrer 3 lavages à un seul malade, à l'intervalle de 3 mois chacun. Il s'agissait dans ce cas, d'un malade souffrant d'une pleurésie séro-fibrineuse apparue 30 jours après le commencement du Pneumothorax; elle avait une évolution rapide et récidivante aux ponctions habituelles qui donnaient aux malades plus de perturbations mécaniques que toxi-infectieuses. Après chaque lavage, le malade se sentait, en répétant sa propre expression, de beaucoup mieux qu'avant la maladie.

Trois mois après le premier lavage, l'exudat a réapparu au niveau antérieur (le bord inférieur de la clavicule). Quoique pendant 3 mois après le deuxième lavage, l'exudat ne dépassait plus les $^2/_3$ supérieures, nous avons procédé au troisième lavage fait que nous neregrettons pas, car à présent[1]) il y a 4.$^1/_2$ mois depuis le dernier lavage et le patient garde encore un collapsus total, ayant dans le sinus une quantité négligeable de liquide, qui peut même être un reste du liquide du lavage. Le poumon collabé ne présente pas le moindre signe d'activité, tandis que le controlatéral fonctionne parfaitement. L'état général est excellent et le poids du patient a augmenté en deux mois de 6 kilogs.

Nous pouvons conclure de ce cas, et de ceux du second groupe, que les lavages de plèvre, peuvent être indiqués avec profit même dans les pleurésies sérofibrineuses, non infectées et non fistulisées, et ceci dans les cas à évolution rapide et toxique, sans tendance à la résolution spontanée, avec altération de l'état général, aussi bien que les phénomènes toxi-infectieux, que par les troubles mécaniques.

En observant avec attention ces indications, nous pensons qu'on peut souvent quitter avec succès la réserve classique, de ne traiter que par des ponctions évacuatrices les pléurésies séro-fibrineuses, au cours du Pneumothorax et de réserver les lavages seulement en cas d'infection, de fistulisation ou d'altération grave de la plèvre et de l'état général.

Les inconvénients du lavage sont bien petits en les comparant aux complications éventuelles, qui peuvent être assez sérieuses quand elles ont lieu au cours de l'évolution de ces exudats, déterminant l'altération et l'interuption prématurée du Pneumothorax thérapeutique.

Pour conclure, nos observations faites exclusivement dans le dispensaire anti-tuberculeux, nous pouvons affirmer que les lavages de plèvre constituent une méthode de traitement utile, facile à appliquer et incontestablement sans danger.

En cas de complications séro-fibrineuses, septiques et fistulisées, cette méthode peut être appliquée sans inconvénients dans les dispensaires de spécialité, bien outillés surtout, quand le malade ne peut pas être interné.

---

1) Deux mois se sont écoulés depuis la date de la communication jusqu'à sa publication.

II.

La technique employée dans la pratique du lavage pleural varie selon les auteurs. Elle a subi des differentes modifications de l'appareilage utilisé ainsi que du mode d'emploi en but de rendre l'intervention plus operante et completement bénigne.

Cértaines auteurs pratiquent une seule ponction inférieure, utilisant un troquart à double courant (Brauer et Spengler), ou à triple courant (Ulrici, Dumarest) auquel on adapte la récipient de vidage, l'appareil de lavage ainsi que le manomètre.

D'autres auteurs pratiquent deux ponctions: l'une supérieure, liée exclusivement au manometre, et l'autre inferieure liée soit a l'apparéjl de Cadenat (Bezançon, Azoulllay, Tournant) soit par l'intermediaire d'un simple tube a deux branches liées, l'une à l'appareil de vidage et l'autre a celui de lavage (Garnier, Delbecq, et Berthelon, de Muralt, Weiller, Bransfeld).

Enfin, un dernier groupe d'auteurs se ralient a la téchnique primordiale du lavage pléural utilisée en 1905 par Forlanini lui même, toujours par deux ponctions, avec la seule différence que la ponction supérieure ne sert pas au controle manométrique seulement, comme dans la technique ci-dessus citée, mais aussi à pratiquer le lavage; la ponction inférieure est utilisée exclusivement pour les vidages.

Ce procedé a été adopté par Pierry et Bourdellés en France, M. Popper chez nous et par nous mêmes dans un cértain nombre de cas présentés dans la communication précedénte.

En effet, les deux premiers procedés souffrent du fait que le lavage étant effectué par la ponction inferieure ne peut assurer un lavage rationnel de toute l'etendue de la surface pleurale d'une part et de l'autre part parce qu'on est obligé d'imprimer au malade des mouvements incomodes et risqués pendant le lavage. De même, au cours du lavage par le procédé de la ponction inférieure il est impossible à réaliser le contrôle manometrique à cause du liquide de lavage ou de l'exudat qui peuvent réfluer par le tube du manomètre. Le même inconvenient peut survenir aussi quand la mannometrie est effectuée par la ponction supèrieure; il s'ajoute aussi le risque de bouchage du troquart ou de l'aiguille par de mucosités ou caillots fibrino-leucocytaires portées à la surface du liquide après l'introduction sous pression du liquide de lavage par la base de la cavité pléurale.

La technique de Forlanini complétée par le contrôle mannométrique au moyen de la ponction supérieure, a l'avantage de permettre un lavage rationnel de haut en bas et de toute l'étendue de la surface pleurale; celle-ci permet un vidage facile et continue en rapport avec le lavage et assure la mannométrie, en évitant toute fois le bouchage du tube mannométrique par le liquide pleural ou par celui de lavage.

Au cours des huit lavages prattiques par nous à l'aide de cette téchnique nous avons appris a connaitre les avantages et les désavantages de celle-ci que nous nous sommes proposé d'améliorer.

Plus accésible que toutes les autres techniques, cette dernière este encore assez difficile et peu opérante a cause de frequents chan-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

gement qui peuvent survenir au niveau de la ponction superieure où doivent être adaptées succesivement la canule de l'apparéil de lavage, ainsi que cellle du mannométre. De même le troquart ou les aiguilles utilisés n'ont pas une stabilité suffisante sur place aprés avoir été introduites à cause du balancement par le poid de l'éxtremité éxterieure a laquelle sont adaptés le robinet, des canules et les tubes. En effet ils peuvent se déplacer, s'enfonçant ou s'échappant de la cavité pléurale. Il peut arriver ainsi des accidents ou des ennuies autant pour le malade que pour le Médecin.

On essaie d'habitude a rémedier ces inconvennients par l'augmentation du personnel auxiliaire ce qui complique encore plus la manoeuvre et rend l'opperation des plus incomodes et difficiles.

Le perfectionnement que nous apportons a la technique se rapporte a la simplification du procedé lavage-contrôle et à la stabilité de la technique. Pour la simplification du procedeé lavage-contrôle qui se pratique succesivement au niveau de la ponction supérieure, nous avons imaginé un robinet (voir fig. 1) a double courant, fait en étain nickellé.

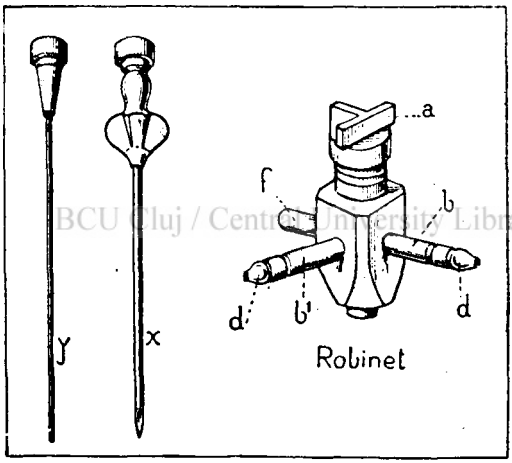


Fig. 1.

Au milieu du robinet se trouve- une pièce en T. (indicateur) (fig. 1-a) pour le changement du courant, et sur les deux cotés, deux connus, fig. 1 bb') d'entré avec des embouts (fig. 1 dd') de liaison ; l'un pour l'air, l'autre pour le liquide et enfin deux connus de sortie. Ce robinet se fixe à l'aiguille de ponction par son connus de fixation (fig. 1 f.) et par l'intermédiare d'un arc (fig. 2-a) de soutien sur lequel nous reviendrons.

Par ces embouts latéraux le robinet communique avec l'appareil de lavage et avec celui du mannomêtre. Un changement dans l'axi du robinet, effectué par l'indicateur au cours de l'opperation nous permet de faire communiquer la cavité pléurale succesivement avec l'apparéil de lavage ou avec le mannomêtre. De cette manière nous avons la posibilité d'avoir un contrôle de la pression pléurale a-

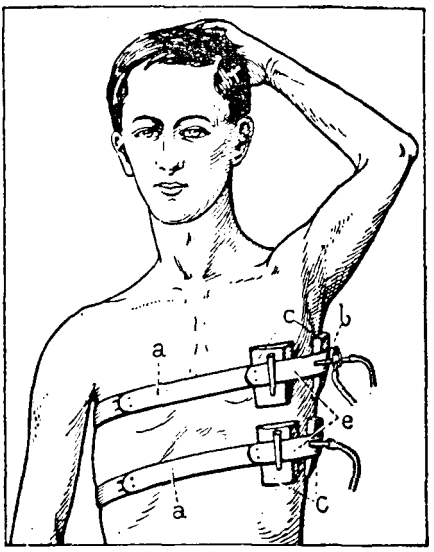


Fig. 2.

prés chaque changement du rapport lavage-vidage, sans aucun déplacement des canules. La mannométrie continuelle pendant le lavage n'est justifiée par aucune nécéssité de même que dans les insufflations d'air. Le côntrole se pratique à volonté, d'aprés les necesités cliniques ou techniques, sans péricliter l'assepsie opératoire, sans fatiguer le malade et surtout sans nécésiter un aide en plus. Nous avons imaginé aussi un systeme de deux arcs méta'iques de soutient avec bandes élastiques qui s'attachent à la région latéro-posterieure du thorax (fig. 2 a). Ces arcs faits en étain nickéllé ont au milieu une embout de liaison (fig. 2 b) entre le troquart et le robinet.

Deux coussinets à ressort (fig. 2 c) fixent chaqune de ces arcs et en même temps immobilisent les troquarts à une distance convenable du thorax. Ces arcs sont executés afin qu'on puisse leur adapter l'aiguille moyenne de la trousse à thorocentèse de Potin.

Pourtant nous avons confectionné une série spéciale d'aiguilles des differents longueurs à double mandrin (fig. 1, x, y); un mandrin plus court qui reste attaché a l'aiguille au moment de la ponction jusqu'a l'application de l'arc de soutien, l'autre mandrin plus long vient remplacer le premier au moment de l'application de l'arc qui reste ainsi fixé jusqu'à l'adaptation du robinet.

Avec la technique ci dessus décrite nous avons pratiqué 9 lavages. Aprés la préparation du malade, nous distingons dans l'opération du lavage pléural, un temps pré-opératoire pendant lequelle nous pratiquons la ponction supérieure; rétirant le petit mandarin, nous appliquons le ressort du soutient, munis a temps du grand mandrin et des cousinets a ressorts et le fixons sur la région latéro-posterieure du thorax. Ayant suivi la même manoeuvre pour la ponction inférieure, nous fixons aprés le robinet au niveau de la prèmière ponction aprés

lui avoir adapté le tube du monnomètre et celui de l'appareil de lavage. La première chose à faire au cours du temps opératoire qui suit este le contrôle mannometrique, pour nous assurer que l'aiguille n'a pas été déplacée, se trouvant toujours dans la cavité pléurale. On adapte à l'aiguille inferieure le robinet de l'apparéil de vidage et apres avoir contrôlé la position du malade et des appareils, on commence l'opération, le mannomètre ouvert, par un vidage de 400—600 cc. de liquide.

Ceci étant fait, on introduit de préférence le liquide de lavage en même volume, apres quoi, vidage-lavage se fait simultanement avec de petites espaces a chaque 500—600 cc. de liquide entré et sorti pour eviter la fatigue du malade.

Si une dépression ou une surpression pléurale arrive pendant le lavage, l'équilibre se rétablit par l'introduction ou l'extraction de l'air par l'appareil du pneumotorax lié au mannomètre. La manometrie et le lavage se font trés facilement en mannipulant doucement avec la main droite l'indicateur du robinet. Le vidage se fait de la même manière, mannipulant le robinet attaché a l'aiguille inferieure. Ainsi toute l'opération est efféctuée par un seul médecin.

On peut remarquer dans la figure 3 et 4 la tenue du malade et du médecin pendant l'opération.

Le temps preparateur ayant été réalisé, l'aide est facultative, se limite à faire le vide dans l'apparéil de vidage, a compléter le liquide de lavage, et a vider le récipient du liquide extrait. De cette

BCU Cluj / Central University Library Cluj

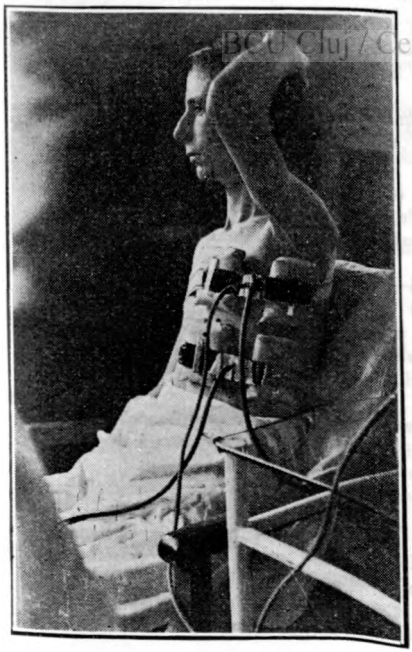


Fig. 3 — Malade à la fin du temps pré-opératoire.

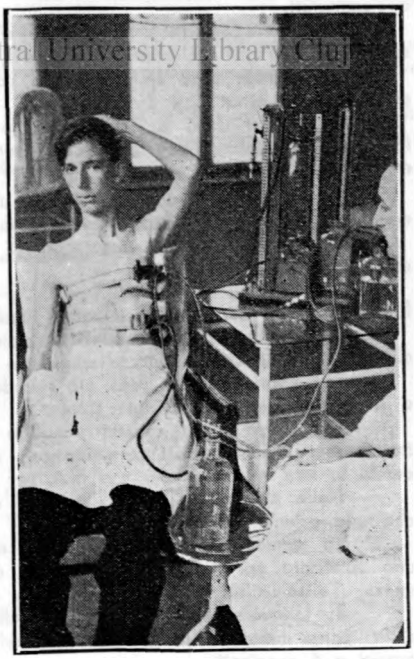


Fig. 4. — Tennue du malade et du médecin pendant le lavage.

façon l'opération est trés bien supportée par le malade et dure en moyenne d'une heure à une heure et 45 minutes, temps préparateur inclus; on emploi une moyenne de 2½ litres de liquide pour un lavage. Une ou deux heures aprés l'opperation, le malade peut quitter le dispensaire ou l'hopital, ce qui prouve la complète bénignité de la méthode.

Nous ésperons ainsi par notre modeste contribution, avoir apporté à la technique du lavage un perfectionnement qui pourra éviter les inconvenients assez connues, assurant l'éxecution du lavage pléural dans des conditions d'assepsie optimes, de contrôle régulier de rapidité, de moindre effort et de la plus grand securité pour le malade ainsi que pour le médecin.

BIBLIOGRAPHIE

Dumarest: Soc. scientifiques de la tuberculose. 10 Janv. 1931.
Bezançon, Azoulay et Tournant: idem 13 Juin 1931.
Bramesfeld: idem 13 Juin 1931.
M. Popper: Buletin. Soc. pt. Stud. Tbc. Bucureşti, 1932 p. 5.
Piery et Bourdelet: G. Doin, Paris, 1934.
P. Weiller: Les lavages de plevre. Masson et C-ie. Paris, 1934.
Garnier, Delbeq et Berthelon: Soc. scient. de la Tbc. 11 Janv. 1936.
M. Blechmann et I. Gologan: Buletin Soc. pt. Stud. Tbc. Bucarest, No. 3, 1936.
M. Blechmann et I. Gologan: Revue de la Tbc., T. 3, No. 6, 1937 Paris.

Gli autori commentano i risultati ottenuti utilizzando le levande pleurale nel trattamento degli essudati comparsi, durante il pneumatorace artificiale e applicate a l'ammalati.

Un primo gruppo comprendo 5 casi di pleuresie molto settiche come conseguenza di un pneumotorace fistulizzato il quale durava di 8—10 e 11 mesi.

Le lavande sono state eseguite con Sol. Rivanol a 1/4000 utilizzando per per ogni caso circa 2 e 2—½ l.

In 4 casi dopo un miglioramento immediato il quale a tenuto ben poco, i sintomi di intossicazione progressiva sono ricomparsi e la malattia ha avuto un esito letale.

In quinto caso rappresentato da un oleostorace infettato il risoltato e stato eccellente ottendosi una completa e durabile purita della cavita pleurale.

In secondo gruppo comprendo 6 casi di essudato-serofibrinoso ricidivante dopo le punture richieste dai casi.

La loro durata ora di 1—1 ½—4—5 e anche di 12 mesi. Le lavande furono eseguite con sero fisiologico lugolat 1/4000 a 380.

In tutti i casi il risultati e stato immediatamente buono costatandosi un abbassamento di temperatura, la sparizione della dispnei e dei sudori notturni.

Gli essudati non si sono piu riprodotti, il processo simfizatore e stato fermato e le reinsuflazioni sono stati riprese.

Gli autori sono convinti cne le levande pleurali costituiscono un buon trattamento degli essudati sero-fibrinosi, ricidive del pneutorace terapeutico impedendo la lora ripresa e piu che mai, per la lora azione antisimfizatrice.

Nelle pleuresie purulente settiche queste lavande non hanno in molti casi, che una azione paliative.

La tecnica adoperata si presenta nel modo seguente: si fanno due punture una superiore per introdurre il liquido della lavanda ed il controllo del manometro, l'altra inferiore, per l'estrazione dell'esudato e il liquido della lavanda.

2. Utilizare due cinture di metallo con bande elastiche che si applicano nella parte inferiore del torace, fissandole con due trocari a distanza voluta grazie a 4 cuscinetti.

3. Per le lavande e il controllo del manometro si adopera un robinetto con 3 tubi, per il manometro l'apparechio di lavanda e il trocaro di puntura.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Die Verfasser entwickeln die erzielten Ergebnisse in der Behandlung der Ergüsse, die in Laufe eines künstlichen Pneumothorax auftraten, durch die Verwendung von Lungenspülungen, welche an elf Kranken angewendet wurden.

Die erste Gruppe umfasste 5 Fälle einer sehr septischen Brustfellentzundung, die Folge einer fistelartigen Pneumothorax, die seit 8—10 und 11 Monaten bestanden.

Die Spülungen wurden mit Rivanollösung 1/4000 ausgeführt, wobei für jeden Fall cca. 2 oder 2 1/2 Liter verwendet wurde.

In 4 Fällen, nach einer sofortigen Besserung, jedoch von kurzer Dauer, traten die fortgeschrittenen Vergiftungserscheinungen wieder auf und die Kranken verschieden.

Der fünfte Fall stellte einen infizierten Oleothorax dar; das Ergebniss war ausgezeichnet, in den man ein vollständiges und dauerhaftes Trocknen der Brusthöhle erzielte.

Die zweite Gruppe umfasste 6 ruckfällige Fälle von sero-fibrinosen Erguss, nach den von den Umständen nötigen Punktionen. Dieselben hielten, 1—1 1/2—4—5 und 12 Monate on. Die Spülungen wurden mit lugol-physiologischen Serum 1/4000 bei 38° ausgeführt.

In allen Fällen waren die Ergebnisse sehr gute und sofortige, durch Fallen der Temperatur und dem Verschwinden der nächtlichen Schweissausbrücke; die Ergüsse wiederholten sich nicht mehr, der Symphisär hörte auf und das Pneumothorax konnte wieder aufgenommen werden.

Die Verfasser sind überzeugt, dass die Lungenspülungen eine gute Behanlung der ruckfälligen sero-fibrinösen Ergüsse des heilenden Pneumothorax darstellen, da sie sich sowohl der anhaftenden Tätigkeit entgegenstellen, wie auch zum Verschwinden der Flüssigkeit führen.

In septischen, eiterigen Brustfellentzündungen, haben sie bloss eine lindernde Wirkung.

Die augewandte Technik ist folgende:

1. werden zwei Punktionen gemacht; eine höhere für die Einführung der Spülungs flüssigkeit und Kontrolle des Luftdichtigkeitsmessers; die andere tiefere für die Extraktion des Ergusses und der Spülungs flussigkeit.

2. Die Verwendung von 2 Metallgürtel mit elastischen Bändern, welche auf den Brustkorb mit zwei Spezielnadeln (trocar) festgemacht werden, mit Hilfe von 4 Pölsterchen.

3. Für die Spülung und die Kontrolle der Pleuradepression wird ein Hahn mit 3 Röhrchen verwendet der dauernd mit Manometer, Spülungsapparat und Pneumothoraxapparat in Verbindung steht.

Auto-rezumate.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

RAPORT DE PRELUCRARE A MATERIALULUI ŞI DE REZULTATELE OBŢINUTE IN CAMPANIA SANITARĂ DIN LUNILE AUGUST ŞI SEPTEMBRIE 1938

întocmit de

D-r PETRE I. COSAC

Medicul Circ. III-a Ruşeţu — jud. Brăila

Situaţia Sanitară demografică şi higienică a comunei rurale Ruşeţu, înainte de începerea campaniei sanitare (în concordanţă cu datele prevăzute în Monografie).

Situaţia demografică pe ultimii cinci ani (1933—1937).

Anii	Populaţia	Natalitatea		Mortalitatea		Mort. infantilă		Exc. natural		Observaţii
		Nr. născuţilor	Proporţia la 1000 locuitori	Nr. deceselor	Proporţia la 1000 locuitori	Decese sub 1 an	Proporţia la 100 născuţi	Cifre absolute	Proporţia la 1000 locuitori	
1933	4532	205	452	71	186	28	136	134	295	
1934	4686	193	40	96	28	24	124	97	207	
1935	4739	187	394	94	198	29	155	93	196	
1936	4823	168	348	113	234	36	214	55	114	
1937	5022	188	374	81	16	32	172	107	213	

BCU Cluj / Central University Library Cluj

1. **Mortalitatea infantilă** fiind determinată de oscilaţiile curbei mortalităţii generale, importanţa ei variază după perioadă.

2. **In perioada embrionară sau foetală** este greu de a preciza numărul deceselor, totuşi nu se poate contesta fenomenul, că şi în populaţia rurală, avorturile au început să se înmulţească.

3. **Mortinalitatea** pare să fie mai scăzută.

4. **Mortalitatea dela 0—8 zile** arată drept cauze, debilitatea congenitală şi tetanosul noilor născuţi.

Dacă ne gândim că ţăranca singură suportă întreaga grijă a mun-

cilor casnice, fiind obligată să muncească până în ultimile minute şi dacă nu neglijăm alimentaţia insuficientă pentru munca pe care trebue să o presteze zilnic, înţelegem de ce se nasc copii debili, cari nu pot supravieţui. Pe de altă parte cum aproape 50% din numărul naşterilor rurale, sunt asistate de moaşe empirice se înţelege dece prin lipsa celor mai elementare reguli de higienă — aceştia înscriu un procent respectabil de morţi, în primele zile prin tetanosul noilor născuţi (a murit de „apucat" zice poporul).

5. **Mortalitatea în primul an** variază mult. Din ce cauză?

a) **Felul defectuos de alimentare:** Deşi ţăranca îşi alăpteazăsingură copilul din lipsă de cunoştinţi asupra creşterii lui, această alăptare se face foarte neregulat. Mama continuă a da copilului să sugă ori de câte ori acesta plânge, fără nici o regulă. Am avut ocazia să văd mame eşind pe poarta dispensarului şi totuşi îşi alăptau copii, deşi li se interzise alăptarea.

Interogate pe loc, asupra motivului alaptării, ele au răspuns simplu: Dacă plânge, domnule doctor?

Trebuind să muncească la câmp alături de soţ, mama îşi neglijează copilul, dându-l în grija fraţilor mai mărişori, sau îl înţerca înainte de vreme, hrănindu-l cu lapte de vacă care ştim că se digeră mai greu, — iar la un an îi dă aceiaşi mâncare pe care o mănâncă şi ea, după ce a avut grijă să o amestece mai întâiu în gura sa (vezi Folklor medical Român, de D-r P. Cosac, Brăila, publicate în revista „Mişcarea Medicală Română" din Craiova, 1935, Analele Brăilei, Decembrie 1938, rev. Natura, 1935).

b) **Afecţiunile tubului digestiv:** violările celor mai elementare principii de higienă, alimentare, produc o serie de turburări gastro-intestinale şi de nutriţie ale copilului, variind dela simpla trecătură, pântecărie sau surdumaci cum e numită la ţară, ori durerile de inimă — şi dela simpla hipertrofie până la decompoziţie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

c) **Maladiile aparatului respirator** sunt destul de frecvente, consecinţa fie a unei răciri, fie ca urmare a higienei defectuoase, dar mai ales a neîngrijirei la vreme precum şi a complicaţiunilor maladiilor contagioase: pojar, tuse convulsivă sau gripă.

Spre primăvară când anotimpul este înşelător — în convalescenţă vigilenţa mamei este adormită şi copii lăsaţi în libertate răcesc, asistând la îmbolnăvirea aparatului respirator adeseaori letale.

d) **Maladiile infecţioase acute,** cum sunt febrele eruptive cu toată imunitatea relativă a sugarilor faţă de ele se întâlnesc şi la această vârstă deşi mai rar, decât în prima copilărie.

e) **Tuberculoza, sifilisul şi pelagra** sunt cauze de mortalitate infantilă, căci de multe ori diagnosticul de debilitate congenitală, ascunde aceste temute maladii, mai importante decât am putut să le apreciem până astăzi.

Dacă mortalitatea scade continuu şi această scădere nu o putem influenţa, ea depinzând de factorii pe care nu-i dominăm, singurul fel în care ne putem menţine excedentul este să micşorăm mortalitatea infantilă. Pe aceasta o putem influenţa în mod precis şi mai sigur suprimând cauzele în parte şi efectele în parte atenuabile.

SITUAŢIA MORBIDITĂŢII CU REFERIRE SPECIALĂ ASUPRA BOLILOR SPECIALE ŞI EPIDEMICE 1933—1937.

Maladiile sociale sau extins în mare repartiţie în populaţia rurală în anii consecutivi războiului şi tinde să devină frecventă în mediul rural. Este natural că această maladie odată încetăţenită în mediul rural să producă victime când condiţii de higienă ale locuinţei ţăranului sunt din cale afară de rele.

Sifilisul în mediul rural a devenit o maladie de promiscuitate şi numărul cazurilor este cu mult mai mare decât acela pe care ni-l oferă statisticele oficiale.

Deşi această maladie are declaraţie obligatorie, medicii dela oraşe, nu comunică cazurile de sifilisul rural, pe care le au în tratament, — aşa ca să nu ne mirăm de apariţia recrudescenţelor.

Alcoolismul la noi, nu face atâtea victime, totuşi l-am putea feri de frecventarea cârciumilor, ridicându-i starea economică şi deci posibilitatea unui trai mai higienic şi mai omenesc.

Paludismul are un mers crescând; cu toată inegala sa repartiţie, această maladie endemică în regiunea noastră este extrem de răspândită prin condiţii prielnice de insalubritate.

Echipa sanitară I. Ruşeţu, Medicul Circ. III Ruşeţu şi Medicul Circ. Largu-Buzău, de comun acord, au înaintat fiecare respectiv D-lui Prefect al judeţului Buzău, D-lui Prefect al jud. Brăila şi Regiunei a III-a a apelor Buzău o propunere proiect de lucrări de mare anvergură şi anume: derivarea râului Buzău printr'un canal în pârâul Călmăţui, asigurându-i un debit constant de apă, curgerea continuă şi drenarea lui prin verticalizarea malurilor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pelagra este în continuă desvoltare. Analfabetismul, condiţiunile economice pe care modificările nefavorabile de climă, precum şi alimentaţia insuficientă, au dus la recrudescenţe. Să facem ca ţăranul să renunţe la alimentarea permanentă cu porumb, înlocuind cultura porumbului cu acela a grâului, precum să-l învăţăm să cultive şi terenuri cu zarzavat. Totuşi grădinile de zarzavat care la noi sunt numeroase (peste 80) şi irigate pe 42 ha. întreţin o regiune insalubră şi prielnică paludismului.

Relativ la pelagră, crudul adevăr este că, ţăranca nu ştie să prepare din alimentele pe care le are la îndemână, mâncăruri substanţiale, hrănindu-se mizerabil, iar alimentele de prima necesitate ducându-le la târg.

SITUAŢIA HIGIENICĂ A COM. RUŞEŢU, INAINTE DE CAMPANIE.

Cu toţii ştim că populaţia constitue capitalul biologic sau izvorul de viaţă a fiecărei naţiuni. Cine cunoaşte toate lipsurile şi relele acestui mediu rural la noi, simte o crudă ironie, fiindcă izvorul de viaţă fiind încetul cu încetul secat de sănătatea şi vigoarea sa. Vom ajunge la un dezastru biologic naţional.

Legenda care face să se considere mediul rural mai salubru decât cel urban, s'a înfiripat încetul cu încetul şi astăzi multă lume este de această părere. Fapte bine stabilite arată însă că aerul curat şi

soarele binefăcător nu pot ajuta sănătății atunci când cele mai elementare principii de igienă nu sunt ținute în seamă.

Este incontestabil că țăranul este viguros, dar astăzi când îndură mai mari lipsuri și mizerie, aceste calități se vor epuiza și vor ruina vitalitatea neamului.

Locuința din punct de vedere trebuie, lasă complectamente de dorit căci măsurile higienice nu sunt băgate în seamă, casele în genere sunt mici, acoperite cu stuf, tablă și rareori și țiglă, cu tavanele joase, cu dușumelele întotdeauna înlocuite cu pământ.

Traiul în interiorul familiei.

Una din odăi, cea mai mică servește de dormit iarna, șase luni pentru întreaga familie, ori cât de numeroasă ar fi ea, adăpostind pe tinerii căsătoriți, laolaltă cu bătrânii și frații mai mici, uneori tot aci zace și bolnavii de tuberculoză.

Ferestrele sunt totdeauna închise prin care nici lumina, nici aerul nu pătrunde.

Gospodina uneori aici își fierbe mâncarea, ba își usucă rufele și spală rufăria copiilor sugari. Aerul este otrăvit de ți se oprește respirația.

Odaia cea mare stă goală, nu este prevăzută cu sobă, deci nici nu se încălzește vreodată.

Dacă adăugăm promiscuitatea în familiile nevoiașe înțelegem dece maladiile infecțioase acute, găsesc condițiuni prielnice de desvoltare.

In **grajdul vitelor** salubritatea lasă de dorit. Vacile sunt mulse cu mâinile murdare, ugerul vacei nespălat, iar laptele pus în vase nespălate. In ograda sa și lângă șure zac tot felul de gunoaie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Latrina este o imposibilitate higienică.

Străzile neprunduite sunt pline de noroi.

Șanțurile nu au scurgeri, apele stagnează, pământul de jur împrejur mustește mâncând din malurile șanțului pe care îl lărgesc, formând mocirle sau băltoage de noroi, — condiții favorabile paludismului.

Alimentarea cu apă se face prin puțuri. Tronul dela suprafața solului nu oferă nici un obstacol prafului, nefiind acoperit cu un capac. Puțurile sunt prevăzute în parte cu uluce de alimentare pentru animale.

Căldările nu sunt toate prevăzute la gură cu punte de fier, așa că vitele își astâmpără setea bând direct din găleata puțului. Perimetru de protecție nu este respectat.

ORGANIZAREA CAMPANIEI SANITARE.
PROGRAMUL FIXAT DE MINISTER.

ORGANIZAREA SANITARĂ STABILITĂ DE CARE DISPUN COMUNELE:

a) **Circomscripția sanitară** condusă de medic și un personal auxiliar format din 3 cercuri de moașe și 3 cercuri de agenți sanitari.

b) **Organizarea dată în plus** (personal și material).

S'a repartizat circ. III-a Rușețu, în vederea campaniei Sanitare o echipă medicală compusă din 2 medici. Ca material: 2 coșuri medicamente.

LUCRAREA PRELIMINARĂ
PRIN COMPLECTAREA MONOGRAFIILOR SANITARE.

D-l Medic Primar de judeţ convoacă la dispensarul Circ. Ruşeţu, toate autorităţile dându-le instrucţiunile pentru campania sanitară. D-sa fixează atribuţiuni fiecărui membru din comună, împărţind comuna în şase sectoare — stabilind cum trebueşte întocmită fişa familiară pentru monografie şi modul cum se vor culege datele.

Sectorul I: Comandantul Premilitarilor D-l C. Vasilescu şi D-ra înv. Mitica Popescu; **Sectorul II**: Radu Vasilescu, directorul şcoalei primare Nr. 1 şi Constantin Muşat, învăţător; **Sectorul III**: Preot Săvescu şi Dascăl Radu Tudorache; **Sectorul IV**: Preot C. Rotaru şi Sava Rotaru, teolog; **Sectorul V**: Învăţătorii S. Pană şi Dobre Mladin; **Sectorul VI**: Constantinescu Nicolae, şeful postului de vânătoare Coroana şi Marin Bardaş, agent veterinar.

TECHNICA LUCRĂREI PE TEREN. METODELE INTREBUINŢATE.

Echipa medicală alături de medicul Circ. a început ancheta socială din casă în casă, însoţit peste tot de comitetul sanitar, primar, notar, învăţător, preot, şef de post, agent sanitar şi veterinar, o echipă de 4 premilitari, comandantul premilitarilor, studenţi, etc.

S'a inspectat întreaga gospodărie: curtea cu fântâna, latrina, grajdul, coteţele, împrejurimile, şanţurile, podişca, bălegarul şi gunoaiele, locuinţa, — s'a examinat membrii familiei cercetându-se paraziţii din capul femeilor, curăţenia individuală, îmbăierea, — s'a examinat medical cei bolnavi; — s'au distribuit medicamente — iar parte din cei bolnavi s'au internat în spitale, epidemicii fiind izolaţi deasemenea în spitale sau la domiciliu.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

S'au cercetat buletinele de născuţi şi morţi şi s'a cercetat la domiciliu cauzele reale ale deceselor.

S'a examinat familiile decedaţilor pentru depistarea noilor cazuri de maladii sociale, complectându-se cazierul respectiv şi s'au constituit comitete de acţiune locală sanitară.

COLABORĂRI CU ALTE AUTORITĂŢI (CUM A FOST PRIMITA ACŢIUNEA DIN PARTEA POPULAŢIEI).

Ne-au dat concursul Domeniul Coroanei Ruşeţu şi Medicul circ. Largu-Buzău.

Populaţia a primit ofensiva sanitară cu multă supunere şi bunăvoinţă.

BUGET, CHELTUELI, SURSE.

Comitetul sanitar local a luat iniţiativa amenajărei unei băi cu aburi în comună, pe seama bugetului primăriei în care scop s'a înaintat d-lui Prefect al judeţului o adresă prin care s'a cerut trimiterea unui technician specialist pentru întocmirea devizului respectiv.

REZULTATELE OBŢINUTE:

Materialul documentar şi informativ recoltat.

S'au cercetat 1224 capi de familie, şi s'au examinat 5027 persoane dânduli-se asistenţa medicală efectiv şi distribuindu-se medicamente.

Date comparative privitoare la bolile sociale.

Situaţia numerică de boale sociale după campania sanitară la 1 Sept. 1938, e următoarea:

Tuberculoză 47 cazuri (dintre care 7 cazuri noi descoperite).
Sifilis 18 cazuri. Pelagră 38 cazuri. Malarie 283 cazuri. Conj. gran. 6 cazuri.

Consultaţii August

Mişcarea Bolilor Sociale August

Consultaţii după loc				CONSULTAŢII DUPĂ BOALE												
Dispensar		Domiciliu bolnav		Epidemie	T. B. C.	Sifilis	Paludism	Pelagră	Cancer	Conj gran.	Alcolism	Scabie	Sugari	Cretini	Surdomuţi	Diverse
M.	F.	M.	F.													
81	187	196	282	19	51	15	173	20	4	5	1	2	32	1	1	4 22
Total 740																

In Sept. s'au dat aproximativ 250 consultaţii.

Epidemii sau endemii descoperite.

In cursul anchetei din casă în casă am găsit cazuri izolate de tuse convulsivă şi pojar.

Măsuri de combatere şi profilaxie luate imediat.

S'au izolat la domiciliu.

Date comparative.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Situaţia anterioară a higienei colective publice lăsa mult de dorit. Ulterior campaniei sanitare, salubritatea publică este bună. Toţi locuitorii şi-au curăţit gospodăria, şi-au cărat băligarul la câmp, şi-au curăţit curtea, şi-au curăţit cotetele, saiaua, cocina porcilor, grajdul vitelor, şi-au văruit locuinţa, gardul, fântâna, latrina, cotetele, şi-au săpat şanţuri din faţa casei, făcându-şi podişcă, şi-au pus capac la fântână.

Toţi locuitorii — cu rare excepţii — au closete — chiar şi în ţigănie, deasemenea şi-au sleit fântânele.

Măsuri de asanare.

S'a pus în vedere d-lui Primar să ia contact cu serviciul drumurilor pentru delimitarea şanţurilor şi canalizările respective la intersecţia străzilor în comună.

Măsuri de asanare executate.

Primăria cu ajutorul premilitarilor a construit şanţuri în pieţile publice şi proprietăţile comunei, idem la dispensar.

Propunere de asanare de durată.

S'a înaintat adresă D-lui Prefect al jud. Brăila şi Buzău, precum şi Regiunei III-a a apelor pentru asanarea Călmăţuiului dealungul căruia în comună sunt peste 80 grădini de zarzavat irigate de apele sale.

Comitete locale constituite.

S'a constituit un comitet sanitar local permanent compus din medicul Circumscripţiei, primar, notar, preot, d-nele, d-rele şi d-nii învăţători secondaţi de şeful de post.

Pentru **comuna Strâmbu** sunt aceleaşi date descriptive.

Situaţia numerică a bolilor sociale e următoarea:

Tuberculoză 19 cazuri, Sifilis 4 cazuri, Pelagră 12 cazuri, Malarie 34 cazuri, Conj. gran. 3 cazuri.

CONCLUZII GENERALE:

Relativ la propuneri pentru o nouă acţiune similară în viitor care este în legătură şi cu organizarea sanitară — amintesc că am formulat în două articole cu acelaş nume, dezideratele rurale — publicându-le în Revista „Mişcarea Medicală Română" din Craiova Nr. 3 şi 4; şi N-rele 11 şi 12 din anul 1932, care au fost primite cu multă simpatie, nu numai de colegi, — alte lacune sanitare D-r V. Cameniţă „Mişcarea Medicală Română" Craiova, — dar de însuşi Preşedintele Asociaţiei Medicilor, d-l Profesor D-r Danielopol. (Vezi Buletinul Asociaţiei G-rale a Medicilor din România, Nr. 3—4 din Martie—Aprilie 1934, pag. 126).

Propuneri:

1. Comuna Ruşeţu ar putea fi toată **luminată cu electricitate** dela dinamul instituţie Zootehnice Ruşeţu, Hergheliile Statului.

Actualmente este luminată numai pe jumătate şi nu este un iluminat public — ci particular.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

2. Deoarece în Ruşeţu sunt peste 80 grădini de zarzavat ce întreţin o regiune anofeligienă, se poate face **derivarea Buzăului** printr'un canal în Călmăţui.

3. **Asanarea băltei Strâmbu** de 1½—2 klm. fiind regiune anofeligienă.

4. Delimitarea uliţelor prin **facere de şanţuri** şi măsurători de serviciul technic.

5. **Consolidarea malurilor** periferice ale comunei.

6. **Canalizarea intersecţiilor** străzilor pentru a se putea scurge apele.

7. Infiinţarea unor **centre de gospodării cu şcoli de menaj**, pentru ficele de săteni să înveţe cum să prepare o mâncare, cum să se hrănească, iar în caz de boală cum să păstreze un regim alimentar.

Alimentaţia fiind baza sănătăţii, fără de care vindecarea este iluzorie — aceasta referindu-mă la pelagră, care în fiecare an prezintă noui recrudescenţe.

8) Să se numească **o moaşe pentru fiecare comună**, altminteri moaşele empirice înscriu un procent respectabil de morţi prin tetanos în primele 8 zile dela naştere.

9. Să se numească **surori de ocrotire la fiecare comună** în parte.

10. **Mijloace pentru tratarea tuberculoşilor** căci medicul nu are unde îi izola, spitalele închizând porţile bolnavilor, din cauza paturilor insuficiente.

1. **O ambulanţă** pentru transportul bolnavilor nevoiaşi, căci dela Ruşeţu până la oraşul de reşedinţă de judeţ sunt 80 de km.

12. **Bugetele comunale să prevadă cheltueli în caz de epidemie.**

13. **Autorităţile comunale să dea concursul necesar medicului** cu *mai multă rapiditate.*

14. Să se trimită un technician specialist pentru facerea unui deviz. Primăria având fonduri şi voind a amenaja în dependinţele Căminului cultural din localitate, „Marele Voevod Mihai", o baie.

15. Intrucât comuna înumără peste 5.000 de suflete şi are în raza ei cătunul Serg. I. Ştefan, Domeniul Coroanei şi Instituţia Zootechnică cu un personal muncitoresc flotant numeros — şi cum spitalele cele mai apropiate sunt la distanţă de cel puţin 20 klm. propun revenirea la situaţia anterioară de războiu şi anume **reînfiinţarea în localul dispensarului Ruşeţu a spitalului „Principile Nicolae"**, având două săli corespunzătoare fiecare a câte opt paturi, — bine înţeles urmând ca mai întâi să se repare localul.

Toate legiuirile sanitare şi ordinele superioare primite au dus la supraîncărcarea crescândă a atribuţiunilor medicului de circ., fără ca cineva să se gândească că posibilităţile de executare, care ar trebui să fie uşurate cât mai raţional, aşa că printr'un program logic de muncă, să poată ajunge la un optimism de rezultate şi care să-l încurajeze pentru a face eforturi maxime în realizarea acestui scop, fiind ştiut cât de mult apasă pe umerii unui singur om atâtea obligaţii extrem de anevoioase.

Central University Library Cluj

NEUROSEDATIVUL
CU
ACŢIUNE
CONSTANTĂ

TONIC
ŞI
RECONSTITUANT
ENERGIC

Repr. p. România: S. I. F. s. a. r. Bucureşti, Avram Iancu 32

SIFILISUL ŞI TRAUMATISMUL

de

D-r PETRU GRAUR

Medic secundar al serviciului de boli interne
Spitalul de stat din Brăila.

In ultimul timp rolul traumatismului în patologia generală a diverselor afecţiuni şi mai ales a sifilisului tinde să capete o importanţă deosebită. Se ştie astăzi că aproape orice afecţiune organică îşi poate avea o etiologie traumatică.

Inţelegem prin boală traumatică, un proces patologic manifestat prin simptome clinice şi anatomopatologice, în etiologia căreia găsim intervenţia unui agent extern (chimic, fizic, mecanic, etc.).

Deci traumatismul poate avea trei efecte: de a creia boala propriu zisă, de a agrava o boală preexistentă în evoluţie şi de a deştepta o boală latentă, fără simptome clinice.

Nu sunt excluse cazuri, în care traumatismul acţionează la distanţă, în aceste cazuri el are mai mult un rol de agravare sau deştepţarea unei boli preexistente, cum este în tuberculoza traumatică, în tumorile traumatice metastatice şi în sifilisul traumatic.

Din observaţiile publicate până în prezent, reiese destul de evident că traumatismul poate constitui în anumite cazuri, un factor determinant în apariţia unei leziuni specifice, în punctul unde el s'a exercitat.

După cum s'a constatat, în urma experienţelor lui Schuller, Ollier, Lannelongue şi Achard, că influenţau traumatismului în decelarea unei tuberculoze latente articulare este astăzi de netăgăduit, şi a comunicărilor făcute de Berard, Bonnet şi Lagoutte, la Soc. de Chirurgie din Lion (1923), că traumatismul poate fi privit ca una din cauzele de apariţie a neoplasiilor osoase la nivelul punctului lezat, tot aceiaşi influenţă o poate avea traumatismul şi în apariţia leziunilor sifilitice.

Noţiunea sifilisului traumatic a apărut pentru prima oară în mijlocul secolului trecut, când Verneuil descoperă accidente sifilitice terţiare post-traumatice. Evoluţia ideilor de-atunci şi până astăzi, fără să soluţioneze definitiv problema, tinde totuşi să stabilească adevărul ştiinţific, prin cercetări din ce în ce mai ample. Cercetările lui Verneuil au fost continuate de Petit, elevul său, care stabileşte deasemenia existenţa leziunilor sifilitice post-traumatice.

Mai târziu **Tarnovski** a putut provoca pe cale experimentală sifilide prin iritaţia şi cauterizarea tegumentelor, însă nu au putut fi reproduse ulterior.

Milian în 1908, insistă cel dintâi asupra interesului medico-legal al chestiunei şi raportează două observaţiuni. In timpul marelui răsboi, s'a putut confirma frecvenţa relativă a sifilisului traumatic.

Astfel **Bary** a raportat mai multe observaţiuni de leziuni terţiare sifilitice, desvoltate pe plăgi de răsboi, cu evoluţie cronică, dar care s'au cicatrizat de îndată ce întâmplarea a făcut să se institue tratamentul specific. La fel **Clément Simon** citează un caz de sifilide terţiare desvoltate pe cicatricea unei răni de răsboi, la un vechi sifilitic. **Gougerot** a publicat şi el o serie de cazuri demonstrative, observate în timpul răsboiului.

O serie de autori au publicat după răsboi câteva cazuri, în cari se arată modul şi condiţiunile în care traumatismul a putut să determine leziuni sifilitice. Astfel **Goubeau** în 1920 citează două observaţiuni: una cu gomă a tibiei şi cealaltă cu orchită, cari, survenite cu ocazia unui traumatism, au fost repede vindecate prin tratament specific. **Lenzmann** în 1920 şi **Klauder** în 1922, studiind rolul traumatismelor în ecloziunea manifestaţiunilor sifilitice, din punct de vedere al accidentelor muncii, au arătat că diferite cazuri de: 1) Sifilis visceral, ca aortite, anevrisme aortice, angor pectoris s'au manifestat în urma unui traumatism; 2) Sifilis nervos, ca P. G. P., tabes, au fost deslănţuite de traumatisme craniene şi sifilis cutaneo-osos, ca ulceraţii gomoase ale tegumentelor, gome scrotale, întârzieri în consolidarea fracturei, au fost toate consecutive unui traumatism la aceste niveluri.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Tot ei au constatat că traumatismul, trezind un sifilis latent, poate să reactiveze chiar un Wassermann, care mai înainte era negativ, să devină pozitiv după traumatism.

Pasini citează câteva cazuri de leziuni specifice nete, apărute la nivelul unui traumatism chirurgical.

Milian relatează un caz de sifilide papuloase secundare, localizate la nivelul unde s'a aplicat o serie de ventuze.

Eliet, în 1926, încearcă să dea definiţia sifilisului traumatic, spunând că prin sifilis traumatic înţelegem ansamblul manifestărilor sifilitice, survenite la un vechi sifilitic, cu ocazia unui traumatism şi sub influenţa a două cauze: una primordială a sifilisului şi alta ocazională, traumatismul.

Ureche şi **Goldenberg**, în 1929, comunică cazul unui bolnav de P. G. P., post-traumatică.

Paulian şi **Fortunescu** în 1929 expun două observaţiuni cu P. G. P. traumatic, din cari se poate conchide că: rolul traumatismului cranian este indubitabil. Traumatismul grăbeşte evoluţia boalei.

Autorii se întreabă dacă nu cumva paralizia generală isbucneşte totdeauna sub influenţa unui element dinafară.

Gaté, Cuilleret şi **Tiran** în 1932 relatează un caz de osteo-artrită supurată, de origine traumatică, evoluând prin puseuri la un sifilitic terţiar şi care s'a vindecat repede prin tratament antisifilitic.

Nicolas citează cazuri de sifilo-traumatism şi spune că rezultatele fericite ale tratamentului antisifilitic autorizează acest diagnostic.

Laurent şi Lacapère citează cazuri de gome frontale la Mahomedani, datorite traumatismului repetat la rugăciuni prin atingerea pământului cu fruntea.

Aceste observaţiuni, deşi evidenţiază rolul traumatismului în genere, totuşi au fost contestate. Cei cari le susţin însă cu mai multă tărie şi se străduesc să stabilească definitiv rolul traumatismului ca factor determinant în localizarea şi apariţia unor leziuni sifilitice, sunt Milian, Clément Simon şi Pasini. Dacă până în ultimul timp ele n'au părut aşa de frecvente, aceasta se datoreşte în primul rând faptului că atenţiunea observatorilor n'a fost îndreptată asupra acestui factor. Pe măsură însă ce noţiunea aceasta se va extinde mai mult, analizele amănunţite ale cazurilor vor putea stabili definitiv relaţiunea strânsă dintre traumatism şi sifilis.

Influenţa traumatismului se poate depista la afecţiuni din toate domeniile medicinei, iar raporturile sifilisului cu traumatismul se pot urmări dealungul tuturor perioadelor infecţiunii, dela sifilomul primar până la manifestările tardive quaternare. Sintetizând toate aceste observaţiuni, s'a ajuns la următoarele concluziuni: a) Traumatismul poate fi anterior desvoltărei infecţiunei sifilitice la un individ şi că poate determina cu timpul, în punctul traumatizat, o leziune specifică.

Se cunoaşte sifilisul traumatic prin inoculare directă, numit şi profesional, care se întâlneşte la medici şi personalul auxiliar.

b) Traumatismul şi leziunea specifică pot coincide.

c) Traumatismul este posterior infecţiunei sifilitice, constituind astfel un punct de chemare şi de localizare a unui sifilis deja existent.

Constatările lui Michel însă susţin că traumatismul precede depunerea spirocheţilor, iar apariţia sifilomului primar este o reacţie locală a organismului. Activarea unui sifilis prin traumatism e posibilă în toate stadiile şi provoacă leziuni de tipul perioadei în care se află bolnavul.

Ceeace trebue de remarcat, este şi faptul că sifilisul post-traumatic se observă mai ales la persoanele la cari se întâlneşte o formă de sifilis latent, uneori chiar decelându-se prin aceasta un sifilis ignorat, ca în cazul nostru.

PATOGENIA.

Patogenia producerii leziunilor sifilitice în urma traumatismului este încă discutată. Cel care a emis pentru prima oară ideia unui locus minoris resistentiae creat de traumatism, a fost Verneuil. Părerea aceasta însă a fost combătută de unii, pe motivul că în terţiarism nu ar circula spirocheţi în sânge. Cercetările lui Pasini şi Sandmann, dovedesc că spirocheţii rămân în situ după regresiunea leziunilor primare ori secundare.

Garrido-Lestache susţine că traumatismul închis produce la acest nivel o trezire a vitalităţii spirochetei. In cazuri de traumatism deschis, spirocheta înlesneşte desvoltarea microbilor banali şi împiedică vindecarea plăgii, până ce intervine tratamentul specific.

Fără îndoială că traumatismul produce în primul rând o stupoare locală, caracterizată prin încetinirea circulaţiei, constituind astfel un excelent teren pentru desvoltarea oricărui fel de microb.

Dacă admitem că pe locul traumatizat se pot fixa şi înmulţi spirocheţii, aşa încât să producă manifestări specifice, atunci trebue să lipsească ori fermentul specific, ori complementul. Ebberson dovedeşte însă că fermentul nu poate lipsi. In schimb este fixat complementul chiar în zona de înbibaţie, formată de traumatism, prin urmare anticorpii nu-şi pot desvolta acţiunea lor asupra germenilor sifilisului.

Pornind dela aceste consideraţiuni de ordin biologic, Pasini, Clément Simon şi Milian au emis trei teorii, cari explică mecanismul formării leziunilor pe locuri traumatizate:

1. **Teoria lui Pasini.** Pasini susţine **ipoteza imunităţii diminuate** şi spune că traumatismul, în urma scăderii imunităţii locale, modifică proprietăţile biologice ale ţesuturilor şi capacitatea de rezistenţă faţă de spirochet.

2. **Teoria lui Clément Simon,** presupune **ipoteza focarelor locale** de treponeme şi e de părere că manifestările locale ale sifilisului se produc atunci, când traumatismul interesează o regiune cu spirocheţi, în speţă osul, în a cărui măduvă se găsesc întotdeauna treponeme chiar în perioadele de inactivitate.

Intervenind traumatismul, el pune în libertate aceste focare de treponeme unde ele trăesc o viaţă latentă şi poate determina apariţia unei leziuni sifilitice.

3. **Teoria lui Milian.** Milian constată că la nivelul traumatismului se produce o încetinire a circulaţiei.

Treponemele se opresc de preferinţă la locuri unde circulaţia capilară este încetinită şi deci în locul traumatizat şi relatează chiar un caz de sifilide papuloase, localizate la nivelul unde s'a aplicat o serie de ventuze.

http://clubdeistorie.com/forum/ clubdeistorie.com

DIAGNOSTIC.

In ceeace priveşte diagnosticul activărilor şi agravărilor sifilitice post-traumatice, trebue să ţinem seamă şi de intervalul scurs dela producerea traumatismului, până la apariţia leziunii, adică timpul de incubaţie.

1. Examenul serologic se impune în toate cazurile, unde avem leziuni ulceroase post-traumatice şi a căror evoluţie nu cedează prin tratamente obişnuite.

Examenul clinic, antecedentele sifilitice şi aspectul leziunii traumatice, combinate cu examenul serologic şi uneori cu biopsia, ne vor confirma ori infirma etiologia traumatică a leziunii sifilitice. Uneori, se poate întâmpla, să nu găsim nimic din acestea şi nici chiar examenul serologic, ci numai un tratament de încercare cu preparate antisifilitice să ne pună pe calea diagnosticului ca în cazul nostru.

OBSERVAŢII:

1. Bolnava E. A., de 20 ani, muncitoare, vine în serviciu în ziua de 19 Mai 1937, cu diagnosticul de gomă specifică în 1/3 superioară a gambei drepte; bolnava spune că părinţii ei au fost bolnavi, dar nu ştie ce boală au avut. Mai are trei fraţi sănătoşi. Nu este măritată şi neagă orice maladie infecto-contagioasă şi maladiile venerice. Bolnava spune că acum 7 luni, din cauza unei căzături peste un lemn, s'a ivit o plagă la gamba dreaptă şi văzând că din ce în ce plaga devine mai atonă şi nu prezintă nici o tendinţă la cicatrizare, a fost

sfătuită să intre într'un spital. La examenul obiectiv, bolnava prezintă o gomă sifilitică, tipică ulcerată, cât podul palmei, consecutivă unui traumatism. Reacţia Wasserman este pozitivă. Supusă la un tratament antisifilitic general şi trat. local, bolnava iese după o lună, cu leziunea vindecată.

2. Bolnavul Cioroi Panait, de 23 ani, meseriaş, vine în serviciul de boli venerice — Casa Asigurărilor Sociale — la 20 Iunie, pentru o ulceraţie în 1/3 mijlocie a gambei drepte. Ca antecedente heredo-colaterale, nimic important.

Antecedente personale: bolnavul spune că în 1924, a avut un şancru sifilitic, pe care l-a tratat numai cu o serie de injecţii de Neosalvarsan şi Bismuth. Acum 5 săptămâni a suferit un accident de muncă şi s'a lovit cu un fer peste gamba piciorului drept. La locul loviturei s'a format o rană, care se mărea mereu. La 2 săptămâni după aceea intră în spital, unde este operat, spunând că este foruncul antracoid. La 3 săptămâni, după operaţie, iese din spital, cu o plagă ce nu era încă vindecaiă şi nici nu prezenta vreo tendinţă de cicatrizare, fiind atonă. Bolnavul a fost trimis să-şi facă reacţia Wassermann, care fiind pozitivă s'a început imediat tratamentul antisifilitic şi în mai puţin de 2 săptămâni plaga s'a vindecat.

3. N. M. de 35 ani, profesie liberă, se prezintă la consultaţie în ziua de 9 Septembrie 1936, cu o plagă a genunchiului stâng. Ca antecedente, nu se constată nimic şi niciodată nu a suferit de vreo maladie infecto-contagioasă şi mai ales de boli venerice. Bolnavul spune că cu 2 săptămâni în urmă a căzut în curte pe o scândură, iar un cui i-a format o plagă înţepată, în regiunea genunchiului stâng; văzând că din zi în zi se măreşte, atunci s'a prezentat la consultaţie. Prezentând o plagă ulcerată, rotundă, cât podul palmei, am început să-i fac pansamente zilnic. După o săptămână, văzând apariţia unor false membrane şi nici o tendinţă de vindecare, i-am făcut reacţia Wassermann, care a ieşit negativ. Atunci, neavând alt mijloc de tratament şi cu toate că Wassermann-ul era negativ, i-am început un tratament de încercare cu Neosalvarsan şi Bismuth şi am constatat că în mai puţin de zece zile plaga s'a cicatrizat complect.

4. Jarden Anisim, de 12 ani, elev, intră în spital, la 20 Iunie 1938, pentru meningită traumatică. Antecedente heredo-colaterale fără importanţă. Ca antecedente personale, a suferit de rugeolă acum 2 ani; neagă orice altă maladie infecto-contagioasă. Istoricul maladiei actuale: boala datează de 7 zile, când în urma unei bătăi la cap cu pumnii (vreo 20), a început să aibă dureri de cap violente, ameţeli, vărsături şi temperatură între 38°—40°.

Starea prezentă: Bolnavul de constituţie normală, anemic, prezintă o cefalalgie violentă, întovărăşită de vărsături, cu redoarea cefei, rachialgie şi semnul lui Kernig foarte marcat, apoi constipaţie şi cu o hiperestezie generalizată, acuzând iar dureri mai accentuate în regiunea temporală stg., locul unde a fost lovit. Reflexele tend. leneşe, Babinski negativ.

La 26 Iunie 1938, a început să aibă vărsături bilioase, şi pulsul filiform, pupilele inegale şi survine delirul cu fotofobie. La 28 Iunie 1938, se constată că prezintă un strabism convergent. La 1 Iulie 1938, se observă hemiplegie dreaptă şi moartea survine în comă, la 4 Iulie 1938.

La examenul lichidului cefalo-rachidian s'a constatat dese limfocite, rare leucocite polinucleare şi nu s'au găsit microbi. Culturi în 24 ore, sterile. Seroreacţia Bordet-Wassermann, intens pozitivă. S'a instituit un tratament cu Cianură şi Bismuth şi trat. simptomatic.

5. V. C., birjar de 31 ani, vine în serviciu la 21 Noembrie 1938, cu paralizie generală. Antecedentele heredo-colaterale: mai are un frate bolnav de sifilis secundar. Antecedente personale: neagă orice maladie infecto-contagioasă şi maladiile venerice; este alcoolic.

Istoricul maladiei: tatăl său spune că în urmă cu 7 zile, la 13 Noembrie 1938, a fost bătut de doi oameni cu bastoane în cap. A doua zi a început să aibă ameţeli şi dureri mari de cap, cari se accentuau din ce în ce, iar în ziua de 19 Noembrie 1938, a început să aibă fenomene de paralizie generală, pentru care este internat în spital.

Starea prezentă: bolnavul este de constituţie normală. Prezintă o slăbire a inteligenţei, care denotă din puerilitatea conversaţiei şi o pierdere parţială a memoriei şi se arată foarte preocupat. Refuză alimentele şi a încercat chiar la spital

de a se sinucide. Prezintă o inegalitate pupilară, cu ptoza pleoapei drepte; apoi are turburări în vorbire cu articulaţia scandată şi trenantă. La examenul lichidului cefalo-rachidian se constată o limfocitoză, iar Wassermann intens pozitiv.

CONCLUZIUNI:

Din aspectul variat al raporturilor ce există între leziunile sifilitice şi traumatisme, reiese posibilitatea provocărei şi chiar agravărei leziunilor, şi nimeni nu poate contesta acest fapt, nu însă în măsura pe care au descris-o unii autori, deoarece cazuri certe de leziuni sifilitice post-traumatice survin relativ rar.

BIBLIOGRAFIE

Bary: Syphilis et plaies de guerre. (Annales des mal. vénériennes, 16, p. 206). — **Clément Simon**: Sur le syphilis traumatique. (Définition. Bull. de la Soc. Franc. de Dermat. et la syphilis, 1926, No. 7). — **Coluţiu**: Traumatismul în medicina internă. (Clujul Medical, 1937, 1/L p. 853). — **G. Elliet**: Étude sur la syphilis traumatique. (Thèse de Paris, 1926). — **Lanzmann**: Trauma und syphilis. (Fortschrifte de Medizin. No. 10, 1921). — **Milian**: Syphilis et accidents du travail. (Progrès médical, 3 Oct. 1908). — **A. Pasini**: Sifilide e trauma. (Anal. în Journal de Dermat. et Syphilis, 1923). — **Paulian, Fortunescu**: Contribuţii la stadiul p.g. traumatice (Spitalul No. 8-9, Aug. 1929.—**Ureche şi Goldenberg**: Sifilis traumatic al creerului. (Bull. et Mémoires de la Soc. Med. des Höp., No. 1-1/28, p. 959). — **Tovaru şi Mavrodin**: Sifilisul şi traumatismul. (Revista Ştiinţelor Medicale, Martie 1927). — **Tătaru şi Petrovici**: Sifilis şi traumatism. (Clujul Medical, 1 Dec. 1936). — **Lacapère**: La syphilis arabe. (Un vol. Paris, 1923).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

V I T A D O N E

„B Y L A"

Fiole injectabile a 2 cc.
Vitamina A: 25.000 U. I.
„ D: 5.000 U. I.
pentru 1 cc. în soluţie uleioasă.

Picături:
Vitamina A: 50.000 U. I.
„ D: 10.000 U. I.
pentru 1 cc. în soluţie uleioasă.

Adjuvant al Vitadonului injectabil.
Tratamentul tuberculozei şi toate indicaţiunile Vitaminei A. şi D.

Inlocueşte integral untura de peşte în toate indicaţiunile ei.

Sugaci: 10 picături pe zi.
Copii: 15—20 picături pe zi.
Adolescenţi şi Adulţi: 20 picături sau mai mult după avizul medicului. Injecţiuni intramusculare: 2—3 fiole pe săptămână, apoi 15 zile repauz. La nevoie se va relua tratamentul. De preferinţă se va combina cu picăturile: 100–150 pe zi, intercalate între două serii de injecţii.

LES ETABLISSEMENTS BYLA, 26 Avenue de l'Observatoire, PARIS

Representant General pentru România: GEORGE VERGLAS
Str. Precupeţii Vechi No. 1 — BUCUREŞTI III

Epitropia Sft. Spiridon-Iaşi
Institutul Balneo-climatec Slănic-Moldova

TRATAMENTUL RADICAL AL OXIUROZEI PRIN ENTERO-CLIZME ALUMINATE

de

D-r GR. GR. IAMANDI
medic primar de spital
asistent universitar
medic balneolog

D-r D. BRANIŞTEANU
medic primar de spital
asistent universitar.

D-r MELICA
med. balneolog
în Slănic-Moldova.

Oxiuroza este o Helmintiază caracterizată printr'o serie de manifestări clinice tipice determinate de prezenţa Oxiurilor în număr mai mic sau mai mare în intestinele umane.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Omul se infectează cu acest helmint pe cale bucală, introducând în organismul său ouăle embrionate ale viermelui din mediul ambiant ce se găsesc în special pe legume, fructe, sălăţi, mânele murdare, etc. Joacă rol în răspândirea Oxiurezei, în sezoanele călduroase, şi muştele. Apa serveşte şi ea la răspândirea Oxiurezei, însă într'o măsură mai mică, embrionilor de Oxiuri neconvenindu-le acest mediu.

Autoinfecţiunea este regula pentru Oxiuroză; datorită ei o Oxiuroză odată instalată se menţine ani de zile pe acelaş individ tot crescând în intensitate în ciuda tratamentelor instituite.

15% din suma globală a populaţiei din regiunea temperată ar fi contaminată cu Oxiuri într'un grad mai mult sau mai puţin accentuat (Heller-Paris, L. Balland-Paris, G. Zotta-Bucureşti, V. Nitzulescu-Iaşi, G. G. Iamandi-Iaşi).

Simptomatologia Oxiurezei ar fi mai mult subt dependenţa acţiunei traumatice şi infecţioase a viermilor de cât acţiunei iritative sau toxice (manifestate prin crize de urticarie şi corize spasmodice).

La începutul boalei, când numărul Oxiurilor e mic, simptomele sunt şterse. Pe măsură însă ce numărul viermilor creşte prin autoinfecţiune, pe aceiaşi măsură şi simptomele Oxiurezei se măresc în

intensitate. Simptomele Oxiurezei sunt de ordin: 1) Intestinal 2) Nervos şi 3) General.

Primele stadii ale vieţii, Oxiurul şi le petrece în intestinul subţire; pe măsură ce se maturează, se coboară spre colon şi apendice. Femelele împinse de un tropism specific ies din rect prin orificiul anal, spre a-şi depune ouăle pe mucoasa şi pielea din ujrul acestui orificiu. Considerând biologia viermelui, rezultă că pentru vindecarea radicală a unei Oxiuroze, tratamentul trebue să urmărească pe de o parte întreruperea ciclului „autoinfecţiunei" prin măsuri de igienă şi pe de alta de a omorî şi elimina mecanic viermii din intestinul subţire şi gros prin mijloace terapeutice, fizice şi chimice.

Insuccesul tratamentelor de până azi se datoresc tocmai faptului că terapeutica nu'şi suprapune timpii tratamentului pe timpii biologiei viermelui, cauză din care Oxiuroza, alături de trichocephaloză erau socotite până azi ca „Helmintiaze" depăşind cadrul posibilităţilor actuale de tratament.

Odată cu introducerea în terapeutică a „băilor intestinale sau entero-clizmelor" de către D-r Broch din Viena prin technica spălăturelor largi — 25—30 litri lichid încărcat cu principii medicamentoase active — care curăţă întreg aparatul colic, şi problema tratamentului Oxiurozei a eşit din cadrul Helminţiazelor nevindecabile.

Prin noua metodă fizioterapică ce o introducem în terapeutica clinico-parazitologică, aceasta a căpătat un adjuvant preţios având putinţa de a-şi mula timpii tratamentului pe biologia viermelui, asigurându-i-se astfel maximul de posibilităţi de reuşită.

Procedeul nostru de tratament, care necesită în medie patru săptămâni de cură, administrat până în prezent pe 64 de Oxiuroze dintre care 23 pe copii între 7—14 ani şi restul pe adulţi, în Institutul Balneo-Climatec Slănic-Moldova se bazează pe o combinaţie a mijloacelor terapeutice cu cele fizioterapice, timpii lor fiind decalcaţi pe biologia viermelui.

Tratamentul nostru are următorii timpi:

a) Prin regule igienice prescrise şi ţinute sever pe tot timpul Curei şi recomandate a se respecta şi după cură se urmăreşte înlăturarea posibilităţilor autoinfecţiunei: unghiile se tae scurt, mâinele se spală de câteva ori în timpul zilei şi înainte de mese cu peria şi antiseptice în mare cantitate, lenjeria de pat şi corp se calcă zilnic cu fierul fierbinte, individul de tratat se scoate din mediul oxiuric sau

---

1) Pruritul anal Oxiuric apare brusc seara odată cu calcarea perzistând în cursul nopţii cu reminiscenţă matinală, fapt caracteristic pentru Oxiuroză — iritaţia diurnă fiind mult mai slabă de cât cea nocturnă. Buza orificiului anal este roşie şi congestionată, semănată cu mici puncte emoragice şi acoperită cu un mucus nefilant incolor. Intreg intestinul trădează o stare catarală pronunţată. Apetitul este capricios, anorexie totală sau parţială, diaree, dureri abdominale, etc. Viermele este şi punctul de plecare pentru multe apendicite (Stilles, R. Blanchard, Metty, Lăzărescu D., Begonin, Oppe, Broca).

2) Modificări în caracter: purtătorii de Oxiuri devin trişti, iritabili şi melancolici. Copii prezintă şi atacuri epileptiforme sau histeriforme, convulzii, sincope, ameţeli, etc.

3) Iritaţiile de ordin reflex se resfrâng şi asupra organelor sexuale predispunând copii la masturbaţii, perderi seminale, nimfomanie, etc.

dacă este imposibil se tratează întreaga colectivitate; noaptea se culcă cu indispensabili pentru a nu duce involuntar mâna la anus în timpul somnului spre a-şi satisface senzaţia de prurit, etc.

b) **Tratamentul medical urmăreşte distrugerea viermilor din intestinul subţire:** tot timpul curei se administrează „Kaolinul" (Bolus alba) în doze de 1—2 linguri pe zi într'un pahar de apă*). Ca preparate specifice am întrebuinţat: Oxymorsul (şase zile, de două ori pe zi câte 0,5), Butolanul (cinci zile de trei ori pe zi câte 0,5), Cupronatul (de trei ori pe zi câte un gram), Gelonid Alumini Subaceti No. 2, Helminalul, Didakena Specia, Carbonatul de Bismuth (10—15 gr. pe zi timp de două săptămâni).

c) **Tratamentul fizioterapic urmăreşte pe de o parte eliminarea pe cale mecanică a Oxiurilor din ilion adormiţi sau omorâţi prin tratamentul medical, spre colon şi pe alta evacuarea viermilor din colon;** se supune cavitatea colonului în întregime la acţiunea specifică antioxiurică a anumitor substanţe diluate în mare cantitate de apă şi întrebuinţate în spălături largi, complectând acţiunea prin evacuarea mecanică a Helminţilor din intestine împreună cu tot conţinutul colonului.

Se supun tratamentului bolnavi diagnosticaţi precis ca suferind de Oxiuroză, clinic şi confirmat prin analize coprologico-parazitare. Tratamentul se face cu aparatul: Entercleanerul D-r Broch-Viena (model 1937), 4—6 şedinţe separate între ele prin 2—5 zile paoză.

Pentru nervoşi şi surescitabili, e bine a se administra înainte de entero-clizmă supozitori calmante (Belladona cu jusquiana à 0,01—0,02) sau pentru cazurile mai dificile 25—35 picături de jusquiană adaugate la prima porţiune de lichid de introducere.

Se trece prin colon, în etape succesive, 25—30 litri soluţie fiziologică sau apă minerală de Slănic, nici odată apă pură, la 38°—40° timp de 25—30 minute, cu temperatura şi concentraţia băei exterioare aceiaşi. Se încarcă întâi ampula rectală, apoi pe rând, sigmoidul, descendentul, flexura hepatică, ascendentul, cecul, evacuarea lichidului făcându-se în timpi egali şi inverşi. Primele 5 kilograme de lichid servesc colonului stâng, următoarele 5 transversului, restul ascendentului şi cecului.

Prin sistemul entero-clizmelor se curăţă şi spală viermii din cele mai ascunse vilozităţi şi plici intestinale, acele unde nu puteau fi ajunşi nici de antihelmintice şi nici de acţiunea purgativelor.

După şedinţa de entero-clizmă care durează 25—30 minute bolnavul se odihneşte în poziţie orizontală câteva ore.

La prima şi a doua clizmă se observă slabe reacţii, următoarele însă sunt uşor suportate chiar şi de copii. In ziua entero-clizmei alimentaţia va consta pe cât se poate din regim lacto-vegetarian.

Cele mai bune rezultate în privinţa specificului oxiuricid întrebuinţat în entero-clizmă l'am avut de la: Aceto-tartratul de aluminium în soluţie de 10%, trei linguri de supă din această soluţie pentru basinul aparatului (30 litri).

Containdicţii: vârsta subt 10 ani, stările febrile, insufi-

cienţele cardiace, hipertensiunea pronunţată, inflamaţiile acute peritoneale şi stările patologice ce predispun la perforaţii intestinale, tuberculoza intestinală, volvulusul, puseurile acute hemoroidale, etc.

Zece, cinsprezece zile după ultima entero-clizmă se face examenul de control, cercetând în produsul de raclaj al mucoasei rectale şi anale elementele parazitare.

Cura odată încheiată recomandăm bolnavului de a se controla singur din când în când prin „proba lui Netter/1934" care s'a arătat simplă şi uşoară în technică şi interpretare şi la îndemâna ori cui.

Pe toate cele 64 de cazuri de Oxiuroză confirmate parazitologiq înainte de instituirea acestui tratament şi curate prin acest procedeu, am obţinut vindecarea radicală şi definitivă. In consecinţă îl recomandăm ca singurul în stare a vindeca azi radical şi fără pericole Oxiurozele cele mai grave prin manifestări şi rebele la tratamentele clasice.

Nous proposons pour le traitement radical de l'oxiurose humaine le système des grandes irrigations intestinales, fait avec l'enterocleaner du D-r Boch de Vienne.

Ce traitement rationnel qui a pour base les posibilités physico-thérapeutiques, moulé sur les temps de la biologie de l'helminthe, nous le recomandons après l'avoir essayé et administré sur plus de 60 cas dans l'Institut balnéo-climatique Slănic-Moldova, avec le maximum de resultats positifs.

Wir schlagen für die radikale Behandlung der menschlichen Oxiurosen wiederholte Darmspülungen nach dem System von Dr. Boch-Wien-vor, ausgeführt mit Enterocleaner Boch Modell 1938.

Wir empfehlen diese rationelle Behandlung, welche auf physisch-therapeutischen Möglichkeiten (und nach den Zeiten der Biologie des Helminths angepasst) beruht, nachdem sie schon in 60 Fällen mit einem Maximum an Ergebnissen in unserem Luft-u. Bade-Kurort Slănic-Moldova erprobt und eingeführt wurde.

SIROPUL NEURO TONIC GHEORGHIU

TONICUL NERVILOR şi AL MUŞCHILOR

Aprobat de Ministerul Sănătăţii

Apreciat de D-nii Medici Neurologi şi Internişti

în 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 linguriţe zilnic înaintea meselor.

REACŢIUNEA IMUNO-BIOLOGICA (D-r MESTER) IN SINDROMUL REUMATISMAL *)

(Interpretări desprinse din observarea a 100 cazuri în Sanatoriul Militar „R. F. I" Băile Herculane)

de

Medic Maior D-r D. TANASESCU
Directorul Sanatoriului.

şi

Farm. Lt. OTOPEANU GH.
Şeful Laboratorului.

Autorii au făcut cercetări de control a reacţiunei imuno-biologice Mester (R. I. B.) la 100 bolnavi, cari urmau diferite tratamente balneare şi paratermale sub supravegherea sanatoriului militar „Regele Ferdinand I" din Băile Herculane.

Suspomenita reacţiune se pretinde a contribui la precizarea diagnosticului retrospectiv al reumatismului (maladiei reumatismale).

S'a folosit technica recomandată de autor publicată în „Revue du Rhumatisme" din Aprilie 1937.

O reacţie pozitivă (— 20% şi mai mult) reprezintă, la fixarea diagnosei un element important ce se adaugă concordant celorlalte date culese din anamneză şi starea prezentă.

O reacţie negativă, ar îndreptăţi eliminarea eventualităţei naturei reumatismale a turburărilor patologice aparent clinic reumatismale.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

De multă vreme lumea medicală se trudeşte să afle o reacţiune biologică care să înlesnească identificarea reumatismului; până în prezent încercările bazate pe metode bacteriologice şi serologice n'au izbutit să ajungă la un rezultat pozitiv; mulţi (Lautier, Achalme, Tiroloix etc.), pretind a fi izolat agentul reumatismului, dar probele de control nu-i sprijină. Descoperirea reală a agentului patogen reumatismal ar lumina evident o serie întreagă de probleme care deocamdată rămân în cadrul ipotezelor şi bănuelelor mai mult sau mai puţin acceptabile.

Reluând studiul acestei idei Mester pare să fi ajuns la oarecare rezultate încurajatoare; a încercat prin injecţii intradermice de medicamente recunoscute anti-reumatice ca: venin de albine, acid formic şi acid salicilic şi deasemeni cu: atropină, pilocarpină, histamină; procedând astfel a observat reacţiuni locale şi generale provocate de aceste injecţiuni; înţelegând să le sistematizeze, după îndelungate cercetări ajunge la concluzia că singur acidul salicilic determină o reacţiune pe care o afirmă specifică în reumatism.

In ideia de a controla această reacţiune denumită imuno-biologică, am pus sub supraveghere 100 de bolnavi internaţi în Sanatoriul Militar „R. F. I", procedând potrivit recomandaţiilor lui Mester, în modul următor: bolnavilor li se recomandă repaos absolut în poziţie culcată; di-

*) Proba lui Mester în diagnositcul diferenţial al afecţiunilor reumatismale, a fost deasemeni controlată de Fr. Lenoch-Teplitz, a căror rezultate le publică în Wiener. Klin. Wochenschrift 1938. *(Urmarea notei în pag. 206).*

mineaţa pe nemâncate se lua sânge prin punctie digitală numărându-li-se globulele albe; imediat după se injecta intradermic 1 cmc. dintr'o soluţie de acid salicilic 1/1000 formând 5 papule — la nivelul antebraţului; — pentru fiecare papulă foloseam 1/5 dintr'un cmc. După un timp ce varia între 30—60 minute numărăm iarăşi globulele albe. La numărătoarea leucocitelor am întrebuinţat celulele Thoma şi Türk.

Mester pretinde că numai o diminuare ce depăşeşte 15% poate fi considerată drept o reacţiune pozitivă.

Aceste 100 cazuri pe care ne-am propus să urmărim proba lui Mester au fost bolnavi internaţi în Sanatoriul Militar „R. F. I" din Băile Herculane, sub a căror supraveghere urmau diferite tratamente termale şi paratermale recomandate.

Diagnosticul cu care soseau la Sanatoriu era în genere invariabil: dureri reumatice, reumatism articular cronic, reumatism articular subacut, reumatism articular acut... Aceste diagnoze nu păreau în totul îndreptăţite deoarece s'ar fi putut în multe cazuri schimba foarte bine dela unul la altul fără ca prin aceasta să se fi greşit. Eroare — ştiinţific vorbind — n'ar putea fi şi dacă s'ar fi menţinut diagnoza iniţială, după cum acum când am căutat să precizăm nuanţa reumatismului, nu ştim dacă vom fi categorisit corect cazul. Aceasta deoarece nu avem criterii bacteriologice bine stabilite în reumatism, ci doar ne călăuzim după anumite puncte de vedere care se ştiu a fi admise de toată lumea. Problemă extrem de interesantă, rămâne încă deschisă şi asupra ei ne propunem să revenim.

Câteva date din anamneza şi din starea prezentă înfăţişată fiecărui caz în parte le-am socotit utile înţelegerei mai bine a situaţiei. Bine înţeles foaia de observaţie cuprinde detalii mai însemnate în raport cu felul tratamentelor şi ritmul în care fenomenele au fost influenţate în decursul acestora.

Diagnosticul nostru la eşirea din Sanatoriu a fost sprijinit de reacţiunea imuno-biologică Mester, având în consideraţie: modalităţile de a fi apărut turburările, felul de a se fi manifestat şi chipul în care au fost influenţate de diferite tratamente la care au fost supuşi.

Am constatat că acolo unde în anamneză întâlneam informaţii neîndoelnice reumatismale, reacţia a fost mai totdeauna net pozitivă; unde în trecut nu putea fi vorba de infecţie reumatismală rezultatul a fost negativ (artrite gonococice, maladia lui Little, etc.).

Fireşte va trebui compartimentate şi clasificate rezultatele, ţinând seama de reumatismele: diatezic, endocrinic, pseudo-infecţios, reacţiunile alergice, precum şi alte turburări humorale care uneori pot înmănunchia simptomatologia maladiei reumatismale.

E de văzut întrucât reacţia imuno-biologică Mester ne ajută la lămurirea acestor gânduri care se ivesc de câte ori încercăm să individualizăm sindromul reumatismal.

Evident că numai observarea mai îndelungată a acestei reacţiuni, căreia să i se aducă eventual perfecţiuni sau adausuri complimentare (hipotensiunea arterială, viteza de sedimentare, etc.), precum şi aplicarea pe un material de cercetare mai bogat şi variat ne va putea da orientările aşteptate şi sperăm rezultate exacte.

Dar să trecem la lectura cazurilor:

Nr. corent	Numele şi pronumele Vêrsta In Sanatoriu	Gradul	R. I. B.	Anamneza
1	H. I. 23 ani 30 Iun.—18 Aug.	Sold.	—20 %	In ant.; dureri şi tumefacţia febrilă a art. genunchilor în 1935; au cedat după 3 luni la salicilat. In 1937 fenomenele s'au repetat; de atunci a rămas cu dureri art. generale, mai accentuate la frig. S. p.: afebril, dureri în art. membrelor inf. şi sup. Mers uşor şchiopătând.
2	C. I. 23 ani 1 Iul.—30 Iul.	Cap.	—13,8 %	In ant.: în 1937 pentru prima dată i-a amorţit membrele inf. şi sup. cu perderea cunoştiinţei. S. p.: se plânge de dureri în reg. lombară.
3	B. V. 29 ani 12 Iul.—26 Iul.	Subof.	—50,7 %	In ant.: amigdalită în 1930, primele dureri cu tumefacţii apar în 1935 la art. membrelor inf. şi sup. In 1937 recidivă ce a cedat la salicilat. S. p.; se plânge de dureri în art. tibio-tars. dreaptă, mai accentuate la schimbările atmosferice.
4	F. M. 22 ani 2 Iul.—30 Iul.	Soldat	—38,5 %	In ant.: debut în 1934 prin dureri cu tumefacţii la nivelul art. genunchilor şi gleznelor care după 2 săpt. cedează la salicilat. S. p.; acuză dureri în art. membrelor inf. şi sup. Şchioapătă la mers. Insuficienţă mitrală.
5	L. C. 23 ani 8 Iulie—20 August	Soldat	—24,3 %	In ant.; în 1937 apar primele dureri şi tumefacţii art. însoţite de febră. S. p.; ne spune că are dureri în art. membrelor inf. în special când plouă sau este nor. Mers greoi. Insuficienţă mitrală.
6	C. G. 36 ani 2 Iunie—12 Iulie	Subof.	—20 %	In ant.; febră cu tumefacţii în art. metatarso-falangiene stg. în 1937. A urmat o serie de băi sulf. aici şi salicilat după care s'a simţit mai bine. In Martie a. c. fenomenele s'au repetat. S. p.; febril, art. medio-carp. drepte, metatarso-falangiene stg. şi tibio-tars. stg. sunt tumefiate. Mers şchiopătând.
7	G. I. 39 ani 5 Iulie—20 Iulie	Subof.	—19,3 %	In ant.; în 1917 tumefacţii febrile şi dureroase ale art. membrelor inf.; în 1922 recidivă. A făcut băi sulf. în 1931, 32, 34 şi 35 după care s'a simţit mai bine. S. p.; afebril, se plânge de dureri în art. genunchilor. Insuficienţă mitrală.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Nr. curent	Numele şi pronumele Vârsta In Sanatoriu	Gradul	R. I. B.	Anamneza
8	C. T. 24 ani 30 Iunie—20 August	Sold.	—25%	In ant.; în Aprilie a. c. tumefacţia febrilă şi dureroasă a art. genunchiului şi tibio-tars. stg. care după 4 săpt. cedează la sailcilat. Mergea f. grreu. S. p.; sub-febril, acuză dureri cu caracter plimbător în art. membrelor inf. Şchioapătă în mers. Prezintă o uşoară tumefacţie a art. tibio-tars. stg.
9	G. Gh. 23 ani 14 Iunie—22 August	Cap.	—23%	In ant.; în Martie a. c. a simţit primele dureri cu tumefacţii febrile în membrele inf. şi sup. la glezne şi pumnul drept, cu impotenţă funcţională respectivă. S. p.; anemic, nu poate părăsi patul, se plânge de dureri art. generalizate. Uşoare tumefacţii la nivelul art. coxo-femorală dr. tibio-tars. dr. şi interfalangiene. Insuf. mitrală.
10	J. V. 23 ani 2 Iulie—20 August	Sold.	—28%	In ant.; debut în Mai a. c. cu dureri art. mai vii la schimbarea vremei. S. p.; debil, anemic, febril, se plânge de dureri în membrele inf. şi sup. Mers dureros. Tachicardie.
11	T. I. 22 ani 8 Iul.—10 Sept.	Sold.	—3,8%	In ant.; dureri art. în 1936. S. p.; merge şchiopătând, mişcările diminuate ca amplitudine la genunchi şi glezne. Nimic art. clinic perceptibil.
12	N. L. 22 ani 26 Iunie—31 Aug.	Sold.	—22,5%	In ant.; dureri în membrele inf. şi coloana vertebrală dela stânga de 10 ani. In Mai a. c. durerile s'au accentuat şi sunt mai vii. când e timpul umed. S. p.; debil, trunchiul şi genunchiul în flexiune, col. vertebrală apreciabil rigidă şi mult dureroasă la nivelul ultimelor dorsale şi primelor lombare.
13	D. V. 22 ani 7 Iulie—9 August	Sold.	—40%	In ant.; tumefacţii dureroase la art. genunchilor în 1936; urmează în 1937 băi sulf. la Herculane fără rezultatul dorit. S. p.; mers dureros, nimic deosebit clinic perceptibil art. sau periart. alt undeva decât o uşoară tumefacţie a pumnului stâng.
14	D. M. 23 ani 5 Iunie—3 Iulie	Sold.	—17%	In ant.; de 3 săpt. se plânge de dureri în art. membrelor inf. şi sup. cu caracter ambulatoriu. Ambele glezne au fost tumefiate. S. p.; dureri la genunchi, glezne şi coate. Prezintă tumefacţia art. medio-tars. dr.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Nr. corent	Numele şi pronumele Vârsta In Sanatoriu	Gradul	R. I. B.	Anamneza
15	V. I. 60 ani 1 Iulie—18 Iulie	Pens.	—4,6%	In ant.; debut acum 1½ ani cu furnicături în tălpi care se înţepeniseră de nu le putea mişca; nu se putea deplasa; a avut incontinenţă de urină. Diferite tratamente urmate au fost fără rezultat. S. p.; nu se poate scula singur de pe scaun, sensibilitate cutanată, termică şi dureroasă obtuză. Reflexele osteo-tendinoase exagerate, mersul greoi.
16	I. I. 23 ani 15 Aug.—27 Sept.	Sold.	—7,6%	In ant.; blenoragie în 1936 după care a făcut o artrită gonococică a art. tibio-tars. stg. Urmând în acel an o serie de băi sulf. aici s'a simţit mai bine. De o lună au reapărut durerile. S. p.; debil, prezintă o uşoară deformare destul de pronunţată a art. tibio-tars. stg. Mişcările acestei art. reduse însemnat dureroase.
17	P. C. 40 ani 1 Iulie—21 Iulie	Subof.	—16,6%	In ant.; primele dureri cu tumefacţia febrilă a diverselor at. aparre în 1934, ce au cedat la salicilat după 3 săpt. S'a simţit bine până în 1938 când fenomenele se repetă, cu dureri pronunţate şi dealungul col. vertebrale. S. p.; se plânge de dureri în col. vertebrală, la fiecare pas mai energic. Acuză dureri vii la palparea ultimelor dorsale şi primelor lombare. Mişcările col. vertebrale apreciabil dureroase.
18	C. N. 37 ani 10 Iulie—28 Iulie	Subof.	—30,3%	In ant.; în 1933 tumefacţia dureroasă şi febrilă a genunchiului stg. ce a cedat la salicilat. După băi sulf. făcute aici în 1937 s'a simţit mai bine până în Iunie a. c. când durerile au reapărut. S. p.; localizează dureri art. generalizate cu deosebire pe timp umed.
19	C. I. 23 ani 16 Iunie—3 August	Sold.	—6,8%	In ant.; pentru prima oară a simţit dureri în art. membrelor inf. şi sup. şi col. vertebrală în Febr. a. c. A urmat o cură de băi sulf. aici în Martie a. c. cu rezultate bune. De câtva timp au reapărut durerile la nivelul aceloraşi art. cu caracter plimbător. S. p.; se plânge de dureri dealungul col. vertebrale, reg. lombară şi membrul inf. stg. Merge şchiopătând acuzând dureri vii în reg. coxo-femorală stg.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Nr. corent	Numele şi pronumele Vârsta In Sanatoriu	Gradul	R. I. B.	Anamneza
20	O. I. 23 ani 25 Iunie—31 Aug.	Soldat	—9,2 %	In ant.; debut în 1931 prin dureri localizate la nivelul art. membrelor inf. influenţabile la salicilat. S. p.; se plânge de dureri în membrele inf. şi sup. mai pronunţate la schimbarea vremei. Picioarele uşor plate. Nimic deosebit perceptibil clinic art.
21	T. D. 22 ani 28 Iulie—31 Aug.	Soldat	—0 %	In ant.; în urma unui accident în 1935 a suferit fractura col. vertebrale şi membrul inf. stg. De atunci are dureri art. generalizate cu jenă în mers. S. p.; acuză dureri în art. membrelor inf. şi coxo-femorală stg., reflexele rotuliene şi achiliena exagerate cu trepidaţie.
22	I. I. 23 ani 26 Iunie—31 Aug.	Soldat	—1,2 %	In ant.; pentru prima oară a simţit oboseli la eforturi urmate de dureri în gambe în Martie 1937. Starea generală s'a ameliorat la salicilat până acum câtva timp când au reapărut durerile musculare. S. p.; debil, se plânge de dureri în gambe, atrofie musculară pronunţată la gambe, mai puţin la coapse, la membrele sup. destul de apreciabilă. Mers greoi, oboseşte lesne la eforturi.
23	G. Gr. 24 ani 4 Iulie—2 August	Soldat	—37,8 % —55,5 %	**In ant.**; blenoragie în Iunie a. c., concomitent dureri cu tumefacţii la pumnul dr. apoi la cel stg. **S. p.**; febril, art. radio-carp. stg. tumefiată şi dureroasă. Toate mişcările art. active limitate, cele pasive se execută cu dureri vii. Secreţie uretrală purulentă abundentă.
24	N. R. 22 ani 9 Iulie—9 August	Soldat	—12,1 %	**In ant.**; durerile au apărut de 1 an în mod insidios, accentuându-se mai ales pe timp umed şi rece, sau după mers prelungit. **S. p.**; se plânge de dureri vagi prin gambe, nimic deosebit clinic perceptibil art.
25	D. I. 23 ani 9 Iulie—9 August	Soldat	—3,5 % —3,4 %	**In ant.**; tumefacţia febrilă şi dureroasă a genunchilor ce a cedat după 2 săpt. la salicilat. **S. p.**; merge cu greu din cauza durerilor dela genunchi. Nimic deosebit anormal art. sau periart.
26	V. I. 22 ani 9 Iulie—11 August	Soldat	—5,4 %	**In ant.**; în Mai a. c., a simţit primele dureri dealungul nervului sciatic stg. însoţite de febră ce a ţinut 3 săpt. fiind reţinut la pat. **S. p.**; se plânge de dureri pe traectul nervului sciatic stg. din care cauză nu poate alerga sau merge îndelung.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Nr. corent	Numele şi pronumele Vârsta In Sanatoriu	Gradul	R. I. B.	Anamneza
27	C. N. 24 ani 10 Iulie—3 August	Soldat	—38,2 %	**In ant.**; de o lună acuză dureri în art. membrelor inf. şi sup. **S. p.**; dureri în membrele inf. în special la genunchi, deasemeni în art. membrelor sup. Nimic deosebit clinic perceptibil art.
28	B. T. 22 ani 12 Iulie—3 August	Soldat	—6,8 % —7,1 %	**In ant.**; în primăvara 1937 tumefacţia dureroasă şi febrilă a art. în general ce după 10 săpt. au cedat la salicilat. **S. p.**; se plânge de dureri la nivelul art. genunchilor şi metata-tarso-falangiene. Merge şchiopătând.
29	T. T. 23 ani 14 Iulie—15 August	Sergent	—0 %	**In ant.**; blenoragie acută la 1 Iunie a. c., concomitent dureri cu tumefacţia art. tibio-tars. stg. din care cauză nu mai putea călca pe piciorul stâng. **S. p.**; art. ibio-tars. stg. tumefiată, nu poate mişca degetele dela acest picior.
30	B. T. 23 ani 15 Iulie—10 Aug.	Soldat	—3,1 %	**In ant.**; dureri articulare cu caracter variabil au apărut în iarna trecută. **S. p.**; se plânge de dureri în genunchi şi gambe accentuându-se mai ales pe timp umed sau noros. Nu se observă nimic deosebit anormal articular.
31	T. I. 22 ani 18 Iulie—20 Aug.	Soldat	—46,3 %	**In ant.**; debut în Aprilie a. c. cu tumefacţii febrile la nivelul art. tibio-tars. stg. şi ambii pumni ce au cedat la salicilat după 4 săpt. rămânând cu dureri art. plimbătoare. **S. p.**; acuză dureri difuze prin toate art. mari, mai vii la eforturi şi schimbări atmosferice.
32	F. N. 24 ani 20 Iulie—25 Aug.	Soldat	—40 %	**In ant.**; primele dureri cu tumefacţii febrile la genunchiul stg. apar în 1936. Face o serie de băi sulf. aici în Ian. 1937 cu rezultat bun, însă în toamnă fenomenele s'au repetat. **S. p.**; debil, anemic, atrofia pronunţată a gambelor şi coapselor. Acuză dureri mioarticulare mai mari în art. genunchiului stg. cu mişcările limitate şi dureroase.
33	P. D. 24 ani 21 Iulie—15 Aug.	Elev	—46,5 %	In ant.; în luna a. c. tumefacţia febrilă a genunchiului stg. de unde i s'a scos lichid. **S. p.**; se plânge de dureri la nivelul art. genunchiului stg. care e uşor tumefiat. Mişcările active şi pasive ale acestei art. limitate şi dureroase. Merge greoi.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Nr. curent	Numele şi pronumele Vârsta In Sanatoriu	Gradul	R. I. B.	Anamneza
34	P. L. 36 ani 3 Aug.—23 Aug.	Maestru	—18,1 %	**In ant.**; din 1936 a simţit dureri poliart. localizate în special la genunchi. A urmat băi sulf. aici în 1936 şi 1937 cu rezultate bune, până în toamna 1937 când fenomenele au reapărut. **S. p.**; bolnavul acuză dureri art. generale variabile mai accentuate pe timp umed sau rece.
35	O. D. 41 ani 3 Aug.—22 Aug.	Subof.	—19,4 %	**In ant.**; debut în 1936 prin febră şi dureri în coapsa stg. cu impotenţă funcţională a membrului stg. S. p.; se plânge de dureri vagi prin gambe cu senzaţie de furnicături. Nimic deosebit clinic perceptibil articular.
36	P. M. 41 ani 3 Aug.—22 Aug.	Subof.	—0 %	**In ant.**; primele dureri în art. membrelor inf. şi sup. au apărut în 1934. Urmând o cură de băi sulf. aici în 1937 s'a simţit bine. **S. p.**; dureri localizate în art. scapulo-humerală mai accentuate pe timp ploios şi umed. Nimic deosebit art. sau periart.
37	V. I. 25 ani 4 August—23 Aug.	Subof.	—15 %	**In ant.**; încă din Febr. a. c. dureri difuze în legătură cu schimbările atmosferice. **S. p.**; se plânge de dureri cu caracter plimbător în art. ambilor genunchi şi coate, cu senzaţie de amorţeală după eforturi.
38	N. C. 24 ani 4 Aug.—23 Aug.	Elev	—15,6 %	**In ant.**; debut cu dureri poliarticulare şi febră în Aprilie 1937 în urma unei amigdalite. In 1937 a urmat o cură de băi sulf. aici simţindu-se mai bine. **S. p.**; dureri la nivelul art. scapulo-humerală dr. şi genunchiul stg.
39	B. S. 31 ani 5 Aug.—24 Aug.	Plut.	—11,9 %	**In ant.**; pentru prima dată în Ian. 1937 apar dureri vii u febră pe traecul nervului sciatic stg. neputându-se mişca din pat 6 săpt. După o serie de băi sulf. la Herculane în Aug. 1937 se observă multă îmbunătăţire. **S. p.**; se plânge de dureri în reg. lombară şi ambele coate cu sentimentul de amorţeală pe timp umed.
40	T. M. 19 ani 9 Aug.—16 Aug.	Fică Subof.	—19,6 %	**In ant.**; debut în Aprilie a. c. cu tumefacţii febrile în membrele inf. şi sup. cu caracter plimbător. **S. p.**; se plânge de dureri în art. membrelor inf. şi sup. accentuate cu deosebire pe timp ploios. Insuf. mitrală.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Nr. corent	Numele şi pronumele Vârsta In Sanatoriu	Gradul	R. I. B.	Anamneza
41	P. C. 23 ani 5 Aug.—24 Aug.	Elev	—15%	**In ant.**; din Dec. 1937 simte primele dureri manifestate neregulat la nivelul art. genunchilor, când se schimbă vremea. **S. p.**; anemic, nimic deosebit clinic perceptibil art. sau periart.
42	B. I. 40 ani 7 Aug.—19 Aug.	Plut.	—10,6%	**In ant.**: dureri intermitente articulare din 1926 ce sunt mai vii pe timp umed. **S. p.**; acuză dureri în reg. inter-omoplat. variabile cu intensitate; noaptea durerile sunt mai mari, deasemenea la umiditate.
43	M. D. 33 ani 8 Aug.—27 Aug.	Plut.	—0%	**In ant.**; de 2 luni dureri în reg. fesieră, gambe şi pe traectul nervului sciatic stg. ce l'au imobilizat la pat. Diferite tratamente urmate nu au dat rezultatul dorit **S. p.**; dureri sub formă de jung. continui ce se măresc la mers şi chiar atunci când stă pe scaun; diminuă în decubitus dorsal.
44	V. C. 20 ani 8 Aug.—31 Aug.	Maestru	—25,4%	**In ant.**; în Iulie a. c. tumefacţii febrile în art. membrelor inf. ce au cedat la salicilat după 30 zile. **S. pr.**; debil, anemic, se plânge de dureri la nivelul art. genunchiului stg. şi tibio-tars. stg. cu mişcările limitate şi dureroase, senzaţie de amorţeală. Mers greoi.
45	A. I. 22 ani 15 Iunie—10 Iulie	Soldat	—19%	**In ant.**; pentru prima dată a avut dureri în art. gleznelor în Aprilie a. c. In Mai a. c. tumefaţia febrilă a art. tibio-tars. stg. **S. p.**; se plânge de dureri în genunchi şi art. tibio-tars stg. Merge şchiopătând.
46	T. S. 23 ani 13 Iunie—21 Iulie	Caporal	—5,5%	**In ant.**; de un an acuză dureri în art. membrelor inf. şi reg. lombară, mai pronunţate pe timp noros sau la eforturi. **S. p.**; duerri în membrele inf. (dela genunchi în jos) cu junghiuri prin muşchi. Nimic deosebit clinic perceptibil art.
47	P. S. 22 ani 26 Iunie—27 Iulie	Soldat	—49,5%	**In ant.**; debut în 1934 cu tumefacţii febrile la nivelul art. genunchilor şi gleznelor; au cedat la salicilat după 25 zile. **S. p.**; dureri în art. membrelor inf. şi sup. cu mişcările braţului stg. mai limitate. Merge uşor şchiopând. Insuf. mitrală.
48	C. D. 22 ani 26 Iunie—24 Iulie	Soldat	—1,8%	**In ant.**; de 6 ani dureri în membrele inf. şi sup. cu caarcter plimbător, mai intense când plouă şi la eforturi. **S. p.**; debil, anemic, se plânge de dureri în membrul inf. dr. (dela genunchi în jos). Merge cu greu, punând încet şi cu precauţie vârful picioarelor apoi călcâiul. Nu se observă nimic deosebit anormal art.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Nr. corent	Numele şi pronumele Vârsta In Sanatoriu	Gradul	R. I. B.	Anamneza
49	P. V. 17 ani 21 Iulie—15 Aug.	Elev	—15 %	**In ant.**; din 1936 simte dureri în art. genunchilor de intensitate variabilă. **S. p.**; nimic deosebit clinic perceptibil articular sau periarticular.
50	N. I. 22 ani 28 Iunie—21 Iulie	Soldat	—2,3 %	**In ant.**: în 1935 afirmă a fi avut dureri cu tumefacţii nefebrile în art. genunchilor şi tibio-tars. Băi la Vulcana 2 ani consecutiv cu rezultate bune. **S. p.**; se plânge de dureri la nivelul calcaneurilor unde prezintă şi o îngroşare osoasă, dureri mai vii pe timp umed.
51	T. G. 22 ani 4 Iulie—20 Iulie	Elev	—5,4 %	**In ant.**; de 6 luni dureri variabile prin membrele inf. şi sup. mai accentuată când plouă. **S. p.**; nimic deosebit clinic perceptibil art.
52	B. G. 23 ani 11 Iulie—16 Sept.	Sergent	—1,2 %	**In ant.**; în primăvara 1936 primele dureri cu caracter ambulatoriu prin genunchi şi glezne, sensibile la schimbările atmosferice. **S. p.**; mersul uşor dureros la eforturi prelungite din cauza durerilor ce acuză în art. genunchilor.
53	D. P. 35 ani 3 Aug.—26 Aug.	Plut.	—22,5 %	**In ant.**; debut în 1937 prin uşoare dureri în art. scapulo-humerală dr. mai vii pe timp rece şi umed. **S. p.**; se plânge de dureri la nivelul art. scapulo-humerală dr. Nu se observă nimic deosebit anormal art.
54	D. T. 24 ani 23 Iunie—15 Sept.	Sergent	—9,1 %	**In ant.**; dureri cu tumefacţia art. genunchiului dr. în Martie a. c. ce a cedat la salicilat după 12 zile. **S. p.**; acuză dureri în artt. membrelor inf. şi sup. (dela genunchi în jos) cu senzaţie de amorţeală şi oboseală în mers.
55	M. G. 42 ani 28 Iunie—23 Iulie	Maestru	—9,6 %	**In ant.**; în Dec. 1935 dureri generalizate însoţite de febră. In Martie 1936 a făcut băi sulf. aici simţindu-se mai bine, până în Mai a. c. când fenomenele reapar cu uşoară tumefiere a art. tibio-tars. **S. p.**; se plânge de dureri musculare generalizate. Nimic deosebit clinic perceptibil art. sau periart.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Nr. corent	Numele şi pronumele Vârsta In Sanatoriu	Gradul	R. I. B.	Anamneza
56	J. R. 19 ani 12 Iulie—3 Aug.	Fiu Subof.	—0%	**In ant.**; la vârsta de 7 luni ar fi zăcut la pat rămânând de atunci cu picioarele moi, umblând pe vârful picioarelor cu genunchii în flexiune. După o operaţie în 1930 nu a mai putut merge deloc. A făcut 6 ani consecutiv băi la Techirghiol, apoi 6 ani la Herculane cu rezultate bune, bolnavul începând să calce pe toată talpa piciorului, (maladia lui Little). **S. p.**; acuză dureri art. generalizate, membrelor inf. cu hipotonie musculară, extensia incomplectă a gambelor. Merge cu corpul plecat înainte, genunchii în flexiune târându-şi picioarele.
57	P. C. 39 ani 11 Iulie—27 Iulie	Plut.	—16,6%	**In ant.**; dureri cu tumefacţia febrilă a diverselor art. în 1934, ce au cedat la salicilat după 3 săpt. In acest timp nu a putut merge. Fenomenele se repetă în Ian. a. c. cu dureri şi în col. vertebrală. **S. p.**; debil, se plânge de dureri localizate în reg. lombară de câte ori păşeşte mai vioi sau la mişcări bruşce. La palpare acuză dureri la nivelul primelor vertebre lombare.
58	B. I. 36 ani 5 Iulie—25 Iulie	Plut.	—0%	**In ant.**; debut în 1929 prin dureri pe traectul nervului sciatic dr. In 1933 au apărut dureri şi în partea stg. cu caracter intermitent cu deosebire pe timp umed şi ploios. S. p.; dureri vagi pe traectul nervului sciatic dr.
59	G. A. 24 ani 16 Iunie—4 August	Caporal	—23,2%	**In ant.**; dureri în membrele inf. şi col. vertebrală din Martie a. c. cu uşoară tumefacţie a gleznelor. **S. p.**; se plânge de dureri art. generalizate. Dureri în muşchi mai intense la umezeală şi frig.
60	P. C. 27 ani 4 Iulie—18 Iulie	Subof.	—15,3%	**In ant.**; în 1935 tumefacţia febrilă a art. genunchiului dr. pentru care a stat la pat 5 săpt. cedând la salicilat. De atunci a rămas cu dureri art. variabile care de 1 an s'au accentuat mai mult. **S. p.**; acuză dureri la nivelul art. genunchiului.
61	B. P. 23 ani 15 Iulie—10 Aug.	Soldat	—31,4%	**In ant.**; dureri prin art. membrelor inf. şi muşchi datând din iarna trecută. **S. p.**; se plânge de dureri variabile exteriorizate în muşchi şi membrele inf. mai accentuate pe timp ploios.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Nr. curent	Numele şi pronumele Vârsta In Sanatoriu	Gradul	R. I. B.	Anamneza
62	C. C. 22 ani 20 Iulie—21 Sept.	Soldat	—5 %	**In ant.**; primele dureri prin genunchi, gambe şi reg. lombară apar în 1931. **S. p.**; acuză dureri la nivelul art. genunchilor, gambe şi reg. lombară. Durerile sunt mai vii când plouă. Nimic deosebit art.
63	C. P. 23 ani 17 Iunie—16 Iulie	Soldat	—33,3 %	**In ant.**; în Mai tumefacţia febrilă şi dureroasă a art. genunchilor şi gleznelor, fiind reţinut la pat 4 săpt. după care au cedat la salicilat. S. p.; dureri în art. membrelor inf. şi sup. mai sensibile la umiditate. Insuf. mitrală.
64	P. G. 23 ani 3 Iulie—29 Iulie	Soldat	—32,1 %	**In ant.**; în 1937 tumefacţia febrilă la nivelul art. tibio-tars. dr. A cedat la salicilat după o lună când au rămas numai dureri vagi art. influenţabile la schimbările vremei. **S. p.**; acuză dureri în art. scapulo-humerală stg., reg. lombară şi tibio-tars. dr. cu mişcările col. vertebrale limitate şi dureroase.
65	N. E. 25 ani 5 Iulie—30 Aug.	Subof.	—15 %	**In ant.**; blenoragie în Iunie a. c. concomitent tumefacţia febrilă şi dureroasă a art. genunchiului stg. cu impotenţă funcţională. După o lună au apărut dureri şi în reg. coxo-femorală dr. Urmând cu injecţii anti-gonococice şi antireumatice fenomenele au cedat. **S. p.**; febril, tumefacţia art. genunchiului stg. încât nu se disting proeminenţele osoase, epiderma violacee lucioasă. Mişcările active şi pasive limitate, dureroase.
66	G. M. 32 ani 6 Iulie—21 Iulie	Maestru	—14,7 %	**In ant.**; din 1936 dureri variabile şi intermitente la schimbările de temperatură mai ales în art. genunchiului stg. **S. p.**; debil, anemic, se plânge de dureri la nivelul art. genunchiului stg. în special pe timp umed cu senzaţie de înţepături. Palparea genunchiului dureroasă. Nu se observă nimic deosebit clinic perceptibil art.
67	F. C. 28 ani 7 Iulie—21 Iulie	Subof.	—0 %	**In ant.**; debut în 1934 prin dureri art. generalizate, au cedat la salicilat. In iarna 1937 blenoragie cronică, concomitent cu dureri şi tumefacţia genunchiului stg. Mergea cu greu, şchiopătând. **S. p.**; dureri art. sensibile la umezeală, nimic anormal articular.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Nr. corent	Numele şi pronumele Vârsta In Sanatoriu	Gradul	R. I. B.	Anamneza
68	C. D. 23 ani 2 August—1 Sept.	Caporal	—0%	**In ant.**; *dureri cu caracter* plimbător din iarna 1938, nu a urmat nici un tratament. **S. p.**; se plânge de dureri în art. genunchilor, glezne şi tibio-tars. sub formă de înţepături. Durerile sunt mai intense pe timp noros sau după eforturi.
69	B. C. 43 ani 10 Iulie—25 Aug.	Plut.	—3,7%	**In ant.**; debut în Dec. 1937 cu dureri în art. degetelelor dela mâna dr. Din cauza tremurăturilor nu poate scri. **S. p.**; dureri la nivelul art. mici ale degetelor dela mâna dr. Palparea şi flexiunea degetelor dureroase. Nimic deosebit clinic perceptibil art. sau periarticular.
70	S. L. 46 ani 12 Iulie—28 Iulie	Plut.	—3,1%	**In ant.**; dureri în reg. lombară în 1924 ce l-a ţinut la pat 3 săpt. De atunci a rămas cu dureri în lambe şi muşchii membr. inf. mai accentuate pe timp umed. S. p.; se plânge de dureri art. vagi. Nimic deosebit anormal art. sau periart.
71	R. V. 22 ani 9 Aug.—3 Sept.	Caporal	—21,8%	**In ant.**; tumefacţia febrilă a art. ambilor genunchi şi glezna dr. ce au cedat la salicilat după 15 zile. **S. p.**; dureri prin genunchi şi glezne mai ales când plouă sau după eforturi.
72	D. M. 17 Iunie—22 Aug.	Soldat	—19,5%	**In ant.**; tumefacţia febrilă şi dureroasă a art. genunchiului stg. şi pumnul dr. în 1937, din care cauză mergea schiopând. **S. p.**; tumefacţia genunchiului stg. cu mişcările acestei art. limitate şi dureroase. Durerile se plimbă dela o zi la alta. Merge uşor şchiopătând.
73	P. E. 35 ani 7 Aug.—1 Sept.	Plut.	—20%	**In ant.**; debut în 1931 prin dureri în lombe şi junghiuri la nivelul art. coxofemurale dr. în momentul flexiunei trunchiului. In 1934 fenomenele reapar, iar în Aprilie a. c. durerile sunt mai intense periodice, sensibil asemănătoare. **S. p.**; se plânge de dureri în reg. lombosacrală dr. mai vii când face mişcări, cu iradiaţiuni în membrele inferioare.
74	C. C. 23 ani 6 Aug.—21 Sept.	Soldat	—30%	**In ant.**; pentru prima oară a simţit dureri cu tumefacţii în glezna stg. prin lunie a. c. In acelaşi timp dureri uşoare în planta dr. Au cedat la salicilat şi inj. cu atropină. S. p.; uşoară tumefacţie a gleznei stg. cu mişcările limitate la această art. Merge greoi, acuză dureri continui mai ales pe timp ploios sau după eforturi.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Nr. corent	Numele şi pronumele Vârsta In Sanatoriu	Gradul	R. I. B.	Anamneza
75	G. V. 23 ani 5 Aug. — 14 Sept.	Soldat	—15,5 %	In ant.; în lunie a. c. tumefacţia febrilă şi dureroasă la art. pumnului dr., umărul stg. şi ambii genunchi cu dificultate mare în mers. **S. p.**; sub-febril, glezna stg. tumefiată merge cu greu, nu poate ridica braţul stg. în sus. Mişcările de flexiune ale coapselor se fac foarte greu şi cu dureri mari. Dureri vii în special pe timp umed.
76	G. N. 35 ani 3 Aug.—5 Aug.	Soţie Subof.	—7,8 %	**In ant.** după naşterea celui de al 3-lea copil a observat că obosesţe repede şi că slăbeşte din ce în ce mai mult; dispnee la efort. **S. p.**; anemică, obosesţe f. repede. La vârful pulm. stg. şi în reg. interscapulovertebrală stg. un focar de frecături pleurale. Insuf. mitrală.
77	C. N. 36 ani 5 Aug.—24 Aug.	Plut.	—40 %	**In ant.**; în anul 1929 tumefacţii febrile brile la art. genunchilor şi tibio-tars. In 1937 a făcut o cură de băi sulf. aici simţindu-se mai bine. **S. p.**; se plânge de dureri în art. genunchilor şi tibio-tars. ce sunt mai intense pe timp noros.
78	C. N. 23 ani 5 Aug.—26 Aug.	Soldat	—16,6 %	In ant.; debut în 1936 cu tumefacţia febrilă şi dureroasă a art.. gleznei stg. ce a cedat la salicilat. In 1937 fenomenele s'au repetat. S. p.; uşoară tumefacţie a gleznei stg. dureroasă la palpare. Merge şchiopătând.
79	D. I. 22 ani 23 Iunie—13 Sept.	Soldat	—41,1 %	**In ant.**; în Febr. a. c. i s'au tumefiat genunchii şi gleznele; au cedat la salicilat după 40 zile. **S. p.**; se plânge de dureri în membrele inf. flexiunea genunchilor limitată şi dureroasă. Merge încet, cu mare greutate; toate art. mari care se accentuează pe acuză dureri spontane şi provocate în toate artic. mari care se accentuiază pe timp umed şi la oboseli.
80	V. I. 38 ani 3 Aug.—25 Aug.	Plut.	—8,7 %	**In ant.**; de 4 ani simte dureri mai accentuate în art. genunchiului dr. şi tibiotars. manifestate în deosebi la, schimbările atmosferice. **S. p.**; dureri cu caracter plimbător în art. membrelor inf. şi sup. mai intense pe vreme umedă şi rece.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Nr. curent	Numele şi pronumele Vârsta In Sanatoriu	Gradul	R. I. B.	Anamneza
81	P. M. 42 ani 3 Aug.—25 Aug.	Plut.	—0%	**In ant.**; în 1934 tumefacţii art. urmate de tromboză varicoasă la nivelul gambelor pentru care a stat la pat 6 luni. **S. p.**; obez, acuză dureri în art. membrelor inf. şi sup. cu 1—2 zile înainte de a ploua. Diateză varicoasă.
82	T. I. 22 ani 4 Aug.—14 Aug.	Soldat	—20,5%	**In ant.**; boala a început la 16 ani cu tumefacţia piciorului dr. ce a cedat la salicilat după 3 săpt. Nu a mai avut nimic până în Iulie a. c. când fenomenele s'au repetat cu mai multă intensitate. **S. p.**; glezna dr. tumefiată, acuză dureri şi în glezna stg. mai ales la eforturi. Merge uşor şchiopătând.
83	B. D. 37 ani 3 Aug.—22 Aug.	Plut.	—0%	**In ant.**; dureri vii dealungul nervului sciatic la ambele picioare, din anul 1935, A urmat băi sulf. aici în 1937 cu rezultat mulţumitor. De 3 săpt. durerile s'au accentuat. **S. p.**; se plânge de dureri în reg. scapulară şi sacro-lombară. Diateză varicoasă.
84	M. S. 23 ani 4 August—3 Sept.	Soldat	—13,2%	**In ant.**; pentru prima dată în Mai a. c. a simţit dureri prin umărul stg. şi hemitorace. De atunci a rămas cu dureri în aceste regiuni. **S. p.**; dureri în umărul şi hemitoracele stg. mai intense când se schimbă vremea. Nimic deosebit clinic perceptibil art.
85	C. C. 24 ani 7 Aug.—22 Sept.	Soldat	—17,2%	**In ant.**; debut acum 2 ani cu tumefacţii la nivelul art. genunchilor ce au cedat la salicilat. De 2 luni acuză dureri în reg. lombară. Mergea cu mare greutate. **S. p.**; dureri în art. genunchilor şi pumnilor cu deosebire pe timp umed sau când merge prea mult.
86	B. F. 22 ani 8 Aug.—29 Aug.	Soldat	—23,7%	**In ant.**; In Iunie a. c. tumefacţii febrile în diverse art. cu caracter plimbător, ce l'a ţinut la pat 6 săpt. după care au cedat. **S. p.**; Din cauza durerilor din gamba stg. şchioapătă vizibil, uneori nici nu poate călca. Durerile sunt mai pronunţate pe vreme umedă.
87	I. I. 23 ani 10 Aug.—9 Sept.	Soldat	—24,3%	**In ant.**; la 25 Iulie a. c. tumefacţia febrilă şi dureroasă a ambilor pumni şi a gleznelor. După 15 zile au cedat la salicilat. Mergea cu mare greutate. **S. p.**; se plânge de dureri localizate prin art. gleznelor ce apar sub formă de junghiuri odată cu schimbările atmosferice.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Nr. curent	Numele şi pronumele Vârsta In Sanatoriu	Gradul	R. I. B.	Anamneza
88	T. S. 23 ani 23 Iunie—5 Sept.	Soldat	—22,1 %	**In ant.**; debut brusc la 5 Iunie a. c. cu tumefacţii febrile la nivelul art. genunchiului şi gleznei stg. ce l-au ţinut la pat 13 zile cedând la salicilat. **S. p.**; dureri în art. genunchiului şi gleznei stg. din care cauză merge uşor şchiopătând. Nimic deosebit clinic perceptibil art. sau periarticular.
89	O. I. 21 ani 3 Aug.—14 Aug.	Sergent	—41,9 %	**In ant.**; în Iunie a. c. tumefacţia dureroasă, febrilă a genunchilor şi umărul dr. cari după 2 săpt. au cedat la salicilat. **S. p.**; dureri în genunchiul stg. şi umărul dr. mai accentuate pe vreme umedă.
90	M. V. 34 ani 29 Aug.—20 Sept.	Soţie Subof.	—23 %	**In ant.**; dureri art. cu caracter variabil de 6 ani; anul acesta mai intense iar în Aprilie a. c. au apărut tumefacţii febrile la ambele glezne. A făcut băi la Govora, Ocnele-Mari şi Călimăneşti simţindu-se mai bine. **S. p.**; se plânge de dureri la nivelul art. genunchilor şi gleznelor; merge cu greu. Dureri vii şi prin lombe în special când plouă.
91	M. I. 23 ani 10 Aug.—14 Sept.	Soldat	—0 %	**In ant.**; din Febr. a. c. dureri art. generalizate ce au cedat la salicilat după 20 zile. A rămas cu dureri continui osoase şi tendinoase mai ales pe timp friguros. **S. p.**; se plânge de dureri prin toate art. mari sub formă de junghiuri continui, exagerate la schimbările atmosferice. Insuficienţă mitrală.
92	P. C. 46 ani 8 Iulie—26 Iulie	Plut.	—1,6 %	**In ant.**; pentru prima dată în 1933 a simţit dureri prin umeri cu caracter intermitent. In 1934 a urmat o cură de băi aici după care s'a simţit mai bine. **S. p.**; acuză dureri vagi art. şi musculare prin umeri. Nu se observă nimic deosebit clinic perceptibil art. sau periarticular.
93	P. D. 40 ani 5 Iulie—15 Iulie	Subof.	—6 % —5,4 %	**In ant.**; debut în 1928 cu tumefacţii febrile ale diverselor art. pentru care a stat la pat 1 lună; a făcut în acel an o serie de băi sulf. aici. De atunci perzistă dureri variabile şi intermitente prin toate art. In ultima vreme durerile s'au accentuat. **S. p.**; dureri în coapse cu senzaţia de amorţeală a braţului stg. Amigdalită hipertrofică. Insuf. mitrală.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Nr. corent	Numele şi pronumele Vârsta In Sanatoriu	Gradul	R. I. B.	Anamneza
94	O. I. 28 ani 5 Aug.—17 Aug.	Maestru	—2,7 %	**In ant.**; din iarna 1938 dureri difuze la nivelul art. genunchilor şi coate, ce se accentuează pe timp rece şi umed. Nu a urmat nici un tratament. **S. p.**: acuză dureri în art. genunchilor cu caracter variabil şi influenţabil la schimbările atmosferice.
95	R. D. 22 ani 26 Iunie—21 Iulie	Soldat	—3,8 %	**In ant.**; din Aprilie a. c. dureri în membrele inf. mai intense la eforturi şi pe vreme rece. **S. p.**; dureri generalizate mioarticulare, oboseşte uşor la cele mai mici eforturi; durerile sunt mai vii pe timp rece şi umed.
96	M. G. 23 ani 2 Iulie—18 August	Caporal	—0 %	**In ant.**; blenoragie cronică de 6 săpt. concomitent tumefacţia febrilă a art. degetului inelar dr. din care cauză nu-l putea mişca. **S. p.**; se plânge de dureri la nivelul art. meta-carpo-falangiene a inelarului dr. care este uşor tumefiat (tegum. roşii-violacee).
97	M. I. 32 ani 25 Aug.—12 Sept.	Soţie Subof.	—0 %	**In ant.**; de 4 ani dureri variabile prin diverse art. cu deosebire la frig. Nu a urmat nici un tratament. **S. p.**; mers uşor şchiopătând din cauza durerilor ce acuză la nivelul art. gleznelor mai pronunţate la eforturi prelungite şi variaţiunile atmosferice.
98	S. T. 22 ani. 20 Aug.—24 Sept.	Soldat	—31,7 %	**In ant.**; în luna Iulie a. c. tumefacţia febrilă, dureroasă a genunchiului stg.; senzaţie de slăbiciune prin membr. inferioare, mai ales după mers prelungit. A cedat la salicilat după 18 zile. **S. p.**; se plânge de dureri în art. membrelor inf. dureri ce sunt mai vii la oboseli.
99	N. P. 37 ani 10 Aug.—24 Aug.	Plut.	—0 %	**In ant.**; boala a început în anul trecut cu dureri şi furnicături prin lombe şi umărul dr. A făcut în 1937 o serie de băi aci afirmând că s'a simţit mai bine (durerile din lombe au dispărut. **S. p.**: dureri prin umărul dr. mai ales în mişcarea de abducţie a braţului, ca şi pe timp umed sau ploios.
100	V. P. 22 ani 18 Aug.—27 Sept.	Soldat	—21,3 %	**In ant.**; în Ian. a. c. a simţit dureri la nivelul art. membrelor inf. şi cotul stg. ce după 2 săpt s'a tumefiat. Durerile ca şi tumefacţia au cedat la salicilat după 4 săpt. In Iulie a. c. criză asemănătoare. **S. p.**; tumefacţia febrilă, dureroasă a gleznelor. Durerile sunt continui şi mult supărătoare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Din cele de mai sus înţelegem deci că numai în 4 cazuri am observat o discordanţă şi anume la:

1) Cazul Nr. 23: monoartrită gonococică a pumnului stâng. Reacţia pozitivă 37.8%, deasemeni la control 5,5%, (să existe şi o infecţie reumatismală concomitentă?).

2) Cazul Nr. 93: reumatism poliart acut în 1928, amigdalită hipertrofică şi insuf. mitrală. Reacţia negativă 6%, deasemeni la control 5.4%. S'ar putea să fie vorba de un reumatism pseudo-infecţios, existenţa amigdalitei cronice adesea ori reprezintă un focar septic permanent care dă în multe cazuri stări febrile însoţite de manifestaţiuni articulare şi concomitent sau consecutiv leziuni de endocardită valvulară. Sau, poate vor fi intervenit în echilibrul humoral cauze care să fi negativat reacţiunea? Greu de afirmat într'un mod oarecare... mai ales că şi alte presumpţii ar mai putea urma fără ca din mediul ipotezelor să ieşim.

3) Cazul Nr. 28: dureri vii la nivelul art. genunchilor din care cauză merge cu greu. Reacţiunea negativă 6.8%, deasemeni la control 7.1%. Pretinde a fi avut febră şi tumefacţii art. în 1937. Viteza de sedimentare mică (după o oră 3 mm., iar după 2 ore 9 mm.), constituie un argument contra naturei probabile reumatismale a fenomenelor ce ne prezintă. Noi am admis diagnostciul de maladie reumatismală, deşi reacţia Mester a fost negativă, anamneza fiind în acest sens mult lămuritoare.

4) La cazul Nr. 25 avem o situaţie asemănătoare cu reacţiunea negativă 3.5%, iar la control 3.4%, unde la fel antecedentele ne orientează spre a afirma reumatismul.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Continuând mai departe a compara şi discuta cazurile în raport cu precizarea diagnosticului după antecedente şi starea prezentă, la rândul lor acestea privite în lumina reacţiei lui Mester, ar însemna să depăşim planul nostru, acela de a fi prezentat pe scurt chestiunea, aşa în cât, în cadrul prezentului studiu ne-am ocupat mai puţin de ele.

Dacă analizăm bine cazurile primelor constatări desluşim unele concluzii ce ni se par pentru moment juste, reale. Acestea sunt următoarele:

Reacţia imuno-biologică ne pare interesantă şi mult îndrumătoare.

Pare să permită diagnosticul retrospectiv al sindromului reumatismal acut sau subacut manifestat în trecut.

O reacţie pozitivă în faţa unor turburări patologice localizate articular, muscular, tendinos sau dealungul nervilor ne îndreptăţeşte să afirmăm cu multă probabilitate natura reumatismală a acestora.

Obţinând o reacţie negativă înclinăm a crede (după cele constatate de noi) că putem îndepărta eventualitatea infecţiei reumatismale.

Injectându-se apă distalată în aceleaşi condiţiuni, rezultatele ni s'au arătat complect negative.

Controlul executat la acelaşi bolnav, la intervale diferite a dat rezultate sensibil egale.

Observaţiile vor continua şi vom reveni asupra celor ce vom constata.

Les auteurs ont entrepris des recherches de contrôle sur la réaction immunobiologique de Mester (Pologne) en examinant 100 malades internés dans le Sanatorium R. F. I. de Băile Herculane pour des traitements balnéaires et parathérmales.

La réaction semble faciliter la précision du diagnostique rétrospectif du rhumatisme.

Ils ont utilisé la technique recommandée par l'auteur.

Une réaction positive 20 ‰ et au dessus, représente un élément en plus à ceux donnés par l'anamnèse et l'état présent; une réaction négative semble qu'on peut éloigner l'éventualité de la nature rhumatismale des troubles pathologiques envisagés.

Les auteurs considèrent comme intéressants et assez utiles les reinseignements obtenus par la colaboration interprétative de cette réaction et promettent de revenir sous peu sur le sujet avec un matériel documentaire plus riche.

Die Verfasser haben die imunobiologische Reaktion Mester an 100 Kranken welche verschiedene Bade—und parathermale Behandlungen im Militärsanatorium Băile Herculanum durchmachten, als Kontrolle überprüft.

Man behauptet, dass die obenerwähnte Reaktion zur Genauigkeit der retrospektiven Diagnose des Rheumatismus beigetragen habe. Man hat die vom-Verfasser empfohlene und in «Revue du Rhumatisme» April 1937 veröffentlichte Technik benutzt.

Eine gewisse Reaktion (20 ‰ und darüber) stellt ein wichtiges Element der Diagnose dar, und dazu kommen noch übereinstimmend die anderen Bestimmungen, welche aus der Anamnese und dem gegenwärtigen Zustande entnommen sind.

Eine negative Reaktion wird die Beseitigung der Eventualität der rheumatischen Beschaffenheit der pathologischen Störungen (klinisch scheinbar rheumatisch) rechtfertigen.

Die Verfasser betrachten die Auswirkung der Andeutungen aus der Mitarbeit dieser Reaktion als sehr interessant und versprechen, mit einem reichen dokumentarischen Material auf die unternommenen Nachforschungen bald zurückzukommen.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Deasemeni J. Metzger referă în Revue du Rhumatisme din Noembrie 1938, asupra aceleiaşi chestiuni, înfăţişându-se metoda ca îngăduind să se separe artropatiile reumatismale de acele de alte origine.

Fr. Lenoch-Teplitz a controlat-o pe 140 cazuri împărţindu-le astfel:

a) acei cu poliartrite cronice, primitive sau secundare, periartrite scapulo-humerale, spodilartrite ankilosante, sciatice reumatismale; şi

b) osteoartrite deformante, afecţiuni rezultând dintr'o defectuozitate statică, gută, poliartrită gonococică, hidartroze, claudicaţii intermitente.

In primul grup de 88, reacţiunea fu pozitivă în 76% din cazuri, diminuarea numărului leucocitelor mergând până la 38 %.

In al doilea grup de artroze, proporţia a fost de 13 din 22 şi s'a dovedit net negativă în poliartritele gonococice.

Cazuri clinice

REZORBȚIA SPONTANA A CATARACTEI TRAUMATICE (INFLUENȚA SARCINEI)

de

Docent D-r V. CERCHEZ

In literatura oftalmologică se cunosc puține cazuri de rezorbția spontană a cristalinului cataractat.

Se pot rezorbi spontan cataracte congenitate, cataracte senile, cataracte patologice și cataracte traumatice.

Cataractele traumatice sunt foarte frecvente, dar cazurile de rezorbția lor spontană sunt foarte rare.

A. v. Reuss remarcă că mai mult de jumătate din cazurile cataractei rezorbite spontan publicate, sunt cataractele complicate și mai puține sunt cataractele simple. Și în special accesele glaucomatoase sunt complicațiile frecvente, care dacă se desvoltă după aceea, o cataractă pe un astfel de ochi, este predispus ca rezorbția cataractei să se poată face mai ușor. Cazul lui personal confirmă acest fapt: pe un ochi cu accese glaucomatoase se desvoltă o cataractă și după patru ani cataracta se rezorbi complect.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Mitwalschi ajunge la aceiași concluzie că rezorbția spontană a cataractei, s'ar face mai ales când cataracta s'ar desvolta după accele glaucomatoase. Dar și în cazurile când accesul glaucomatos survine pe ochi cu cataractă și atunci aceste cataracte sunt predispuse la rezorbția spontană.

L. de Wecker remarcă două din asemenea cazuri, unde bolnavi de 70 de ani, având cataracte și survenind accese glaucomatoase *după ce li s'au făcut iridectomii antiglaucomatoase*, cataracta se rezorbì și acuitatea vizuală le revenì la normal.

A. v. Szily în 1884, deasemenea comunică una din primele observațiuni de rezorbția spontană a cataractei: e vorba de un medic care după maturația cataractei avu trei accese glaucomatoase la diferite intervale și care accese făcură ca, cataracta să se resoarbă spontan, iar vederea să revină la normal.

Trousseau relatează un caz interesant: o femee avu un acces glaucomatos, este operată și după iridectomie anti glaucomatoasă trecu trei luni și la celălalt ochi, făcu o cataractă care după un timp se rezorbi complect.

Hippel şi Paparcone au studiat din punct de vedere histologic câte un caz de rezorbţie spontană a cristalinului cataractat după accese glaucomatoase în urma enuclerii globului ocular. Ei au observat complecta rezorbţie a cristalinului iar membranele capsulare nu prezentau nici o soluţie de continuitate.

Weil, Czermack au publicat şi ei asemenea cazuri.

Cazurile de rezorbţie spontană a cataractelor fără complicaţii sunt mai puţine dar sunt.

Chevallereau publică cazul unui medic care avu o cataractă la un ochiu şi după puţin timp se rezorbi spontan fără să aibă vre-o complicaţie.

Scholtz deasemenea comunică patru cazuri de rezorbţia spontană la cataracte fără complicaţii.

Lindhal comunică cazul următor: operă un ochi al unui om cu dublu cataractă şi după câţiva ani ochiul neoperat, începu să vadă şi avu acuitatea vizuală mai bună ca la ochiul operat. Cataracta se rezorbi complect.

Nathanson publică trei observaţiuni de rezorbţie spontană a cataractei senile şi emite ipoteza că, rezorbţia spontană la cataracte fără complicaţii, s'ar observa mai ales la cataractele morganiene şi ar trebui să treacă un timp mai lung de 10—12 ani ca rezorbţia să fie complectă.

Deasemenea şi L. de Wecker este de aceiaşi părere că, cataractele morganiene fără complicaţii, s'ar rezorbi spontan.

Vancea relatează două cazuri de cataracte congenitale rezorbite după câţiva ani.

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

Dacă sunt cazuri când, cataractele simple, fie că se complică de accese glaucomatoase, fie că nu şi se resorb spontan, dacă sunt cataracte congenitale care se rezorb, sunt şi cazuri de cataracte traumatice complicate de accese glaucomatoase care se rezorb spontan.

De aceea am crezut interesant de a publica un caz de rezorbţie spontană, în un timp extrem de redus — două săptămâni, — a unei cataracte traumatice fără ruptura capsulei cristalinului, complicată de un acces glaucomatos, cât şi pentru a arăta starea specială a organismului pe care s'a produs această rezorbţie spontană a cataractei.

OBSERVAŢII: **Cataractă traumatică, glaucom subacut ochiul drept.**

Femea N. N. de 29 ani, măritată, com. Negreşti-Vaslui, se prezintă la consultaţiile ambulatorului de ochi din Iaşi, în ziua de 16 Noembrie 1936, pentru pierderea vederei ochiul drept şi dureri regiunea orbitară şi hemicranie dreaptă. Cu 5 zile înainte de a se prezenta, a fost lovită din greşală cu un hlujan de porumb peste orbită şi globocular drept şi după puţine dureri care au ţinut cam jumătate de oră, observă că nu mai vede deloc cu acest ochi. Timp de 3 zile după accident n'a avut nici o durere; după acest timp însă a început să aibă dureri mari în jumătatea corespunzătoare a capului şi în această situaţie s'a prezentat la consultaţie.

Examen ocular: Ochiul drept, lăcrămare şi fotofobie intensă, injecţie pericheratică intensă şi profundă. Corneea intactă fără urmă de leziune cu transparenţa normală, camera anterioară micşorată, irisul împins înainte cu sfincterul regulat şi marginea liberă fără aderenţă. Pupila dilatată ocupată de opacifierea cristalinului.

T. O. D. = 60 mm. Hg. cu Schötz.
V. O. D. = 0.

Percepţia şi proecţia luminoasă bună.
Ochiul stâng: normal, acuitatea vizuală normală V. O. S. = 1.
T. O. S. = 15 mm. Hg. Deci o hipotonie pronunţată.
Starea generală: Bolnava bine făcută, robustă, gravidă în a 8—9-a lună, aşteaptă timpul pentru naştere. Nu are nici un stigmat eredosifilis şi examenul clinic general n'a relevat nici o manifestaţie tuberculoasă. Reacţia B. W. negativă, pH. sanguin 6.3. *Tensiunea arterială generală* Mx. = 15, Mn. = 9.

A doua zi bolnava este operată, i se face iridectomie antiglaucomatoasă; după a cincea zi dela operaţie, bolnava începe să zăreasca obiectele la jumătate de metru şi după o săptămână pleacă acasă vindecată şi cu acuitatea vizuală la 1 metru. I se recomandă ca după o lună dela naştere să vină să fie revăzută şi operată pentru cataracta traumatică. In adevăr după o lună a venit şi examinată la ochi se constată că pupila dreaptă era foarte clară, fără nici o urmă de opacităţi cristalinene, iar bolnava ne mai spune că după câteva zile dela ieşirea din spital, ceeace ar veni cam la a 10-a zi dela operaţie, a început să vadă bine lucrurile la câţiva metri, iar între timp survenind facerea, nu s'a mai ocupat de ochi, ci deabia după naştere a observat că vede foarte bine cu acest ochiu.

Iată o observaţie, din care se pot vedea fapte foarte importante şi care trebuesc reţinute, pentru a se face o legătură de cauzalitate între ele:

a) O *cataractă traumatică urmată la foarte scurt interval de accese glaucomatoase.*

b) pH sanquin diminuat

c) Bolnava gravidă în a 8—9-a lună şi

d) Rezorbţia totală şi extrem de rapidă a acestei cataracte traumatice — 2 săptămâni.

Iată fenomenele locale şi generale, din cari o parte sunt în legătură cu starea generală specială a bolnavei şi care cred că au o parte de contribuţie şi că sunt factorii care au influenţat foarte mult la rezorbţia aşa de rapidă a cataractei traumatice.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Am văzut că A. v. Reuss, Mitwalschi, L. de Wecker, A. v. Szily, Trousseau şi alţii au remarcat că cataractele complicate cu accese glaucomatoase, fie că accesul glaucomatos a fost *înaintea cataractei, fie că accesul glaucomatos a fost pe un ochi cu cataracta*, toate aceste cataracte sunt favorizate şi predispuse să se rezoarbă într'un timp mai îndelungat sau mai puţin îndelungat. Desigur însă aceste rozarbţii cristaliniene sunt în funcţie şi de starea locală şi momentană a ochilor, de starea anatomică a cristalinului şi în special de tulburările de circulaţie şi vazomotorii ce se produc în urma acceselor glaucomatoase, dar şi de starea generală şi specială a organismului. Din experienţele făcute de Terrien, Redslob, Mawas s'a dovedit că organismul, totdeauna în contra acestor accese şi contra hipertensiunei intraoculare, care rezultă din cauza acestor tulburări, ca o *reacţiune de apărare, provoacă tulburări acido-bazice care măresc* foarte mult acidoza humoarei apoase şi atunci şi pH humoarei apoase, scade sub normal. Ori pH humoarei apoase, este asemănător cu pH sanquin care oscilează în jurul 7.5. In cazul nostru am văzut că pH sanquin era 6.3. **Deci o modificare pronunţată a pH humoarei apoasă, aduce şi o modificare, în starea coloidală a corpului vitros.**

Dar în cazul nostru, la un ochi avem deaface cu o cataractă

traumatică, complicată de glaucom, care la tulburările vazomotorii s'au adăugat şi modificarea permiabilităţii capilare, — Magitot — modificări ale tensiunei oculare, pe când în acelaş timp, la ochiul celălalt avem o hipotonie pronunţată. T.O.S. = 15 mm. Hg. Schiötz.

Se ştie că, factorii regulatori ai tensiunei intraoculare sunt sub acţiunea vago-simpaticului, iar un dezechilibru a acestor sisteme nervoase, produce glaucomul. Prin urmare, hipotensiunea ochiului sănătos în cazul de faţă, ar fi datorită modificării pronunţate a pH humoarei apoasă, mai ales că în sarcină există o acidoză pronunţată, care la rândul său, produce o hipotonie intraoculară. Hertel, Imre, Mawas, afirmă că există o acidoză a humorei apoase în timpul sarcinei şi care ar produce o hipotonie intraoculară. Deci fenomenele de accentuată hipotonie intraoculară la ochiul sănătos, pe un organism cu sarcina în a 8—9-a lună sunt posibile şi justificate, dar rezorbţia aşa rapidă a cataractei traumatice la celălalt ochi tot pe un organism în a 8—9-a lună, cui este datorită?

Cercetările din ultimii ani şi numeroasele lucrări făcute de Terrien, Baillart, v. Szily, Fuchs, Poyale, Sedan, Parhon, Nordmann, Scalinci, Mihail, şi Vancea şi alţii au stabilit că, **există un raport de cauzalitate între tulburările glandelor cu secreţie internă, cu diferite afecţiuni ale ochiului produse prin un mecanism hormonal.** Glandele cu secreţie internă, produc substanţe speciale care, fie prin insuficienţa lor, fie prin surplusul lor, fiind date în torentul circulator, influenţează activitatea multor organe şi ţesuturi producând diferite tulburări. Şi sistemul simpatic este acela prin intermediul căruia, secreţia internă a glandelor endocrine acţionează asupra ochiului (Bailliart). Iar mecanismul acţiunei substanţelor elaborate de glandele cu secreţie internă asupra ochiului, s'ar face prin trei modalităţi după A. Magitot.

a) Glandele cu secreţie internă lucrează asupra metabolismului general Léopold Lévi. Hertel crede că aceasta s'ar face prin o accelerare a fenomenelor osmotice. Asher crede prin o puternică accelerare a proceselor de oxidaţie pe care Seidel le crede că s'ar petrece în epitelul ciliar. Astfel se cunoaşte că metabolismul calciului depinde de paratiroide, iar metabolismul colesterinei de pancreas. Mihail şi Vancea prin cercetările lor au găsit că aproape totalitatea bolnavilor cu cataracte senile şi o parte a celor cu cataracte juvenile, prezintă manifestaţii de ipercolesterinemii.

b) Glandele cu secreţie internă lucrează ca o reacţiune legată de modificările fizico-chimice. Léopold Lévi. Rolul determinant fiind atribuit unor tulburări toxice (cataracta paratiroidiană şi retinita în legătură cu sarcina). Imre crede că la glaucomatos este o tulburare a echilibrului ionic.

c) Glandele cu secreţie internă lucrează prin o modificare a echilibrului neuro-vegetativ, raporturile între sistemul organic şi glandele endocrine fiind foarte numeroase. Arthus şi Guillaume consideră hormonul tiroidian ca având o acţiune vagotonică, Scalini şi alţii socotesc că hipertensiunea în glaucom, rezultă din o acţiune hormonală asupra inervaţiei vazomotorii.

Biblioteca Universitatea "Lucian Blaga" din Sibiu

Deci, fiecare glandă cu secreţie internă lucrează asupra ochiului producând diferite tulburări. O serie de lucrări făcute de Scalini, Sedan, Galezowschi, Lagrange, Berger, Averbuch, au arătat legăturile dintre testicul, ovar şi ochi ţinând seamă atât de starea normală a vieţii sexuale a bărbatului şi a femeei cât şi de tulburările acestei vieţi sexuale. Cataracta miotonică distrofică după Curschman, Hauptman, Naegeli este desvoltată sub influenţa tulburărilor glandelor sexuale.

Tulburările oculare cele mai numeroase şi mai cunoscute sunt acele plecate dela ovar. Aceste tulburări mai frecvente sunt în epoca pubertăţii şi în cursul dismenoreei. **Sarcina poate da naştere la o serie de tulburări morbide oculare, în strânsă legătură de cauzalitate.** După Fink, sarcina produce 30 % tulburări oculare şi cea mai importantă este retinita gravidică. Valude şi Hirsch descriu câte un caz de cheratocon în timpul sarcinei şi care a dispărut după naştere. De altfel teoria cea mai actuală a patogeniei Keratoconului, pare să fie pusă tot pe baza tulburărilor glandelor cu secreţie internă. Alpers şi Palmer citează cazuri de leziuni ale nervilor optici între a 4-a şi a 7-a lună a sarcinei şi care dispar după naştere. **In timpul sarcinei survin tulburări vasomotorii şi vazosecretorii producând o schimbare profundă a metabolismului şi a circulaţiei organismului. In sarcina normală se întâlneşte regulat o hipotensiune arterială retiniană şi în acelaş timp şi o hipotonie intraoculară, accentuată din cauza acidozei humoarei apoase provenită din modificarea pH humoarei apoasă descris de Hertel, Imre şi Mawas.**

Pe lângă aceste tulburări, sarcina mai produce o seamă de fenomene reflexe provocate de presiunea uterului mărit asupra viscerelor cu care vine în contact. Prin urmare dacă sarcina prin schimbările metabolismului şi a circulaţiei organismului produce atâtea tulburări extraoculare şi intraoculare, de ce n'ar fi accelerat şi n'ar fi produs şi rezorbţia cataractei traumatice în cazul nostru? **Echilibrul permiabilităţii capilare fiind restabilită prin iridectomie şi fenomenele glaucomatoase fiind deci înlăturate, ochiul a fost supus mai uşor acţiunilor vago-simpaticului şi tulburărilor vazomotorii şi vasosecretorii produse din cauza sarcinei. De aceia felul rapid cum s'a rezorbit această cataractă traumatică după iridectomie, cred că nu se poate atribui altei cauze decât sarcinei, această tulburare în viaţa sexuală a femeei.** Dar aceasta nu exclude posibilitatea că această rezorbţie să n'aibă şi concursul altor tulburări endocrine. De altfel se ştie că în tulburările morbide oculare produse din cauza sarcinei, se produc o serie de sindroame a mai multor glande cu secreţie internă şi dintre acestea ovarul este organul care joacă rolul de frână faţă de tiroidă, ipofiza, suprarenală, paratiroide, pancreas şi ficat, existând o strânsă relaţiune între ele, însă o relaţiune de interpendenţă fiindcă în cazul când rolul de frână al ovarului încetează, atunci toate celelalte glande, încep să funcţioneze în mod exagerat, producând tulburări de iperfecţiune pluriglandulară, cari în cazul nostru ar fi dus la rezorbţia spontană a cristalinului. Este cunoscut cazul publicat de Lagrange relativ la o fetiţă care având fenomene de ipertiroidie şi de insuficienţă

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ovariană, a făcut glaucom; cazul lui Trou relativ la o fetiță de 9 ani, care din cauza ipoplaziei aparatului genital, a făcut cataractă; cazul lui Miller relativ la o persoană care făcea chemozis conjunctival în timpul menstruației și care a dispărut în timpul a trei sarcine; casul lui Villard relativ la o persoană, care făcea fenomene de episclerită în tot timpul menstruației și care dispărea când termina menstruația. Enumărând aceste fapte, cred că și această rezorbție spontană a cataractei traumatice, în cazul nostru, nu poate fi datorită decât numeroaselor tulburări vazomotorii și vasosecretorii produse din cauza sarcinei. O altă ipoteză de justificare a acestor rezorbțiuni spontane a cristalinului cataractat nu se poate baza decât pe tulburările de iperfuncționare a glandelor cu secreție internă.

Cazul descris arată deci noui tulburări oculare provenite din cauza glandelor cu secreție internă și deschide noui ipoteze și noui orientări în studiul cataractelor traumatice urmate de fenomene glaucomatoase la persoane gravide în ultimele luni.

La résorbtion spontanée de la cataracte traumatique. (rôle de la grossesse).

Les cataractes traumatiques sont très fréquentes, mais les cas sur leurs résorbtions spontanées sont très rares.

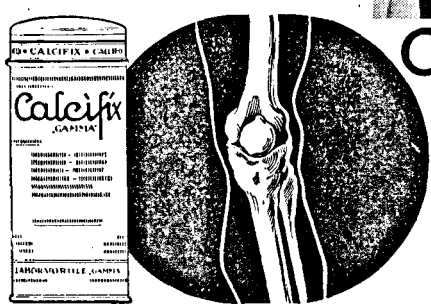
Dans la litterature ophtalmologique, on connait des cas peu nombreux de résorbtion spontanée de la cataracte, spécialement de la cataracte traumatique.

Le cas relaté, dans cet article, est autant plus remarqué, que la cataracte traumatique s'étant fait sur une femme enceinte, dans 8—9 mois de la grossesse. l'oiel avec la cataracte traumatique après trois jours fait des accès glaucomateux et contre ces poussées glaucomateuses est opéré et après dix jours, un temps très court, la cataracte s'est résorbit complétement et la femme eut une acuité visuelle très bonne.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

TOATE VÂRSTELE
TOATE TEMPERAMENTELE

SUBCUTAN
INTRAMUSCULAR
INTRAVENOS



Calcifix { GRANULE / FIOLE
„GAMMA"
RECALCIFIANT
REMINERALIZANT
RECONSTITUANT

REPR. p. ROMÂNIA: S. I. F. s. a. r. BUCURESTI, AVRAM IANCU 32

Considérant son état spéciale de l'organisme, la grossesse sur laquelle s'est produit cette résorbtion spontanée et considérant les recherches de ces dernières années où s'est établit un rapport de causalité entre les troubles des glandes à sécretion interne et différentes affections du l'oeil par un mécanisme humoral, et tenant compte que pendant la grossesse se produisent des troubles vaso-moteurs et vasosécréteurs donnant une échange profonde du métabolisme et de la circulation de cet organisme, l'auteur pose cette résorbtion spontanée de la cataracte traumatique sous la dépendance des troubles des glandes à sécrétion interne et spécialement de la grossesse.

Spontane Resorption des traumatischen Stars (Der Einfluss der Schwangerschaft).

Traumatische Stare sind sehr häufig, aber ihre spontane Resorption ist sehr selten. In der oftalmologischen Literatur sind sehr wenige Fälle von spontaner Resorption des Stares (und besonders des traumatischen Stares) bekannt. Der hier beschriebene Fall ist besonders interessant, da der traumatische Star sich bei einer im 8.—9. Monat schwangeren Frau ereignet hat. Das vom traumatischen Star befallene Auge zeigt nach drei Tagen Anfälle von Glaucom und nach zehn Tagen (eine recht kurze Zeit) resorbiert sich der Star vollkomen und die Frau hat wieder eine sehr gute Sehschärfe.

Wenn man den besonderen Zustand des Organismus in Betracht zieht (in der Schwangerschaft), als die Resorption sich ereignete, und die Forschungen in den letzten Iahren, durch welche man einen Zusamenenhang festgestellt hat zwischen der Störungen den Drüsen mit innerer Sekretion und verschiedenen Augenerkrankungen durch einen hormonalen Mechanismus; wenn man bedenkt das sich in der Schwangerschaft vasomotorische und vasosekretorische Störungen ereignen, die einen erheblichen Wechsel des Grundumsatzes und des Kreislaufes in dem betreffenden Organismus hervorrufen, so glaubt der Verfasser, dass diese spontane Resorption des traumatischen Stares sich vollzogen hat durch die Störungen der Drüsen mit innerer Sekretion besonders in der Schwangerschaft.

VAN NOOX AMSTERDAM

BCU Cluj / Central University Library

Făinuri alimentare, dietetice şi de regim

Fulgi de ovăz Haferflocken pentru copii şi adulţi, anemici, dispeptici, bolnavi de ficat, rinichi, inimă.

Cacao de ovăz Haferkakao pentru combaterea catarurilor intestinale, diaree, constipaţiuni, exeme, mâncărimi. Se recomandă în toate cazurile nervoase.

Morgentau-griş de copii de cea mai pură calitate. Fin, curat, bogat în săruri nutritive. Pentru copiii de toate vărstele.

Tapioca Exotică Pură, granule mari, albe, frumoase, fără praf.

Făină de orez Indispensabilă pentru alimentarea sugacilor. Provine şi vindecă diaree.

Bouillon gras din extract de carne, indispensabil pentru debili şi anemici

Pentru variaţie de regim alimentar recomandaţi şi prescrieţi următoarele produse·

Făină de banane Noox
Făină de castane Noox
Cacao cu Tapioca Noox

Desinfectant puternic pt. D-nii Medici: CAREFORM-ORIGINAL

Exclusivitate p-tru România: SYNTEX, S. A. R. Bdl. Maria No. 30, Bucureşti

UN CAZ DE AMAUROZA BILATERALĂ LA UN COPIL DE 5 ANI IN URMA ADMINISTRĂREI DE FILIŞ MAS ŞI OLEU RECIN

de

D-r NICOLAE CIUREA
Medic Legist al Trib. Buzău.

Intr'una din zile în cursul lunei Fevruarie 1939 s'a prezentat la Cabinetul Medico-legal Buzău, un ţăran cu un copil de 5 ani şi cu o petiţie în mână în care el reclama pe un medic din localitate că în urma unui medicament pe care i l-a prescris copilului, să dea afară panglica de care suferea, a orbit imediat. Reclamaţiunea fusese adresată Parchetului, care în consecinţă îl trimesese la mine pentru a-l examina şi a-mi da avizul. Cazul fiind destul de rar şi fiind în joc responsabilitatea medicală, am avizat Parchetul că este nevoie de o comisie medicală în care să intre şi un oculist, pentru a examina fundul ochilor. Parchetul a întrunit comisia medicală, aşa am cerut-o, şi în urma examinărei am ajuns la concluziunile ce le voiu arăta la sfârşit.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cercetând literatura medicală, precum şi făcând câteva spicuiri din enciclopedia Oftalmologică, am constatat că intoxicaţiile cu filis mas se pot întâmpla; deşi destul de rar şi chiar cu forme destul de grave, ca orbire permanentă sau chiar cu moartea. Filis mas conţine principii indiferente ca taninuri, zahăr, amidon etc. şi principii active ca oleu volatil, oleu gras şi acidul filicic, care este cel mai important principiu care intră în compoziţia filis masului şi care dă cazurile de intoxicaţiune.

Filis masul ca vermifug se dă de obiceiu însoţit de un purgativ, care de obiceiu este calomelul. Totuşi unii autori atât streini cât şi români lasă la latitudinea medicului alegerea purgativului indicând chiar şi uleoasele în frunte cu oleul de recină. Acest punct este foarte important de reţinut de către medicii practicieni, întrucât de aci pornesc neplăcutele situaţii de a veni în conflict cu justiţia şi până la dovedirea nevinovăţiei, se crează medicului care a prescris o atmosferă destul de grea, pe care opinia publică şi chiar uni confraţi o pot specula până a dăuna chiar întregului corp medical.

Majoritatea tratatelor de terapeutică, farmacologie şi codexurile

medico-farmaceutice atrage atenţiunea că în administrarea filis masului se va evita purgativele uleioase ca uleul de recină, deci incompatibil, având proprietatea de a favoriza cu mai multă uşurinţă absorbţiunea acidului filicic sau produselor analoage, uşurând deci producerea accidentelor care sfârşesc de multe ori grav cu moartea sau destul de tragic cu pierderea vederei, cum vom vedea în cazul de faţă. Totuşi în faţa acestei incompatibilităţi sunt autori cari încă prescriu oleiul de recin şi practicieni orientându-se după aceste formulare îl prescriu şi ei şi astfel cad victime atât ei cât şi pacienţii lor. **Deci purgativul de alegere la vermifugul filis mas va rămâne tot calomelul.**

Intoxicaţiile cu filis mas au următoarele simptome: greţuri, dureri de cap, vărsături, survenind chiar colapsuri, convulsiuni şi stare comatoasă, ajungând până la moarte chiar în prima zi, sau dacă îşi revine rămâne cu complicaţii serioase cari pot fi ori pasagere ori permanente. Dintre ele cea mai serioasă, e atrofia nervului optic cu amauroză.

Richaud expune în „Précis de thérapeutique pharmocologique" că după Lexin, pe 53 cazuri de otrăvire au fost cinci morţi şi 14 cazuri în care se observă amauroza. Amauroza poate fi uni sau bilaterală. Ea poate surveni rapid după 48 ore sau chiar mai târziu.

Din enciclopedia oftalmologică Dr. Căciulă şi Dr. Pandelescu extrag două cazuri:

1. Un om cam debil după o doză de 4 gr. 1/2 filx mas a murit chiar în ziua aceia cu amauroză (orbire).

2. O fată de 18 ani, după o doză de un gram căzu în comă. La deşteptare amauroză (orbire) complectă. Apoi revenirea vederei la un ochiu, la celălalt desvoltându-se o atrofie complectă a nervului optic.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Din citarea acestor cazuri din literatura medicală, reese că acidul filicic amorf, care e şi principiul vermifug din filix mas, nu se poate da sub o formă şi activă, şi inofensivă, deci nu se poate stabili care e doza toxică, căci activitatea filix masului mai depinde de data preparaţiei, precum şi de predispoziţia sau susceptibilitatea individuală care joacă un rol foarte important.

OBSERVAŢIA PERSONALĂ.

Istoricul faptelor: In vara anului 1938, copilul Constantin E. Dumitru, din com. Săpoca, jud. Buzău, s'a îmbolnăvit de panglică, fapt observat de părinţi în urma lepădărei fragmentelor din panglică în două rânduri prin scaunele copilului. Părinţii la început nu s'au îngrijit prea mult, însă în luna Decembrie 1938, starea agravându-se s'au hotărît să vină în oraş la un medic pentru a-l îngriji.

La 4 Decembrie 1938, se duc la D-l D-r Păiş, care examinând copilul şi în urma celor spuse de părinţi i-a prescris o reţetă cu un medicament contra panglicei. Această reţetă declară părintele copilului a executat-o la Farmacia Crucea Albă din Buzău, chiar în ziua de 4 Decembrie 1938 şi conţinea scris următoarele medicamente:

Rp. Extr. eth. filix mas 3 gr.; Gomă arabică pulv. 8 gr.; Sirop eter 40 gr.; Apă distilată de mentă 100 gr.

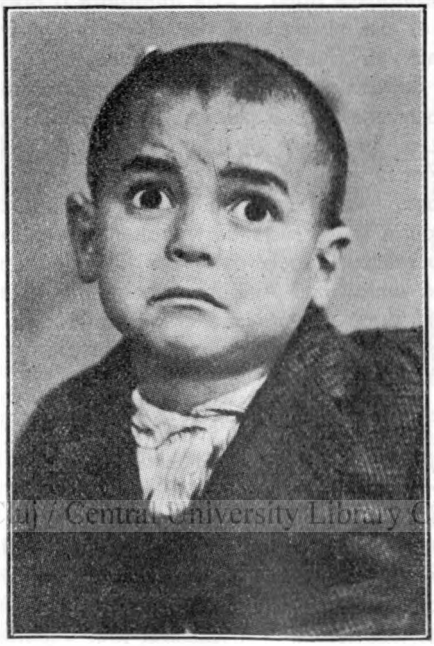
Doctor intern în două rânduri la 1 oră interval.

2) Ol. recină... 40 gr. intr.

4. XII. 1938. (ss) D-r Păiş.

Tatăl copilului ajuns acasă execută reţeta, adică dând copilului intern porţiunea cu filix mas în două rânduri, după care la două ore i-a dat oleul de recină. Acest lucru l'a făcut Luni dimineaţa.

Copilul în urma ingerării acestor medicamente i s'a făcut rău şi cum la o oră a eşit nişte tocătură albă care nu putea fi altceva decât fragmente rupte din panglică. Spre seară starea i s'a agravat având agitaţii, tremurături, convulsii şi căzu într'o stare comatoasă, stare care a ţinut a doua zi toată, adică Marţi până s'a întunecat, când luminele erau aprinse în casă. Copilul s'a deşteptat din această stare şi a cerut să se aprindă lampa. Părinţii suprinşi i-au spus că lampa este aprinsă, dar totuşi el insista să i se dea lumină. Abia atunci şi în urma altor încercări, ei au observat că copilul nu mai vedea. Orbise.



BCU Cluj / Central University Library Cluj

Examenul medical general.

A. H. C., tatăl copilului, în vârstă de 25 ani, declară că nu a suferit de nici o maladie contagioasă sau venerică. El s'a căsătorit la vârsta de 21 ani. Tatăl lui fiind mort în răsboiul mondial, iar mama sa trăeşte şi e sănătoasă. Mama copilului în vârstă tot de 25 ani, căsătorită la 21 ani, părinţii îi trăesc, tatăl ei fiind de 55 ani, iar mama de 53 ani. In total au fost 5 copii dintre care au rămas numai trei, întrucât unul a murit la trei zile după naştere, iar celălalt la trei săptămâni după naştere. Deasemeni mama copilului neagă orice maladie contagioasă sau venerică. A fost menstruată la 14 ani, s'a măritat la 21 ani şi a născut trei copii cari trăesc toţi şi sunt sănătoşi, afară de primul care a orbit. Ceilalţi au vârsta, unul de 10 luni iar celălalt de trei ani.

A. R., mama declară că până în prezent copilul nu a suferit de nici o maladie, a fost născut la termen naşterea fiind uşoară.

Starea prezentă: In vârstă de cinci ani împliniţi, la 18 Martie 1939, are o constituţie normală pentru vârsta lui, având ţesutul muscular şi grăsos bine desvoltate. Tegumentele sunt puţin anemiate şi pântecele uşor balonat. In regiunea inguinală dreaptă se observă un început de hernie.

In ziua de 26 Ianuarie, când a fost examinat de D-l D-r Căciula, pupilele erau dilatate, reacţiunea foto-motorie mai slabă şi nu avea nici un fel de provocaţie luminoasă.

Azi 19 Februarie 1939, după ce a făcut şi câteva injecţii cu alcecoline s'a constatat următoarele la examenul fundului ochiului: motilitatea fundului ochiului şi

reflexul corneei păstrate, pupilele egale regulate, reacţiunile foto-motorii păstrate de ambele părţi, iar mediile transparente sunt clare.

Retina este de o coloraţie roşatică brună închisă şi se observă un halo de pigment în regiunea peripapiliară.

Papilele de coloraţie albă-gălbui deschis cu marginile bine delimitate la O. D., uşor difuze la partea superioară, la ochiul stâng.

Arterele sunt extrem de subţiate, iar venele tortuoase şi cu pereţii îngroşaţi. Nu se observă nici exudate nici hemoragie. Percepţia luminoasă păstrată, iar proecţia luminoasă e bună la partea superioară şi externă, dubioasă la partea inferioară şi internă. Tensiunea oculară normală la ambii ochi.

In urma acestei examinări noi conchidem că această amauroză (orbire) este de natură toxică şi datorită principiului activ acidul filicic care intră în compoziţia: Extr. eter. de filis mas.

Enciclopedia oftalmologică VIII p. 465 spune că intoxicaţiile cu filis mas se însoţesc în mai mult de jumătatea cazurilor de turburări vizuale. De cele mai multe ori acestea sunt permanente deşi la început au mare asemănare cu cele de chinină. Este excepţional ca o cecitate complectă la început să cedeze.

Mai adesea cecitatea survine foarte repede. Cele mai multe accidente au fost determinate de administrarea ca vermifug a extractului eterat de filix mas (acidul filicic amorf, după Proulson, care e şi principiul vermifug. Nu se poate da filix mas sub o formă şi activă şi inofensivă.

Nu se poate stabili pe de altă parte care e doza toxică căci activitatea acidului filicic depinde de data preparaţiei. Predispoziţia individuală joacă deasemeni un rol. Accidentele grave au fost date de doze mai mici de 10 gr. proporţie pe care o permite cele mai multe farmacopei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Rezorbiţia substanţei în intestin pare să fie favorizate de o substanţă uleoasă. Să se evite uleiul de recină.

Deci, ceea ce preconizează mulţi autori, de a evita uleiul de recină, este salutar; totuşi a-l lăsa la alegerea practicianului şi chiar uni a-l indica orientând greşit pe medicii practicieni cărora le-ar cade în mână un asemenea formular după care să prescrie reţeta, — este o greşală.

Acum, din punct de vedere medico-legal, medicul legist trebuie să stabilească cu precizie documentată, întrucât este sau nu angajată responsabilitatea medicului practician în aceste situaţiuni, faţă de justiţie.

După multă chibzuială şi documentaţie eu am ajuns la următoarele concluziuni pe care confraţii mei din comisie mi le-au aprobat cu unanimitate.

Copilul a fost trimis la un spital de specialitate din Bucureşti pentru a se încerca un tratament cu care D-r Căciulă speră că pacientul ar avea oarecare succes în parte, dacă nu total să-şi recapete vederea.

Concluziuni:

In cazul de faţă responsabilitatea medicului nu poate fi angajată din următoarele considerente:

1. Doza de medicament prescrisă de medic a fost obişnuită.

2. După asemenea medicament a fost nevoie de purgativ, pe care atât autori străini cât şi cei români lasă la aprecierea medicului, iar cei mai mulţi din ei, indică chiar uleioase, cum ar fi uleiul de recin.

3. Nu se poate da filix mas sub o formă şi activă şi inofensivă, nu se poate stabili pe de altă parte care e doza toxică, căci activitatea acidului filicic, principiul activ din medicament, depinde de data preparaţiei şi predispoziţia individului care joacă deasemeni un rol important.

Nu toţi indivizii au organismul dotat de aceleaşi funcţiuni, care să permită de a modifica, neutraliza, sau elimina toxinele cari ajung până în sânge.

Unele organisme au anumită susceptibilitate faţă de substanţele active din medicamentul care trebue ingerat.

Toate aceste puncte, medicul nu le poate prevede, şi deci nu i se poate atribui nicio vină când se ivesc desordini grave în organism, când doza medicamentoasă a fost prescrisă în mod obişnuit, cum a fost în cazul de faţă.

STIMULENT AL CENTRILOR CEREBRALI CEI MAI INALT DIFERENŢIAŢI

AKTEDRON

BCU Cluj / Central University Library Cluj

a - Phenil — b — isopropylaminofosfat.

La psiho-nevropaţi, oboseli matinale, incapacitate de concentrare şi depresiune. In fobii, lipsă de voinţă.

In turburările produse de cure de desintoxicaţie: de alcool, morfină şi cocaină.

La indivizi sănătoşi pentru creşterea activităţii psihice, în stări de oboseală psihică sau fizică.

Ambalaje: Tuburi originale cu 20 tablete divizibile. — Cutii originale cu 6 fiole.

CHIMIOTERAPIA INFECŢIUNILOR GONO ŞI STAFILOCOCICE

ELEKTYL

Indicaţiuni: Blenoragii subacute şi cronice, epididimite, prostatite, artrite, irite blenoragice, blenoragia rectului, vulvovaginitele blenoragice ale copiilor mici. Panariţii, flegmoane, furunculi, antrax, hidradenite, osteomielite, etc.

Ambalage: Tuburi de 12 şi 24 tablete.

CHINOIN S. A. Exclusivitatea: „SANACHIMICA" S. A. R.

BUCUREŞTI I, Str. Sft. Constantin, 4.

UN NUOVO CONTRIBUTTO ALLA CONSCENZA DEI RAPPORTI MEDICALI FRA ITALIA E ROMANIA*)

de

D-r V. GOMOIU

Signor Presidente, Signore e Signori Membri,
Illustrissimo Signor Professore Boschi, e caro dottore Teletin.

Nel programma dell'VIII Congresso di Storia della Medicina, tenutosi in Roma, nel settembre del 1930, oltre ad altri temi fu considerato anche quello dei rapporti culturali fra l'Italia e gli altri paesi, nel decorso dei secoli XVI e XVII. In quella circonstanza trattai l'argomento „Sui rapporti culturali riguardo alla medicina, fra l'Italia e la Romania durante il Rinascimento scientifico dei secoli XVI e XVII".

Rilevai allora che, eccetuandosi i vecchi rapporti dell' epoca daco-romana, il capo estremo di guel filo con cui si tessero i legami culturali italo-romeni lungo i secoli, giunge fino all'anno 1465, — vale a dire fino ad or, sono quattrocentosettantatre anni, data in cui ritroviamo l'Italiano **Dorino Cattaneo**, che era barbiere e medico della Corte, e fungeva nello stesso tempo come „gran doganiere" della Moldavia. Non sappiamo se qualche legame esista con quel Cattaneo che è stato uno dei primi membri dell'Accadémia di Ferrara, o con la famiglia di Carlo Cattaneo, di larga diffusione nell' Italia meridionale.

Ho poi rammentato che nel 1475 Stefano il Grande, Principe di Moldavia, ha chiesto al Senato Veneziano l'invio di un medico che curasse le sue ferite; e quello gl'invio **Matheus Murianus** „artium et medicinae doctor": e dopo la sua morte, nel 1503, furono condotti qui: dottori **Girolamo da Cesena**, e **Leonardo da Massari**, originario di Venezia.

Da allora in poi, grazie ai rapporti economici e politici, i dottori italiani, non solo non sono piu mancati dalle noastre terre, ma per molto tempo sono stati quassi i soli nostri medici. E di quanti ne conosciamo noi, possiamo ricordare: nel 1517 **Girolamo Mathievich**,

*) Comunicare la Societatea Regală Română de Istoria Medicinei, Bucureşti, 30 Noembre 1938 (în prezenţa d-lui Prof. Boschi şi D-r Telatin).

originario di Ragusa, che s'intitolava „Medicus chirurgus servitor illustris Domini Basarachi": nel 1560 **Asola da Bressano**: nel 1577 **Bernardino Rossi**, di origine lombarda; nel 1589 **Muraldi**, e certamente ce ne sono altri di cui finora non ho notizia.

Verso la fine del secolo XVI cominciano ad apparire medici greci che si moltiplicano considerevolmente nel secolo XVII; è pero da notare che quasi tutti quest'ultimi avevano ugualmente studiato presso scuole italiane.

Pur tuttavia, neanche in quell' epoca i medici italiani sono completamente scomparsi, e fra quelli conosciuti possiamo ricordare, nel 1638 **Giovanni Andrea Scoccardi** che gode anche di una grande influenza politica. E nel 1654 incontriamo il Dottor **Massellini**, originario di Pesaro; e, ancor piu, nel 1688 si e creato presso di noi la funzione di Protomedico della Corte, ed e stata assegnata all'Illustre **Iacopo Pilarino**, che ha scritto nel 1715 il primo libro sulla vaiolizzazione.

Al principio del secolo XVIII, appare nuovamente una intera serie di medici italiani, o greci ed anche romeni-italianizzati, — e fra di essi si nota il Dottor **Pantaleone**, medico della Corte di Brâncovan, dov'era chiemato „il gran Dottore". Non so se un qualche rapporto é esistito fra di essi, ma è da riccordare che sul frontone dell'ingresso alla Biblioteca dell Ospedale Santo Spirito in Sassia (a Roma), e scolpito il nome di un Pantaleone, mentre quel „gran dottore" della Corte Brâncovan si chiamava anche, in greco, Pandele Caliarhi.

Nello stesso tempo, troviamo anche un altro medico, il „Conte" Bartolomeo Ferrati, sicurramente italiano, che ha anche avuto qualche incarico politico. Non so si questo Ferrati ha avuto qualche legame con la citta di Ferrara, ma nel 1808 abbiamo avuto qui un Constantino (o Pietro?) **Ferraris**, dottore di Padova, senza che si possa sapere se anche questi ha avuto qualche rapporto con Gaudenzio Ferrari, discepolo di Leonardo da Vinci, o con il matematico Ludovico Ferrari di Bologna, o con il filosofo Giuseppe Ferrari di Milano.

Ugualmente agli inizi del secolo XVIII troviamo **Gheorghe Trapezuntul** che è stato espressamente mandato a studiare medicina in Padova, e poi l'italianizzato **Ion Comnen** (Molibdos); e soppratutto dobbiamo menzionare lo scienziato Dottor **Alessandrro Maurocordato**, filosofo, teologo e medico, che aveva studiato a Padova e Roma, ed i cui figli sono divenuti Signori dei Principati Romeni.

L'esempio di questi, come anche l'esempio din Constantino Cantacuzino, che ha ugualmente studiato alla scuola di Padova, e stato seguito da molti altri, e nel corso di questo secolo sono apparsi una quantita di medici (italiani e greci) delle scuole italiane, come: **Beneveni, Athanasie Comnen (Ipsilanti), Costa, Petre Depasta, Antonius Fotinus, Dimitrie Gheorguli, Licinius, Manase Eliade, Stavro Mulaimis, Nottara, Ion Procopie Pamperi, Dimitrie Procopiul, Niculae Scordilie, Testabuza**, etc.

E inoltre, sappiamo che nel 1778 in seguito al consiglio dell' Archiatra **Nicolae Festa**, è stato condotto il chirurgo **Rossi Fiorentino**, che ha operato il Bano Caragea per un cancro al petto; poi nel

Digitized by Google / Original from Harvard University

1792 è quì venuto il milanese **Luïgi Vicini**, e nel 1795 ha preso il suo dottorato a Padova, **Emanuel Anton Rizu.**

L'uniône della Chiesa Romena di Transilvania con la Chiesa di Roma, ha esercitato anch'essa una influenza favorevole sui rapporti culturali ïtalo-romeni; E, a un dato momento, la nuova corrente ha preso il nome di „*Scuola Latinista*", e sotto **Alessandro Ipsilante**, la lingua italiana è stata introdotta perfino nelle scuole greche di quì, accanto a quella latina e francese.

Sebbene, alla fine del secolo XVIII, e al principio del XIX abbiano cominciato a venire assolventi delle Università germaniche, pure, le relazioni medicali non si sono interrote, e soltanto la mancanza di documenti mi ha fatto affermare nel precedente lavoro che i rapporti medicali ïtalo-romeni si érano indeboliti fin quasi all'inesistenza.

Effettivamente, al principio di questo secolo, troviâmo gli italiani: **Albineri, Burelli, Citadino, Domenico Caldano, Frangoli, Lorenzo, Narciss, Valentino Onufrio, Mario Perini, Em. Persiani,** Archiatro de S. A. S. il Principe de Vallachia", **Pezzoni, Carlo Salvamonte,** ed accanto a questi troviamo anche, nel 1806, **Micheli Cristari,** dottôre di Padova, nel 1813 **K. Papazoglu,** dottore di Pavia, nel 1814, **I. Rasti,** e nel 1815 **Constantino Papadopol,** ambedue ugualmente dottori di Padova.

Il caso mi ha poi messe in possesso di un documento originâle, preziosissimo da questo punto di vista: — che si tratta di un atto medico-legale, del 17 settembre 1813, redatto in italiâno, e firmato del „Doctor e operattor" **Antonius Caruso,** cui gli abitanti del luogo dicévano Teodor Caruz.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Non so, se questo fosse parente con il grande tenore italiano, e con il nostro artista Caruso; ma e certo che all' epoca suddetta, cioè nel 1813, quell' **Antonio Caruso** éra medico a Botoşani, dove ancôra lo troviâmo nel 1820.

Ecco l'ordine della Vornicia Botoşani, del 7 agosto 1813, con cui si richiedeva al Dottor Caruso din fare un'inchiesta circa un presupposto omicidio: (Fig. 1).

Ecco ora anche la riposta del Dottor Carusso, vale a dire il suo atto medico legale, scritto in italiano, proprio sul verso della precedente richiesta: (Fig. 2).

Ma, Signori, Caruso non e stato ne l'ultimo italiano ne l'ultimo laureato delle scuole Italiane che abbia esercitato la sua professione preso di noi in quell'epoca, perche nel 1819 troviamo **Dimitrio Caritato** Tibaldo, dottore di Pavia; nel 1822 un **Francesco Moretti,** che funge come farmacista privato del Principe; nel 1825 incontriamo **Antonio Paleologo,** dottore di Pisa; nel 1827 ha preso il suo diploma a Pisa il dottor **Constantino Estioto** che e divenuto Protomedico della Muntenia; nel 1829 ha preso il dottorato, sempre a Pisa, **Nicola Piccolo,** che e poi divenuto una specie di Amministratore Generale dei nostri Ospedali; nel 1830 appare **K. Franzik,** e in seguito, **N. Galatis** e **Atanasie Cristopol,** tutti tre dottori di Pisa. Nel 1832 troviamo **Aloisio Borciani,** dottore di Parma, e ugualmente nel 1832, prese il suo dottorato a Pisa il grande nostro **Gheorghe Bacaloglu.** Nel 1833 troviamo un **Isidore**

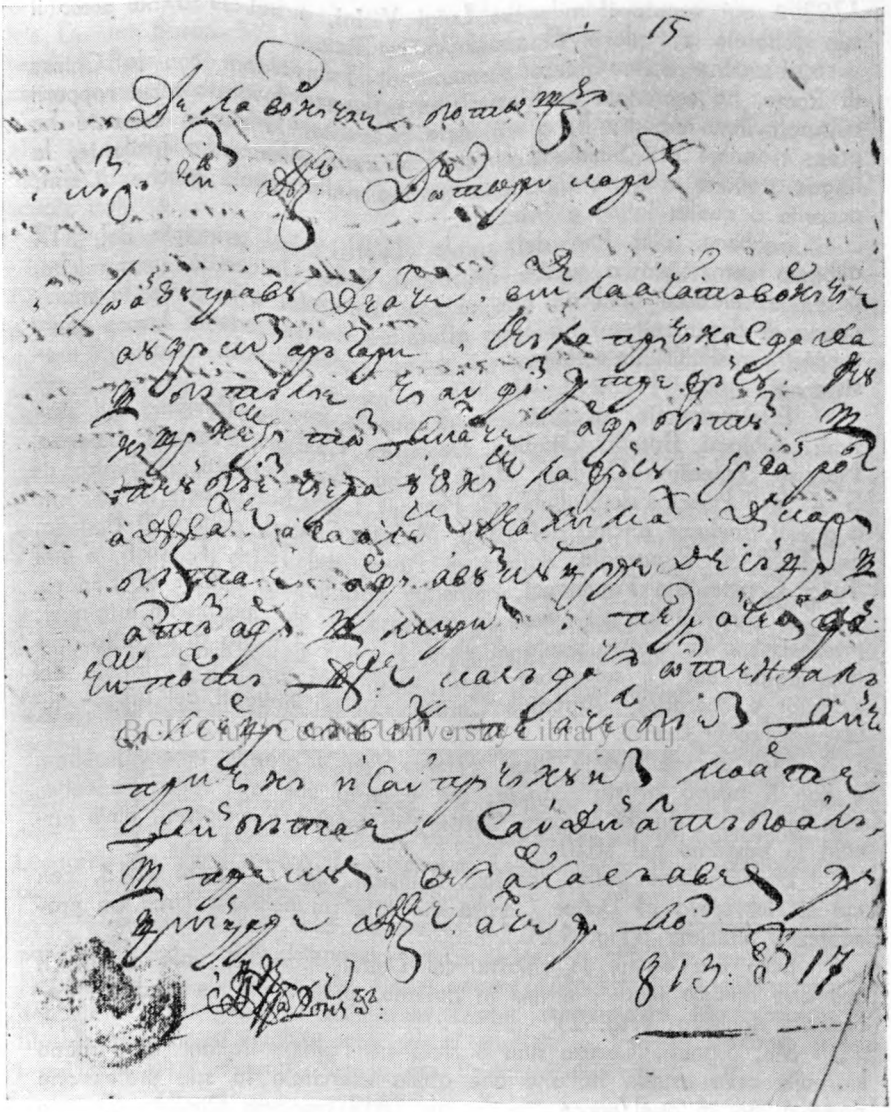
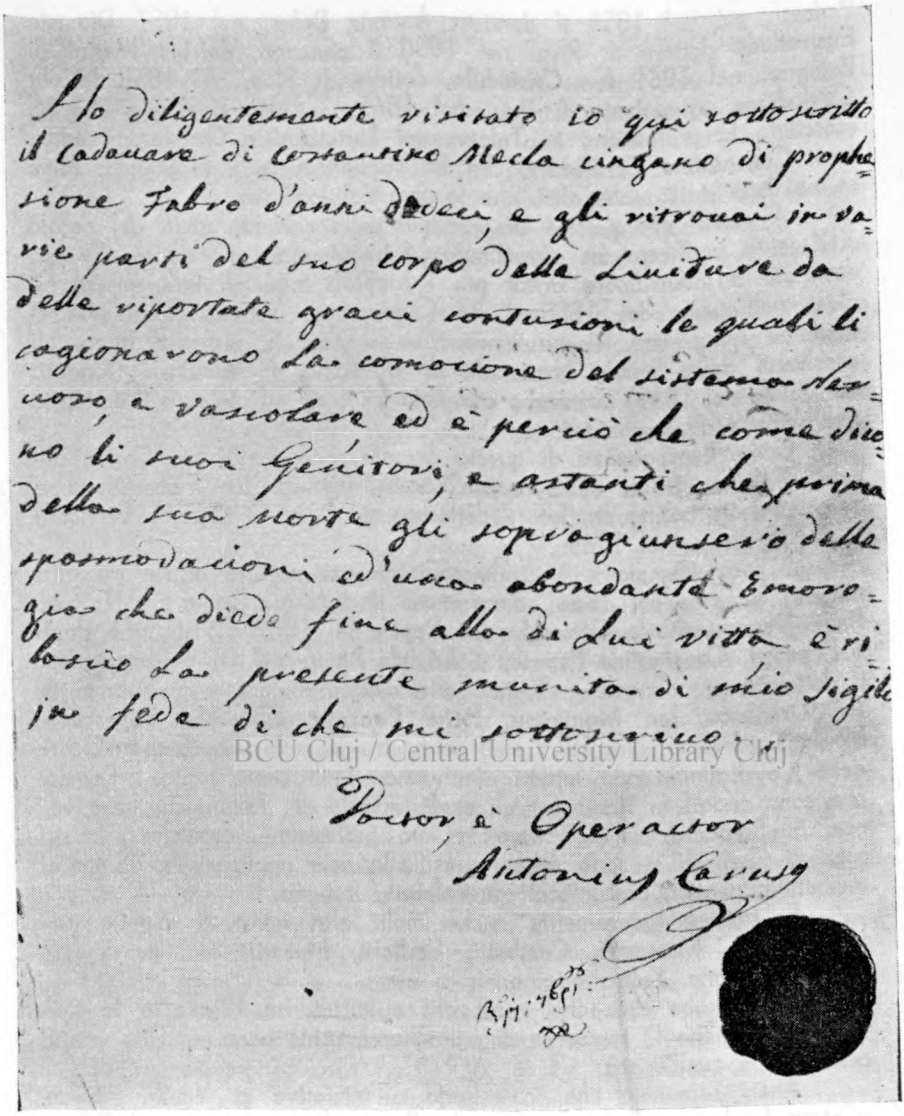


Fig. 1.

Bernfeld, dottore di Torino. Nel 1838 prende il suo dottorato a Padova, **Aristide Bendela,** e nelo stesso anno **Francesco Nisatto** e stato assunto come primo chirurgo di questo Ospedale Brâncoveanu. Nel 1839 troviamo un certo **Elias Fain** dottore di Pavia; nel 1847 **Edoardo Anino,** dottore di Siena, **Emanoil Vlasto** dottore di Pisa, e **Claudio Morelli,** dottore di Bologna — forse parente con l'attuale Direttore dell'Istituto Forlanini di Roma.

Nel 1849 troviamo **V. Calligari** ugualmente dottore di Pisa e



Ho diligentemente visitato io qui sottoscritto il cadavere di Costantino Meda cirugano di professione Fabro d'anni dodici, e gli ritrovai in varie parti del suo corpo della Lividure da delle riportate gravi contusioni le quali li cagionarono la commozione del sistema nervoso, e vasolare ed è perciò che come dicono li suoi Genitori, e astanti che prima della sua morte gli sopravgiunsero delle spasmodaciori ed'uno abondante Emorragio che diede fine alla di Lui vita è rilasciò la presente munita di mio sigillo in fede di che mi sottoscrivo.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dottor, e Operatore
Antonius Carus

Fig. 2.

Giuseppe Caramelli, dottore di Bologna; nel 1850 troviamo **Francesco Cettare,** dottore di Pavia e **Pietro Cheresteni,** di Padova; — nel 1852, abbiamo **Gherasim Fagas,** dottore di Pisa e nel 1853 **Dumitrio Lamberti** dottore di Napoli ed **Elias Zografos,** dottore di Pisa.

Nel 1855 e venuto nel nostro paese **Michele Mingarelli, Tiberiacensis,** nato in Santerno (provincia di Ferrara) che si e addottorato in Bologna.

Troviamo quindi **Constantino Vardalah,** che prese il dottorato a

Padova, poi nel 1856 il dentista **Antonio Boles**, nel 1857 **Dionisie Eustratiade** dottore di Pisa, nel 1860 il chirurgo **Vafrino Marini** di Bologna, nel 1861 **Ion Cristodulo**, dottore di Pisa, nel 1862 **Nicola Cheladinos** ugualmente di Pisa, nel 1865 l'italiano **Bogliacco** che ha esercitato la professione in Tulcea, poi **Lorenzoni** a Constanza, ed a lassi **Constantino Caraioanis**, che ha studiato pero a Napoli. E forse ce ne sono stati anche altri, che io pero non conosco.

A quest' epoca, cioe al principio della seconda meta del secolo XIX, si e verificato un avvenimento estremamente importante che era destinato a intensificare ancor piu i rapporti medicali italo-romeni; e cioe; nell'agosto del 1858 il Re Galantuomo Vittorio Emanuelle II imitando Napoleone III ha emesso un decreto in base al quale gli assolventi della Scuola Nazionale di Medicina di Bucuresti (fondata da Davila nel 1855) potrevano completare i corsi ed ottenero il dottorato nell'Universita piemontese.

Come consequenza di questo decreto sono partiti per Torino alcuni degli assolventi della nostra scuola, fra cui **Ion Frumuşeanu** e **Sergie Janota** hanno ottenuto il dottorato nel 1863, e **Georgio Economu** e **Ion Vercescu** nel 1865.

Il loro esempio e stato immediatamente seguito anche da altri romeni, cosicche nel 1866 hanno preso il dottorato, sempre a Torino, **Petre Degereţeanu** e **Gheorghe G. Papa**; nel 1867 **Constantino Pana o Panescu, Constantino Popescu** e **Aristide Razu**; nel 1868 hanno preso il dottorato, ugualmente a Torino, altri cinque romeni, e precisamente: **Ion Drăgescu, Ion Munteanu, Petre Pandele, Gheorghe Popescu** e **Florea Teodorescu**, Nel 1869 pero ne ho trovato solo uno, **Şerban Georgescu**, e d'allora sono andati diminuendo moltissimo, tanto i Romeni che sono andati in Italia per gli studi, quanto gli italiani che sono venuti in Romania per esercitare la loro professione, cosicche i nostri rapporti medicali si sono ridotti quasi alla sola applicazione di alcuni metodi terapeutici, preconizzati da celebrita italiane.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Si trovano sicuramente anche molti altri nomi di aspetto italiano, come: **Morocutti, Combotti, Serfiotti, Maratti**, ecc, ma i lorô possessori erano d'altra origine.

Si potrebbe dire che i rapporti culturali fra l'Italia e la Romania, o almeno la tendenza di mantener-li siano perennemente esistiti anche dopo quell'epoca.

Anzi, sappiamo che in seguito all'iniziativa şi **Vasile Pârvan** e stata fondata a Roma una scuola Romena, e in seguito, il Signor **Nicola Iorga** ha fondato una Scuola Romena anche a Venezia; ma da un punto di vista medicale, non si puo dire gran cosa. Disgraziatemente il posto dei romeni nelle Scuole Italiane, in particolare, di specialita medica, e stato occupato principalmente da stranieri, che godono della cittadinanza romena.

Chiudendo la mia relazione del 1930 dicevo di „nutrire la ferma speranza che le due scuole avrebbero fatto in modo che anche nel campo della medicina i rapporti tra l'Italia e la Romania fossero quelli che essere sempre dovrebbero.

Ora le due Scuole di cui ho parlato hanno fatto molto in altre

direzioni, ma non hanno nulle intrapresso, o sono pochissimo riuscite nel dominio della medicina.

Purtuttavia, i rapporti medicali italo-romeni sono stati ripresi da qualche tempo, e potrei dire che hanno guadagnato negli ultimi anni un terreno considerevole, grazie a due fattori: l'Istituto di Cultura Italiana a Bucarest, e l'iniziativa particolare.

In verita, all'Istituto di Cultura Italiana va il merito di aver invitato il rimpianto Professor **Fichera**, che ha tenuto conferenze a Bucarest nel 1933, il Professor **Nicola Pende**, che parlo a Bucarest e a Iassi, edaltri.

Non meno pero l'iniziativa particolare ha dato un potente impulso a questi legami e, riferendomi soltanto alla generazione presente, debbo constatare che il primo nodo fu stretta intorno al mio nome, essendo io stato accolto nel 1928, come „Socio perpetuo" dell' Istituto Storico Italiano dell'Arte Sanitaria, oggi Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria, di Roma.

Da allora, il dottor **Daniel Constantino** e divenuto membro dell' Accademia di Medicina di Roma, e il dottor **Paulian** e stato eletto membro delle Accademia di Roma, Torino, e Ferrara; — mentre gli italiani Professor **Davide Giordano** (di Venezia), Professor **Pietro Capparoni** (di Roma), Professor **Arturo Castiglioni** (Trieste), Francesco **Piccinini** (di Milano) i Professori **Giuseppe Favaro** e **Ricardo Simonini** (di Modena), *sono stati eletto come „membri onorari" della nostra Società*, — e, al loro gruppo, sono lieto di aggiungere d'ora in poi, il nome del Professor **Gaetano Boschi**.

Nel 1930, in occasione dell'VIII *Congresso Internazionale* di Storia della Medicina, i Romeni hanno fatto relazioni a Roma, e nel 1932, in occasione del IX Congresso, sei italiani hanno tenuto conferenze a Bucarest. Nel 1933 il Professor **Capparoni** e tornato come invitato della nostra Società ed ha tenuto due conferenze-una, il 7 settembre, alla Fondazione Universitaria Carlo I (ha parlato di „Leonardo da Vinci, anatomo e fisiologo"), e un'altra, l'8 settembre, proprio in questo amfiteatro, intorno al soggetto „Bagni e Terme dell'antica Grecia, e le antiche stazioni termali romane". Nel 1935 il nostro collega Professor **Pietro Niculescu** ha tenuto una conferenza a Genova; — una serie di colleghi hanno presentato lavori al I Congresso di Elettrobiologia, ed altri nel 1936, al IV Congresso della Stampa Medica Latina, di Venezia, ecc. I ultimi medici Italiani sono venuto nel 1937 e hanno fatto conferenze all nono Congresso di medicina e farmacia militare, ed al Congresso di Antropologia, che sono stato in Bucarest.

Da allora, gli scambi delle pubblicazioni fra Romeni e Italiani, con recensioni nelle rispettive riviste si sono intensificati.

Ed ora, grazie all'iniziativa del nostro Vice-presidente, dottor Paulian, abbiamo il piacere e l'onore di salutare la prezenza, qui fra di noi, dell Professor **Gaetano Boschi**, — che, con la sua venuta a Bucarest e con le conferenze che ha tenute all'Istituto di Scienze di Romania, e all'Ospedale Centrale di Malattie nervose, ha portato il piu recente contributo ai rapporti culturali medicali fra Italia e Romania.

† Generalul D-r ALEXANDRU PAPIU

In seara zilei de 26 Februarie a. c. s'a stins din viaţă medicul General Dr. Al. Papiu.

Vestea morţii lui, atât de neaşteptată, a îndurerat profund pe toţi câţi l-au cunoscut şi l-au iubit pentru sufletul lui ales.

A trecut în lumea dreptilor în plină activitate intelectuală, fără suferinţă, fără sgomot tăcut şi modest aşa cum i-a fost şi viaţa.

Prin moartea sa serviciul sanitar militar pierde un prea devotat, priceput şi distins slujitor al lui, căci timp de 40 ani, el a muncit fără preget pentru binele şi consolidarea lui şi căruia i-a pus la dispoziţie nu numai o muncă spornică dar şi un suflet ales şi doritor de adevăr.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

După Generalul Vicol, Antoniu, Bufoianu, Fălcan, etc. s'a dus dintre noi încă unul din marii medici pe care armata şi ţara i-a avut în epopeia războiului nostru de întregire.

Generalul Papiu a fost un strălucit medic militar, el şi-a închinat întreaga lui viaţă armatei pe care a iubit-o cu dragoste şi abnegaţie şi a servit-o cu solidele sale cunoştinţe medicale. Putem spune că activitatea Generalului Papiu a fost strâns legată cu evoluţia, cu organizarea şi funcţionarea serviciului sanitar militar.

Generalul Papiu făcea parte dintre puţinii oameni cari muncesc nu din obligaţie ci din simplă plăcere.

Munca intelectuală la Doctorul Papiu era izvorâtă dintr'o necesitate organică şi deaceia a fost poate singurul ofiţer care pe timpul activităţei sale de 40 ani, n'a uzat de concedii. El n'a găsit distracţie sau linişte decât în muncă.

Acest om n'a cerut niciodată vre-o favoare, n'a făcut nimănui vre-o plângere sau reproş şi nu s'a eschivat niciodată dela vre-o îndatorire sau însărcinare, indiferent de valoarea sau greutatea ei. In limbajul său n'au existat niciodată cuvintele „nu pot".

Crezul vieţei sale a fost împlinirea datoriei până la sacrificiu.

Vieaţa şi moartea acestui om a fost ca acelor filozofi clasici, din operile cărora sufletul lui se adăpa adesea.

Cine a fost mai aproape de el, i-a admirat vasta cultură, căracterul leal şi neclintita dorinţă şi satisfacţie de a face bine, fără nici un gând de răsplată.

A fost un om desăvârşit care n'a făcut rău nimănui iar răutatea oamenilor nu-i turbura liniştea sufletească şi privirea ochilor lui blânzi nu se întuneca niciodată.

A fost un caracter, de o cinste şi probitate demnă de exemplu pentru generaţiile viitoare.

Generalul Papiu s'a născut în anul 1873 în frumosul oraş Râmnicul Vâlcea, depe malurile bătrânului Olt. Fiul Protopopului Haralambie Papiu, a primit în sânul familiei sale oneste şi plină de credinţă şi cu dor de ţară, o educaţie serioasă şi solidă, care apoi i-a servit de impuls toată viaţa.

Modestia, bunăcuvinţa, lealitatea şi bunătatea, calităţile sale de predilecţie nu sunt decât roadele primei sale educaţiuni.

După terminarea claselor primare în oraşul natal, reuşeşte bursier la Liceul „Carol I" din Craiova unde se distinge alături de colegul său savantul *Profesor de mai târziu Gh. Ţiţeica mort cu 20 zile înaintea sa.* După obţinerea bacalaoreatului, atras de dragostea pentru ştiinţă se înscrie la Facultatea de Medicină din Bucureşti, apoi prin concurs este admis ca intern al Institutului Medico Militar.

Datorită muncei sale susţinute şi inteligente dar şi mediului distins în care a avut norocul să se afle, Generalul Papiu se distinge ca un student strălucit şi este remarcat de Generalul Profesor Dr. Demosthene.

Desigur că mediul de atunci, de spornică emulaţie a contribuit la desvoltarea lui intelectuală. El a avut de colegi pe *Profesorii Levaditi şi Nicolau* şi carl desigur i-au servit ca elemente de întrecere, de emulaţie.

Dar medicul General Papiu a avut o sensibilitate artistică şi literară deosebită, datorită desigur în mare parte aptitudinei şi talentului său înnăscut ca şi influenţei aceluiaşi mediu de emulaţie. Pe vremea aceea studenţii nu cunoşteau alte divertismente şi ocupaţiuni extra-şcolare, decât discuţiunile literare şi audiţiile sau studiile muzicale, obiceiuri care se întâlnesc şi astăzi în centrele universitare din Franţa sau Germania.

Cine a vizitat locuinţa medicului General Papiu a văzut cu surprindere şi admiraţie vasta sa bibliotecă medicală şi literară şi o serie de obiecte de artă care dau satisfacţie şi plăcere ochiului şi simţirei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

După obţinerea titlului de Doctor în 1898, Papiu este înaintat medic de batalion cl. II-a şi trimis ori unde era mai multă nevoe de un medic conştiincios şi priceput.

Astfel îl găsim în diferite garnizoane ca: Piteşti, Roman, etc. unde devine cunoscut imediat de toată lumea, pentru cunoştinţele sale profesionale şi dragostea ce punea în îngrijirea suferinzilor.

Urcă apoi întreaga erarhie Medico-militară trecând prin toate serviciile la corpuri de trupă, şcoli de ofiţeri, comandamente (medic şef de divizie şi corp de armată).

Practica spitalicească o desăvârşeşte în spitalul militar „Regina Elisabeta" unde funcţionează ca medic secundar şi ca şef de serviciu timp de 8 ani.

Doctorul Papiu a luat parte la campania din Bulgaria şi în ultimele 2 campanii din 1916-1918 şi 1919-1920.

În special activitatea sa medico-militară se evidenţiază în prima perioadă a campaniei 1916-1918, când organizează centrele spitaliceşti din Feteşti, Galaţi şi Galbeni.

În timpul retragerei din Dobrogea, aviaţia inamică deslănţuieşte un puternic bombardament asupra gării Feteşti unde se afla un tren sanitar şi produce sute de morţi şi răniţi între care şi foarte mulţi sanitari. Papiu, Colonel pe atunci, scapă ca prin minune şi rămâne la postul său până ce ultimul rănit este evacuat şi ultima baracă a spitalului său este demontată şi transportată în Moldova.

De câte ori cu ochii umezi de lacrimi, vorbea Generalul Papiu de dragii lui sanitari morţi la Feteşti şi îmi spunea că ar vrea să fie înmormântat acolo în cimitirul satului unde ei îşi dorm somnul de eroi.

În 1919 este numit medic şef al armatelor de ocupaţie din Transilvania cu care apoi ajunge la Budapesta. În această ultimă perioadă desfăşoară o

activitate imensă, organizând şi conducând toate formaţiunile sanitare din Transilvania şi Ungaria de Est.

Ultimii 8 ani de serviciu îi consacră cu adâncă încordare centrului de instrucţie sanitară, contribuind în gradul cel mai înalt la unificarea instrucţiei medico-militară.

Nicăeri ca în această împrejurare nu s'a aplicat vorba românească că „omul sfinţeşte locul". In adevăr, ca Director al centrului de instrucţie sanitară, Generalul Papiu singur, fără fonduri, fără personal, într'o cameră, şi deşi lovit în drepturile sale, începe cu asiduitate organizarea acestei instituţii (dându-i viaţă din viaţa sa), a cărui creator şi animator a fost.

Ajutat mai apoi, de un alt strălucit medic militar Colonelul Fălcan, a organizat şcolile sanitare pentru medici activi şi de rezervă şi unde serii întregi de tineri şi-au complectat instrucţia medico-militară. Prin aceste şcoli s'a făcut o strânsă legătură între medicii militari activi şi cei de rezervă, legătură atât de necesară şi folositoare pe câmpul de luptă.

Cursurile lui de Higienă militară erau un model de documentare şi ele vor rămâne neuitate de cei care i-au fost elevi.

Generalul Papiu are meritul de a se fi ocupat întens de instrucţia personalului inferior sanitar, atât de necesar la războl, organizând şi înzestrând cu material didactic companiile sanitare din ţară şi şcolile lor.

In vederea asigurărei învăţământului medico-militar, medicul General Papiu ajutat de câţiva colaboratori destoinici, scoate la iveală o serie de manuale bine întocmite, bine scrise şi puse la punct pe care le tipăreşte cu multă greutate şi chiar cu sacrificii personale.

Iubea cu atâta căldură pe soldaţi şi subofiţerii sanitari, aceşti modeşti auxiliari ai medicilor pe care îi văzuse murind la datorie pe câmpul de luptă sau în spitalele de exantematici din Moldova, încât a ridicat în curtea spitalului militar o frumoasă troiţă, în amintirea acestor eroi anonimi şi donând totodată un fond, din venitul căruia să se facă în fiecare an parastas pentru pomenirea lor în ziua Eroilor.

Pe tărâmul ştiinţific Generalul Papiu a avut o bogată activitate. A tipărit singur sau în colaborare: Epidemiologia militară, Higiena militară, Noţiuni de desinfecţie, deparazitare şi deratizare, Higiena de răsboi, Manualul brancardierului, etc. A publicat numeroase articole în domeniul higienei militare şi sociale şi chestiuni medico-militare în care avea o deosebită competinţă.

Vasta sa cultură medicală şi generală o împărtăşea tuturor celor cari îl solicitau dar cu o modestie cum rar se întâlneşte.

După trecerea la pensie, Generalul Papiu a continuat să activeze în folosul societăţei şi semenilor săi, publicând în ziarul „Universul" şi alte reviste de popularizare, sfaturi medicale de higienă, profilaxie şi terapeutică medicală, ţinându-se la curent cu tot ce ştiinţa medicală aducea nou în aceste domenii.

Profund înţelegător al suferinţelor omeneşti nu pregeta să dea ajutorul său medical suferinzilor săraci. Astfel până în ultima zi a vieţei sale, pe orice timp, ploae sau frig, se ducea zilnic cu tramvaiul la dispensarul Sfânta Maria din Bulevardul Ghica Nr. 22 unde dedea consultaţii gratuite bolnavilor săraci, ce vin acolo.

Aşa a înţeles Generalul Papiu misiunea medicului — un apostolat — aşa a fost sufletul lui.

El va rămâne în istoria serviciului sanitar român ca un exemplar de elită, un strălucit model pentru generaţiile viitoare.

Noi cei care l-am cunoscut de aproape şi l-am iubit pentru sufletul lui mare, îi vom păstra o duioasă şi neştearsă amintire.

Depunând o lacrimă pe mormântul lui spunem: „Odihnească în pace căci şi-a făcut pe deplin datoria".

Medic Maior D-r C-tin Manea.

Comemorarea D-rului I. GLICSMAN-YGREC*)

de

D-r AL. MANOLESCU

Codrul urmând legea firii, îşi leapadă podoaba şi intră în o-morţire ca, după câteva luni, să renască. Livada medicilor, odată cu scuturarea frunzelor, a fost văduvită de un exemplar frumos, un pom care a dat roade alese.

De pe urma lemnului de soi, — pe lângă cenuşe — rămâne şi cărbune; cărbunele cel negru nu înseamnă moarte. Din potrivă. Cărbunele înseamnă energie, înseamnă căldură şi lumină. La fel, de pe urma trupului d-rului Glicsman pe lângă pumnul de scrum au rămas slove pe câmpul alb scrise cu cărbunele cel negru. Au rămas opere de gândire, care cinstesc pe autor şi familia medicală.

Doctorul Glicsman s'a născut la Iaşi, la 21 Decembrie, 1871, copil din marea mulţime a celor nevoiaşi. Şi-a purtat sărăcia cu demnitate. Sărăcia a fost blazonul său, urmând maxima lui Gladstone: „Munca e titlul de nobleţe al omului sărac".

Şi a muncit cu osârdie, cu tragere de inimă; a murit cu condeiul în mână la dicţionarul filozofic, operă de mare valoare.

Ca aproape unanimitatea generaţiei sale şi cele precedente Glicsman din clase primare s'a devotat cauzei mulţimei şi a fost în mişcarea ce propovăduia „pe pământ pace şi între oameni bună învoire". Acest crez l-a condus până ce a închis ochii în urma boalei de care majoritatea medicilor se pierd — boala de cord. Şi când te gândeşti, că lumea învinue pe medic că are inimă de cremene; că nu plânge în văzul tuturor atunci când o mamă îl îmbrăţişează să-i salveze copilul. Intreg sbuciumul său, atâtea decenii, toată inima D-rul Ygrec a închinat-o bolnavilor şi acelor cari, în schimbul muncii braţelor, nu pot să-şi atâmpere îndestulător foamea lor şi a copiilor lor. S'a devotat cauzei săteniilor, în mijlocul cărora a trăit 20 de ani, ca medic de plasă. Cu generaţiile lui de absolvenţi ai Facultăţii de medicină din Iaşi, de pe acea vreme s'a dus la ţară ca să întreţie un opaiţ.

A ocupat următoarele funcţiuni:

---

*) Societatea Regală de Istorie a Medicinei, 1939.

1. Comunicare la Societatea Regală Română de Istoria Medicinei, București, rurală în diferite județe. A fi medic de plasă pe atunci, — nici acum nu e mai bine — înseamnă să nu fi fost sigur că piatra pe care ți-ai rezemat capul azi o s'o mai ai și mâine.

2) Dela 15 Iunie 1920—1 Octombrie 1923, a fost medicul orașului Alexandria, adus de către D-rul Bordea, care l-a apreciat pe când era director al Serviciului Sanitar.

3) Dela 1 Octombrie 1923—15 Iulie 1930, când a fost pensionat, îl găsim Director cl. I al Statisticei și propagandei și însărcinat cu redactarea buletinului din Ad-ția Centrală a Dir. Generale a Serv. Sanitar.

4) La 15 August 1927, a fost numit secretar al consiliului central de apărare contra tuberculozei.

Insărcinări speciale:

a) La 4 Februarie 1913 e *insărcinat cu conducerea* echipei de dezinfecțiuni a județului Dâmbovița.

b) La 23 Octombrie 1924, e însărcinat să înlocuească pe D-r A. Kaminski, subdirectorul general al Serv. Sanitar pe tot timpul absenței lui în streinătate.

c) La 27 Iunie 1927 e numit membru în comitetul de redacție al Analelor Ministerului Sănătății (buletinul oficial).

Felul cum a muncit?

Iată câteva note calificate: pe 1932: muncitor, activ, devotat în serviciu, bun medic sanitar. Și iarăși: medic bun, muncește cu rost în serviciu, are cultură generală, cunoaște bine serviciul său.

Notele sunt date de D-r Bordea, Director General și de D-r Vișoianu Insp. Sanitar.

Decorații:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In anul 1913: Meritul sanitar cl. I.
In anul 1929: Comandor Coroana României și Crucea de război

Lucrări publicate:

Teza, Iunie 1898, tratează despre: 1) Sarcomatoza viscerală abdominală la copii.

2) Mortalitatea rurală în România, — cauzele — remediile.

3) Filozofia lui Spinoza în lumina cugetării moderne.

4) *Sfaturi mamelor pentru hrănirea rațională a copiilor și pentru vindecarea de boale*: diareea (urdinarea și vărsături, editată de Soc. „Principele Mircea' pentru protecția copiilor.

5) Morbiditatea și mortalitatea în România. Studii de statistică demografico-sanitară.

6) Problema sifilisului în fața bugetului țării.

7) Dicționarul nostru", e o carte de 714 pagini, sau mai bine zis 1428 de coloane, un volum mare care la a 2-a ediție a avut parte de 34 de colaboratori prețioși. Dicționarul acesta a ajuns astăzi la a 4-a ediție.

8) Revista „Medicul Nostru".

9) Bolile epidemice care bântue țara românească.

10) Medicul mamei și al copilului cu prefața D-lui Prof. D-r Manicatide.

11) Albumul Sănătății publice editat de Ministerul Sănătății.

12) Noua educație sexuală.

13) Problema locuințelor rurale.

14) O nouă concepție asupra vieții, sănătății, bolii și morții.

Să dăm și unele păreri ale presei la moartea acestui foarte harnic publicist.

Presa, instrumentul de care s'a slujit pentru popularizarea acțiunii sale, n'a precupețit a omagia activitatea defunctului.

„Dreptatea", între altele spune: „S'a stins pe neașteptate un om sănătos la trup, dar mai ales sănătos la minte; un intelectual de fină și superioară calitate, cu întinse cunoștințe mai în toate domeniile; un suflet de boem, multiplicat cu o bunătate cum rar se poate întâlni un altul; a murit doctorul Ygrec. Pe deasupra medicului internist, renumit ca un diagnostician dintre cei mai apreciați și pe deasupra ziaristului de mare talent și totdeauna admirabil documentat, se pierde în doctorul Ygrec o inimă veșnic caldă pentru suferințele mulțimei anonime în ajutorul căruia a sărit totdeauna, din cea mai fragedă tinerețe și până aproape de clipa, când moartea l-a surprins fără veste.

„Semnalul" scrie: A încetat din viață pe neașteptate unul din cei mai cunoscuți și apreciați ziariști, doctorul Ygrec. Sub pseudonimul acesta modest, devenit foarte popular se ascundea un om de vastă cultură, de bogat talent și de rară omenie.

Familiarizat de tânăr cu atmosfera eșană de la începutul veacului în care problema țărănească era una din marile preocupări ale intelectualilor din Capitala Moldovei, doctorul Ygrec a înțeles să coboare în lumea satelor, să-i cunoască nevoile, să ajute la îndreptarea lor, să aline suferințele fizice ale țărănimei. Cea mai mare parte a vieții sale, doctorul Ygrec și-a trăit-o în mediul rural. A desfășurat acolo energie, elan, dragoste de aproape — și multă, multă omenie.

Această activitate închinată binelui obștesc a luat capăt în ziua de 2 Noembrie.

In dimineața zilei de Mercuri simțindu-se mai rău a cerut familiei, ca să-l cheme pe prietenul Gomoiu. „Gomoiu e om bun, are să mă îngrijească bine", dar..... nu mai era timp.

Glicsman a închis ochii, cu mare amărăciune în suflet.

Ca unul, care am cunoscut sbuciumul sufletului său, ca unul care i-am prețuit munca de vreme ce am lucrat în acelaș ogor, în deplină cunoștiință de cauză, îi spun:

„Tu ai muncit cu cugetu'mpăcat
Atâta vreme pentru lumină ai luptat".

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Și acum, inima lui Glicsman a intrat în repaos veșnic, cum spunea Leopardi unei inimi:

„Odihnește-te pentru totdeauna, destul ai bătut".

* * *

Cu privire la D-RUL YGREC

de

BARBU LAZAREANU

Mișcătorului elogiu funebru făcut de D-r Manolescu, — comunicare în ce este esențial în opera medicală a D-rului Ygrec — dacă ar fi să-i adaog o înșirare de lucrări ale defunctului dela studiul despre „Grafomanie" publicat în Evinimentul literar din Iași acum 43 ani, până la ultimul articol din revista „Medicul nostru", aș știrbi din gravitatea și duioșia momentului. Pomelnicul acestor articole și însemnări va fi făcut alt-undeva. Dar D-rul Manolescu a amintit în treacăt despre un dicționar filozofic. Pe acela l-am văzut înfiripându-se și crescând sub ochii mei, zi cu zi. E alcătuit din trei foarte impozante caete. Și despre această operă vreau să spun aci câteva cuvinte:

Doctorul Ygrec a văzut necesitatea unui dicționar filozofic în limba românească.

In adevăr! O asemenea lucrare ne-a lipsit și ne lipsește încă.

In unele țări — în Franța cu deosebire — acest dicționar este realizat de multă vreme. Cel al lui Adolphe Franck a început în 1843; ultima-i fascicolă s'a publicat la 1852; iar ediția II și mult sporită a venit în 1876.

Dar Dicționarul acesta nu era numai al lui Franck, ci mai mult sub direcția lui Franck și cu un numeros comitet redacțional și o sumedenie de colaboratori.

Doctorul Ygrec n'a vrut să facă însă o operă de strictă specialitate filozofică, adică o tâlmăcire a termenilor filozofici.

El a conceput al său Dicționar pe alte baze și i-a dat supratitlul de Dicționar enciclopedic.

In această lucrare se cuprinde nu numai interpretarea denumirilor filozofice, dar și o succintă expunere a tuturor sistemelor, câte o biografie a marilor filozofi și a creatorilor de cosmogonii, o lămurire a tuturor religiunilor, a chipurilor de gândire sociologică, cernute acestea prin sita cunoștințelor lui multiple și variate.

Ca preocupări medicale, se găseau în acest dicționar tot ce este relativ la psihiatrie și psihanaliză și alte compartimente de știință în care medicina vine cu luminile și cunoștințele ei.

Să nu uităm că lucrarea lui: „Viața și filozofia lui Henri Bergson", apărută cu o prefață elogioasă a D-lui Prof. P. P. Negulescu, are pagini întregi, cu detalii anatomice și clinice mai mult.

Doctorul Ygrec n'a făcut în dicționarul său operă de știință seacă, pură compilație, cum se obișnuiește în asemenea cazuri; ci a adus un aport personal și a conceput și a realizat în peste 800 de pagini dicționarul său.

A fost — cum se știe — redactorul științific al „Dimineții" și „Adevărului". Asta datorită cunoștințelor lui de specialitate medicală, cât și preocupărilor dintr'alte încăperi ale științei. Era firesc să ajungă la o întreprindere de varietatea acestui dicționar filozofic, mai ales că în urma lui avea și experiența acelui lexicon medical, de care ne-a pomenit D-rul Alex. Manolescu. Invățătura-i doftoricească a folosit-o în această lucrare, după cum a întrebuințat tot ce este tangențial în medicină cu filozofia, adică acele probleme care încep să se pue teoretic și la cari știința n'a dat încă răspunsuri precise.

Dicționarul de Filozofie al doctorului Ygrec — care încorporează și expunerea sistemelor de reformă socială și politică, și care, îndepărtându-se de simplul inventar redă „un corp de doctrină, unde sufletul omenesc poate să-și recunoască toate mișcările, toate trebuințele", trebuește tipărit. Inițiativa o vor lua, de sigur, oamenii de cultură filozofică și cari își dau seama de câte lipsuri va împlini această lucrare.

CJ Biblioteca Universitară "Lucian Blaga" Cluj-Napoca

Lecţia inaugurală a D-lui Prof. D-r N. Ionescu-Siseşti,

ţinută în Amfiteatrul Facultăţei de Medicină din Bucureşti, în ziua de 11 Noembrie 1938

In ziua de 11 Noembrie 1938, D-l Doctor N. Ionescu-Şişeşti, chemat la Catedra de neurologie a facultăţii de medicină din Bucureşti, ca urmaş al marelui prof. Gh. Marinescu, decedat în cursul anului trecut, şi-a inaugurat luarea în posesiune a catedrei printr'o lecţie magistrală, pe care lipsa de spaţiu ne împedecă a reproduce în întregime [1]).

Vom reda numai partea finală care se adresează anume studenţilor, caracterizată prin: — demonstrarea folosului ce procură studiul neurologiei; — prin modul cum D-sa înţelege a preda cursul neurologiei; — prin atacarea uneia din problemele fundamentale ale învăţământului românesc în general nu numai universitar şi anume aceia a „armonizărei lui cu varietatea tipurilor de oameni pe care voeşte să-i producă şcoala"; — şi, pentru a-şi atinge scopul, noul profesor va avea în vedere nu numai formaţia profesională a studenţilor săi, ci — luând ca exemplu propria sa experienţă în determinarea orientării sale intelectuale şi profesionale — se va strădui să orienteze viaţa psihică a lor; să stabilească un contact sufletesc între el şi ei, profesorii şi studenţii ne mai vorbind de mult acelaş limbagiu; să devină firescul lor conducător spiritual.

Această parte finală a lecţiei inaugurale o semnalăm nu numai pentru indicarea datoriei ce incumbă profesorilor — şi „ab uno discent omnes" —; dar pentru-că, trecând pe deasupra grădiniţei ce fie-care trebue să cultive în sufletul său, cuprinde o chemare la cultivarea unui mare ideal comun, pe care „naţiunea românească nu şi l-a format încă şi este menirea universităţii să-l făurească şi să-l cultive".

M. C.

IUBIŢI STUDENŢI,

Neurologia e o ştiinţă uşor de învăţat pentru cine se mulţumeşte cu rezultatele ferm câştigate în prezent. Incărcată încă cu nume proprii şi cu pedante formule, ea pare că cere o investire mistică. Realitatea e că în cercul luminos, smuls uriaşului mister care ne înconjoară de munca atâtor mari cercetători, nimic nu e mai clar.

[1]) Textul integral se găseşte în „România Medicală" No. 1 | 1939.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Mai mult decât oricare ramură a medicinei, însă ea e o știință pură. Acei dintre D-voastră, cari n'au înclinare pentru speculația intelectuală, să nu vie la Neurologie. Acei cari văd în medicină o profesiune de câștig material, n'au ce căuta în această specialitate.

Dar acei, pe cari îi încălzește sfânta ambiție de a înțelege ceva din mecanismul care comandă viața noastră nervoasă, cu căile ei de conducere, cu centrii ei de elaborare, cu repercutarea ei asupra organelor din corp și exteriorizarea ei în ținuta, în faptele și până în morfologia umană, aceia — puținii — vor veni la Neurologie fără îndemnul nimănui.

Îi va atrage spre ea curiozitatea de a pătrunde în cele mai subtile fenomene care se petrec în ființa noastră; dorința de a merge pe căi biologice la pricepere a elaborării vieții psihice a omului.

Nici un psiholog, nici un filozof, nici un conducător de popoare nu se mai poate dispensa azi de cunoașterea măcar elementară a legilor după care funcționează sistemul nervos. Cel mai mare pedagog al Franței de acum, Dumas, profesor la Sorbona, e un medic care păstrează continuu contactul cu Neurologia. Celebrul Wundt, fondatorul Psihologiei experimentale, era medic. Iar filozoful Bergson, în studiile lui asupra mecanismului gândirii și limbajului, citează mai multe lucrări de Neurologie de cât au citit mulți dintre specialiștii în această direcție. Fără a mai pomeni pe compatriotul nostru Vaschide, care la capătul unei mari culturi psihologice de renume european, băgând de seamă că-i lipsește substratul neurologic pentru a duce mai departe cercetările lui, începuse la mijlocul vieții să facă medicina.

La maximum de posesiune, în capetele cele mai înzestrate, toate științele — începând cu Matematicile — sânt susceptibile de a se proecta într'o concepție filozofică. Nici o știință totuș — afară de Fizică poate — nu satisface ca Neurologia deopotrivă ambele tendințe ale spiritului: și aceia de a se răzima pe rezultate precise, și aceia de a oferi date susceptibile de a se încadra într'o concepție de ansamblu a vieții și a lucrurilor.

Pentru a ajunge aici însă, iubiți studenți, treubește început cu cunoașterea elementară. Învățământul pe care-l voiu organiza va fi mai explicativ și mai puțin teoretic de cât cel din trecut. Din cele trei ore zilnice petrecute în Clinica Neurologică, numai una va fi ocupată cu o lecție magistrală. Celelalte două vor fi ocupate practic, în saloane, la capul bolnavului. Subt supravegherea mea și a colaboratorilor mei, veți fi învățați să examinați singuri bolnavii.

Învățământul practic va fi în chipul acesta intuitiv, pornind dela principiul socratic al întrebării și răspunsului în fața fiecărui fenomen nou. El are asupra conferinței teoretice superioritatea de a se adapta clipă de clipă la nivelul de cunoștinți pe care-l are fiecare student; permițând acele digresiuni care consolidează la fiecare moment terenul pe care se merge; favorizând în sfârșit libera discuție între învățător și elev, în care îndoelile se mărturisesc și nelămuririle se luminează.

Iar la capătul fiecărei zile de lucru lecția va veni ca o prezentare sistematică a unei maladii sau a unei chestiuni unice cu înfățișarea evoluției ei în timp, cu problemele pe care le ridică, cu linia terapeutică pe care o cere, cu încadrarea ei cu alte cuvinte în știință universală.

Studenții fără veleități înalte se vor răzima mai ales pe achizițiile lor practice aplicabile în clientelă; studenții cu aspirații științifice își deschid orizonturi de preocupare mai ales în lecțiile cu caracter documentar și speculativ.

Căci învățământul medical trebue să aibă constant în vedere formarea a două tipuri de medici: medicul practician (adică medicul de serie) și medicul cercetător (adică medicul de excepție). Cel dintâi aplică rezultatele Medicinei; cel de al doilea creiază fără de încetare aceste rezultate. Cel dintâi asigură sănătatea unui popor, cel de al doilea făurește mândria și contribue la reputația în omenire a acelulaș popor.

Activitatea didactică a fiecărui profesor trebue să se armonizeze prin urmare cu varietatea tipurilor de oameni pe care voește să-i producă școala.

Aceasta mi se pare una din problemele fundamentale ale învățământului românesc în general.

Și totuș nu văd nicăeri, nici în legi, nici în regulamente preocuparea de a defini tipul de om în spre care tinde munca concentrică a fiecărei școli. De sigur,

Facultăţile de Medicină produc medici, Academiile agricole produc agroonomi, Seminariile preoţi şi Şcolile normale învăţători. Dar cum trebue să fie aceşti oameni? Care-i prototipul lor? La ce nivel intelectual trebue să se găsească ei şi căror necesităţi trebue să le răspundă?

Căci aceste necesităţi variază dela o epoca la alta, dela un popor la altul, dela o concepţie la viaţă la alta. Şi înlăuntrul unui neam, care şi-a găsit drumul în omenire, şi-şi încordează puterile înspre un ideal de care conducătorii sunt conştienţi fiecare clipă, toate instituţiile trebue să-şi coordoneze activitatea conform cu acest ideal.

Or, ce se petrece în Facultăţile noastre, de orice fel? Profesorul face un curs după cum vrea el, mai savant sau mai banal, mai învechit sau mai de actualitate, asupra unor probleme transcedente, sau privind numai capitole practice. Fiecare din cei 20—30 de profesori ai unei Facultăţi face la fel. Dar aceste cursuri nimic nu le leagă. Nimeni nu stabileşte nivelul lor. Nimeni nu conturează ţinta lor. Ele nu tind să formeze un tot armonios în sufletele care le primesc. Închipuiţi-vă miile de cubuşoare de piatră colorată din care se face un mozaic. Rânduite în chip armonios şi lipite cu ciment de un mare artist, ele pot prezinta un splendid portret al Minervei, dar prezentate deslipite, ele nu sânt decât un sac de pietricele.

Tot astfel cursurile neadaptate.

Marea problemă a învăţământului în România nu e numai de a îmbunătăţi materialul chimic din care se fac aceste petricele, ci mai ales de a găsi la toate nivelurile sociale posibilitatea de a rândui cuburile de piatră în mozaicuri de preţ.

O să-mi obiectaţi că propovăduesc un fel de standardizare a spiritelor.

Departe de mine acest gând, căruia-i sânt opus. De altminteri standardizarea oamenilor nu este biologiceşte cu putinţă, mai ales a raselor sudice, mediteraneene, cu un potenţial de personalitate atât de desvoltat.

Dar după cum o fabrică ştie ce fel de instrumente produce, după cum un grădinar ştie ce fructe vrea să obţină, tot aşa instituţiile formatoare de oameni trebue să ştie înspre ce tipuri trebue să tindă. Franţa bântuită de denatalitate insistă în educaţia ei medicală asupra obstetricei. Germania încălzită de problema rasială impune un supliment de cultură eugenică. Statele-Unite stăruesc asupra higienei sociale. România decimată de boli contagioase, de pelagră, de paludism şi de sifilis, cere alte coarde la arcul tânărului medic.

Toate şcolile noastre de orice fel sufăr de vijiul inadaptării. Titraţii lor, anachronic pregătiţi, se găsesc în faţa vieţei dezarmaţi, streini de realităţile actuale ale luptei, miraţi aproape totdeauna de exigenţele cele mai elementare al alcătuirii sociale. De aci lipsa de folos practic a muncii lor, când îşi găsesc întrebuinţare. De aci acrimonia şi surda ostilitate care alimentează criza sufletească în lumea intelectuală.

Nu sânt numai ei de vină ci şi şcoala care le-a dat drumul numai cu un pospai de cunoştinţi teoretice, greu de valorificat înlăuntrul unei conduite etice.

De ani de zile toate guvernele din România se plâng că medicii nu se duc la ţară.

De ce nu se duc? se întreabă lumea cu mirare.

„Pentrucă nu câştigă deajuns" se răspunde de pretutindeni, cu toate că răspunsul acesta se dezminte prin starea extrem de precară în care se zbat mulţi medici stabiliţi în oraşe.

Eu nu împărtăşesc întru totul această explicaţie.

Cauza mi se pare mai subtilă: în forul lui interior, şi adesea în subconştientul lui, medicul care refuză viaţa de ţară se recunoaşte neînarmat pentru a practica medicina în atare mediu.

Căci ori cât de paradoxal vi s'ar părea, medicina la ţară cere cunoştinţi infinit mai solide şi mai precise decât practicarea ei la oraşe. La oraş medicul se poate verifica printr'un examen ideologic, printr'o cercetare de laborator, şi poate ori când să se acopere printr'un consult cu un specialist. Dar la ţară el este redus la singurul lui bagaj intelectual. Un bun examen clinic trebue să-l poată dispensa de controlul radiologic. Laboratorul trebue să şi-l facă singur. El este internist şi pediatru. El practică micile intervenţii chirurgicale şi asistă la naşteri. La ţară medicul nu are dreptul să fie specialist. El este în acelaş timp şi putere

judecătorească şi putere executivă. Cap care cugetă precis în hotărîri, el trebue să fie în acelaş timp şi mâna care lucrează.

Iată dece se duc anevoe medicii la ţară. Aceasta cere nu numai o cultură pragmatică, dar şi o educaţie particulară, o formaţie psihică specială adaptată acestui scop.

Veţi zice: foarte bine, să facem un **program potrivit acestor necesităţi.**

Un program nu ajunge.

Pentrucă cel mai frumos program în orice ramură nu preţueşte nimic în sine. El e un lucru sec şi formal, un cadru, care, când este vorba de conducerea umană, trebueşte umplut cu un conţinut psihic.

Un program are numai valoarea oamenilor care-l realizează.

Iar oamenii nu se modifică decât la căldura sufletului altor oameni.

Şi aici începe cealaltă datorie pe care mi-o impun.

Mă voi sili să fiu pentru studenţii, cari vor trece prin mâinile mele, un înţelegător înlăuntrul şi dincolo de hotarele medicinei. Mă voi sili să fiu un sfătuitor pentru toate întrebările care pot frământa spiritul lor.

Făcând acest legământ, mă gândesc la adolescenţa şi studenţiea mea, în timpul cărora nici un profesor nu s'a ocupat de sufletul meu în afară de programul de studii. Căci programul de studii nu prevede marile şi multiplele probleme care se pun uneori cu impetuozitate în sufletele sensibile şi căutătoare ale tinerilor între 17 şi 25 de ani.

Domnilor, trecutul se integrează în prezent după cum omenirea se compune din morţi şi din vii. Îmi revăd ca eri această adolescenţă, senină pe din afară, dar frământată în adângimi de probleme care, fără să-mi pară puerile nici azi, erau atunci grave şi chinuitoare. Ce este viaţa? Care este rolul nostru în ea? Care-i semnificaţia armoniei universale? Ce este binele şi răul? Suntem noi liberi sau trăim sub înlănţuirea determinismului? Trebue să fii în societate un element pasiv, pur pentru tine însuţi, sau din potrivă să fii un luptător mlădios ori dârz?

Voiam pe vremea aceia să fac Filozofia. Ea mi se părea singură în stare să dea un răspuns la întrebările care-şi căutau o rezolvare în mintea mea. Râvneam să plec la Leipzig, să fiu elevul lui **Wundt.**

In lunga pregătire, sfâşiată de fel de fel de greutăţi, care avea să precedeze această realizare, am plecat într'o vacanţă la ţară cu cursul de Filozofie pozitivă a lui **Auguste Comte.** Citirea acestei lucrări a determinat în sufletul meu o adevărată dramă. Ea îmi arăta că filozofia, în ultima ei desvoltare, este ea însăş dependentă de ştiinţa pozitivă. Datele ei cele mai importante le ia dela aceasta. Pionierul, descoperitorul, este ştiinţa pozitivă. Filozofia nu-i decât un intermediar care rânduеşte într'un sistem rezultatele făurite de alte discipline.

Sursa de adevăr, acel „verschleierte Bild von Saïs" de care vorbeşte Schiller se muta deci aiurea. Şi eu nu înţelegeam să beau decât dela izvor. In aceste hărţueli sufleteşti m'am hotărît să fac medicina.

Mai presus de toate celelalte preocupări era în această strădanie o aviditate de absolut, care spera să-şi găsescă în sfârşit un razim în cunoştinţele pozitive.

Dar contactul cu fizica în laborator avea să-mi rezerve o nouă surpriză. După fiecare experienţă, **Binet,** profesorul nostru, ne obliga să calculăm procentul de eroare posibil, care — ideal vorbind — era şi el susceptibil de un alt procent: de eroare la eroare. Deci nici aici absolutul nu exista, cum nu există nici însăş această absenţă a noţiunii de absolut.

In toate aceste elanuri şi căutări de drumuri un om mi-a fost confident, sfătuitor, dezlănător de fire. Il rog să mă ierte că-i aduc şi în faţa Dv. mărturisirea iubirei şi a recunoştinţei mele nemărginite: e fratele meu cel mare. El a întrupat pentru mine înţelegerea, povaţa, exemplul. După părinţii mei, care mi-au dat hereditatea, el a contribuit cel mai mult la formaţia mea psihică.

Dar şcoala, profesorii, nu mi-au dat decât formaţia profesională. Ei au ignorat celălalt domeniu. Ei au socotit că iese din sfera lor de îndatoriri preocuparea de marea mulţime de cerinţi sufleteşti care formează caracterul unui om, atitudinea lor principală în viaţă, potenţialul lui ca factor social.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Aci e cealaltă lacună fundamentală a educaţiei. Cursurile chiar când sunt desăvârşite, nu se adresează decât corticalităţii cerebrale. Dar restul, imensul rest, mai fundamental în organizaţia noastră neurologică decât funcţiunea acestei corticalităţi de apariţie filogenică tardivă? Cine seamănă şi cultivă în acest câmp? Seamănă în el toate influenţele din afară, bune sau rele. Seamănă cărţile citite la întâmplare, pe care în literatura românească dela moartea lui Maiorescu şi a „Semănătorului" nimeni n'a mai cucerit autoritatea de a alege şi clasifica. Seamănă piesele de cinematograf dintre care 50% sunt de o desgustătoare inepţie şi 20% încă de o insinuantă imoralitate. Seamănă mizeria în contrast cu anume opulenţe care se etalează. Seamănă propagandiştii oricărei doctrine. Pentrucă golul, printr'o lege de expansiune universală ,tinde să fie umplut. Şi acolo unde bunul agricultor nu vine să cultive cereale, cresc forţamente burueni.

In indiferenţă faţă de acest domeniu al vieţii psihice a tineretului trebueşte căutată lunga serie de zvârcoliri ale studenţimei din anii din urmă. Cauza esenţială a unei anume orientări rezidă fără îndoială în imoralitatea profundă creiată şi întreţinută de viaţa politică de eri. Dar nu e mai puţin adevărat că Universităţile din toate părţile pierduseră din mână pe studenţi. Contactul sufletesc se rupsese. Profesorii şi elevii vorbeau două limbagii diferite.

Acest contact trebue să se restabilească. Studenţii trebue să ajungă a vedea în profesori, nu numai pe dătătorii de note, ci pe fireştii lor conducători spirituali. Facultatea nu trebue să fie o simplă decernătoare de diplome autentice, sau o legalizatoare de diplome false, ci o instituţie în care tânărul vine să-şi îmbogăţească cunoştinţele într'o direcţie în plinătatea armoniei lui psihice.

Iar, aceasta nu se poate realiza decât în uniunea caldă între profesori şi studenţi într'un avânt comun a cărui făurire incumbă profesorilor. Acest avânt trebue să se integreze la rândul său ca o mică părticică în idealul care animează naţia întreagă.

Domnilor, permiteţi profesorului de neurologie, care a observat îndelung resorturile nervoase ale activităţii umane, să sublinieze că nici un popor şi nici o epocă nu-şi atinge culmile capacităţii ei de creaţie decât înlăuntrul unui ideal.

Civilizaţia grecească l'a avut în acel „παλος και γαοος" ideal artistic şi etic; Renaşterea s'a concentrat toată în acel artistic; Japonezii s'au reînoi înlăuntrul unui ideal etic şi patriotic; cutare naţie europeană de azi îşi trage toată mândria dintr'un spirit de paşnică dominaţie universală; cutare alta tinde în spre purificarea sa biologică; o a treia îşi încordează puterile în spre o protenţare globală a tuturor virtuţilor umane.

Idealul e însă o idee dublată de un sentiment. Sau mai degrabă un sentiment luminat de o idee. Pentru aceia el nu poate fi impus, ci trezit, sau sugerat. El e ca o flacără, dela care fiecare om îşi aprinde luminiţa sa.

Conceput astfel, ca un mare elan, zguduitor al naţiei întregi, catalizator de o disciplină liber consimţită, înzecitor de puteri, intraripător de cugetare, generator de entuziasm pentru neistovite cercetări ştiinţifice şi pentru noui opere artistice, conceput astfel — zic — naţiunea românească nu şi-a format încă un ideal comun.

E menirea Universităţii să-l făurească şi să-l cultive. Aceasta este datoria noastră supremă, a profesorimii în general. După cum este datoria cârmuitorilor să înţeleagă Universitatea şi să o ajute în înalta ei misiune. Căci o mare Universitate poate schimba toată structura psihologică a unui popor.

Dela cei dintâi paşi în această direcţie noi vom întâlni pe studenţi şi studenţii ne vor regăsi pe noi.

Inlăuntrul acestui ideal al naţiei întregi, fiecare om va găsi un avânt nou pentru sine; fiecare gânditor se va înălţa spre noui orizonturi; fiecare artist va plăzmui noui forme ale frumosului; fiecare instituţie îşi va croi noui câmpuri de desvoltare.

Acesta este crezul meu, în ziua intrării mele în această Facultate.

Program de activitate nouă la Facultatea de Medicină

Programul de activitate al D-lui Prof. Mezincescu la conducerea Facultăţei de Medicină din Bucureşti *)

DOMNILOR PROFESORI,

„In primul rând daţi-mi voie să vă mulţumesc de a mă fi recomandat cu un număr aşa de mare de voturi pentru demitatea de decat. Increderea Domniilor-Voastre îmi crează răspunderi pe care le preţuiesc la întreaga lor importanţă şi dela care nu înţeleg de a mă da îndărăt. De cele mai multe ori alegerea decanului era determinată de simpatia de care se bucura cel ales din partea colegilor săi. Ştiu că alegerea mea nu intră în această categorie. Domniile-Voastre m'aţi recomandat în împrejurări prea grele pentru Facultate pentru ca consideraţiuni de acest ordin să fi determinat votul Dvs. Fiecare din noi şi-a dat seama că Facultatea noastră se găseşte la un punct hotărâtor din evoluţia ei şi deşi de multe ori am fost în opoziţie hotărâtă cu părerile multora dintre Dvs. şi nu arareori am rămas singur în susţinerea anumitor puncte de vedere, aţi socotit totuşi ca în ansamblul lui felul meu de a înţelege aşezarea învăţământului medical reprezină o concepţie a cărei realizare merită să fie încercată. Bine înţeles că în asemenea condiţii sarcina ce am asumat primind conducerea Facultăţii îmi crează o situaţie şi mai plină de răspundere.

Inainte de a vă face o sumară expunere a programului meu de lucru, să-mi daţi voie să lămuresc încă un alt aspect al alegerei ce aţi făcut în persoana mea. Prevederile noii legi de raţionalizare şi recomandarea a trei persoane de către Facultate, cu drept pentru Ministrul Educaţiei Naţionale de a alege pe ori care din ele, au de scop să permită Ministrului de a pune de acord preferinţele şi încrederea sa cu acelea ale Facultăţii. In împrejurările actuale Decanul are prin urmare o sarcină dublă: în primul rând aceea de a armoniza şi concretiza părerile profesorilor în anumite formule precise, şi în al doilea rând sarcina de a le pune de acord cu punctul de vedere al ministrului. Imi voi da toate silinţele să împlinesc amândouă aceste saracini în aşa fel încât, interesele învăţământului, să fie împlinite în cât mai bune condiţii.

*) Expunere făcută în Consiliul profesoral în şedinţa de Joi 24 Noembrie 1938.

Legea pentru raţionalizarea *învăţământului* ne pune în faţa unei situaţii de care trebue să ţinem seama nu numai în ceeace priveşte aplicarea litérii textelor, ci mai cu seamă în vederea realizării concepţiunei care stă la baza ei. Este desigur **regretabil că această lege n'a putut să ia fiinţă din iniţiativa Facultăţii, sau cel puţin cu colaborarea noastră.** Sunt ani de zile de când cea mai mare parte din noi n'a încetat să atragă atenţiunea asupra faptului că învăţământul nostru necesită o radicală prefacere, că rezultatele lui sunt practic insuficiente, că el trebueşte simplificat, iar în disciplinele lui fundamentale, adâncit şi astfel transformat încât să dea o pregătire mai temeinică viitorilor practicieni. În afară de discuţiile dintre noi, care au avut loc în cercuri mai restrânse, îmi îngădui să vă amintesc că încă acum doi ani mi-aţi făcut onoarea de a asculta o succintă expunere asupra acestei chestiuni în sala bibliotecii Institutului Babeş; în fine că în anul acesta timp de luni întregi în şedinţele speciale ale consiliului aţi desbătut pe larg problemele în legătură cu reorganizarea învăţământului.

Am credinţa că dacă importanţa acestor desbateri ar fi fost pe deplin înţeleasă şi dacă ele ar fi fost încheiate prin concluzii precise şi prin propuneri concrete, legea de raţionalizare nu s'ar fi făcut fără ca părerile noastre să fie ascultate şi că ea ar fi corespuns într'o mai mare măsură tuturor nevoilor învăţământului. Nu este însă în intenţia mea de a mă întârzia în tardive şi platonice păreri de rău. **Legea de raţionalizare este o realitate.** Fără îndoială că principiile ei fundamentale răspund unor necesităţi imperioase ale învăţământului. Fără îndoială că ele vor dăinui. Trebuie să înţelegem însă că în orice formă ar fi fost făcută, legea de raţionalizare nu poate să reprezinte decât **fixarea unor linii generale pentru reorganizarea învăţământului** şi că este rolul şi datoria noastră să traducem în fapte această reorganizare.

In ceeace mă priveşte, socotesc că **reducerea numărului catedrelor** nu este decât o parte infimă din reformele care trebue să conducă la noua aşezare a învăţământului medical. Această reformă, pentru a putea să coresupndă nevoilor, trebue să reprezinte în primul rând **utilarea şi înzestrarea catedrelor rămase în fiinţă** în aşa fel încât să le puie în măsură să-şi îndeplinească rolul lor. Lipsa de localuri lipsa aproape complectă de material şi insuficienţa personalului ajutător, fac ca disciplinele de bază ale învăţământului să se predea în condiţii insuficiente. Tot din aceste cauze noi n'am putut **introduce** încă **anul preparator** şi studenţii n'au posibilitatea să repete anul I, mulţi din ei fiind exmatriculaţi fără ca selecţia lor să se poată face în condiţii în destul de satisfăcătoare O atare selecţie şi îndepărtarea tuturor erorilor în legătură cu ea, nu se poate face atâta timp cât Facultatea nu dispune de laboratorii, care să îngăduie şi un învăţământ practic serios şi un contact mai strâns al personalului ajutor cu studenţii. Pentru ca selecţia studenţilor intraţi în Facultate să se poată face în bune condiţii cred că **este absolut necesar ca anul I să poată fi repetat.**

Dar nu numai mijloacele de învăţământ pentru anul I sunt insuficiente. Putem spune că, în afară de câteva fericite excepţii, întreg învăţământul nostru, atât cel clinic cât şi cel de laborator, este lipsit de posibilităţile de lucru strict necesare.

Dacă simplificarea învăţământului prin reducerea numărului catedrelor şi şi examenelor nu va fi complectată prin **utilarea laboratoriilor şi lărgirea posibilităţilor de învăţământ a clinicilor,** desigur că ea nu va putea însemna nici o ameliorare a situaţiei din trecut.

In această direcţiune socotesc în primul rând necesară **construirea aripei perpendiculară pe corpul principal al clădirii Facultăţii,** prevăzută în planul iniţial şi care din diverse motiv nu a fost realizată. Deasemenea cred că trebuie să ne gândim la eventuala **complectare a clădirii prin ridicarea încă a unui etaj** peste toate aripile ei, aşa cum s'a făcut pentru aripa din spre strada Davila. Terminarea clădirilor Institutului de Igienă, care nădăjduesc că va fi gata în toamna viitoare, pe lângă că va creia condiţii de lucru incomparabile cu acelea actuale pentru învăţământul catedrei mele, va libera în acelaş timp tot subsolul ocupat astăzi de acest Institut şi va creia posibilităţi de extindere pentru unele din laboratoarele Facultăţii. Pe lângă sumele pe care vom trebui să le obţinem dela Ministerul Educaţiei Naţionale, pentru lucrările ce am enumerat, este în intenţiunea mea de a vă propune să utilizăm şi sumele ce vom lua dela Primăria

Municipiului pentru terenul expropriat în vederea prelungirii străzii Ştirbei Vodă. Intrucât priveşte clinicile Facultăţii, trebuie să spun că reducerea numărului catedrelor va îngădui creşterea numărului paturilor în serviciile rămase la dispoziţia Facultăţii, lucru ce va constitui fără îndoială un progres pentru învăţământ. Fără să pot să vă dau astăzi detalii mai precise ţin să vă aduc la cunoştinţă că Eforia Spitalelor Civile examinează posibilitatea **construirii unui mare spital** Cred că veţi fi de acord cu mine că în condiţiile de astăzi ar fi cu totul inadmisibil să ne mai gândim la refaceri şi transformări ale actualelor clădiri, care în marea lor majoritate n'ar însemna decât adevărate cârpeli, şi că este timpul ca Facultatea de Medicină şi Capitala Ţării să aibă în sfârşit un mare spital modern, care să înlocuiască vechile spitale, datând de mai bine de o jumătate de secol. Acest mare spital va trebui să puie capăt tendinţii nefaste de a se construi spitale în miniatură pe terenuri improprii şi în cartiere nepotrivite, risipindu-se astfel pentru interese personale fondurile de asistenţă medicală şi compromiţându-se interesele vitale ale învăţământului.

Este evident că pentru anul acesta programul cursurilor Facultăţii n'a putut să fie stabilit decât în liniile lui de altă dată. Va trebui ca împreună cu celelalte Facultăţi să se armonizeze regulamentele, punându-le de acord cu legea de curând promulgată şi în măsura posibilităţilor, să se întocmească un program unitar. Va trebui de acord cu fiecare dintre Dvs. să întocmim programe analitice pentru toate cursurile, astfel ca tuturor ramurilor esenţiale ale învăţământului să li se dea importanţa cuvenită, evitându-se repeţiri inutile şi o îngreuiare excesivă şi dăunătoare a obligaţiilor studenţilor. Va trebui să definim în mod cât mai precis ceeace înţelegem să le cerem acestora. Studenţii trebue să fie puşi în situaţie de a asimila în primul rând cunoştinţele fundamentale necesare pentru a li se putea încredinţa răspunderea îngrijirii bolnavilor. Tot învăţământul care depăşeşte, într'un fel sau altul acest obiectiv trebuieşte potrivit aptitudinilor individuale şi predat astfel încât să nu constituie o împovărare care să atingă pregătirea medicală fundamentală. Facultatea noastră se poate mândri cu elevi de ai săi cari au ilustrat ştiinţa medicală; elemente de elită cu o cultură şi o practică medicală la înălţimea celora date de şcolile cele mai strălucite din Apus. Nu această elită însă dă măsura eficacităţii învăţământului nostru. Formaţia ei este datorită calităţilor excepţionale ale unora din elevii noştri, iar pe de altă parte posibilităţilor de lucru pe care le oferă internatul şi, personalului lor propriu zis, unele din laboratoriile Facultăţii.

Evident este foarte îmbucurător că Facultatea noastră a putut să promoveze această elită. Scopul primordial al învăţământului este însă **pregătirea în condiţii cât mai mulţumitoare a întregii mase a studenţilor,** cari trec prin spitale numai ca stagiari şi petrec în laboratorii numai timpul lucrărilor practice prevăzute de program. Elita tineretului medical rămâne la Bucureşti, cum e şi firesc, sau se fixează în centrele urbane mai importante. Facultatea trebuie însă să pregătească personalul medical de care are nevoie, **pentru oraşele de provincie şi mai cu seamă pentru sate,** unde se duc elemente mai puţin strălucite, dar unde condiţiile în care se practică medicina sunt, de fapt, mult mai grele decât în centrele universitare şi cer cunoştinţe temeinice, iniţiativa şi simţul răspunderii.

Fiecare dintre absolvenţii Facultăţii trebuie să fie pregătit pentru a face faţă acestor condiţii. Pentru ca această pregătire să fie reală trebuie în primul rând mijlocit un contact mult mai strâns între personalul didactic şi studenţi. **Relaţiile dintre profesori şi studenţi** nu se pot mărgini la contactul pe care-l stabileşte examenul de fine de an. Pregătirea studenţilor trebuieşte urmărită zi de zi prin personalul ajutător, cu ajutorul colocviilor şi lucrărilor scrise.

In felul acesta în momentul examenului profesorul va dispune de date şi informaţii cari îi vor permite o judecată mai complectă şi mai echitabilă a candidaţilor. Trebuie să facem tot ce este necesar pentru ca pregătirea studenţilor în cursul anului să fie făcută astfel, încât să nu fim nevoiţi să respingem la examen decât pe acei refractari sau improprii pentru continuarea studiilor şi pe care contactul zi de zi, din timpul anului i-a desemnat ca atare.

Este absolut necesar să **punem capăt în chip definitiv sesiunilor suplimentare de examen şi restanţelor.** La începutul fiecărui an şcolar studentul trebuie să aibe situaţia sa, fie că trece în anul următor fie că repetă anul, definitiv

limpezită, pentru a putea să-şi consacre tot timpul său obligaţiilor învăţământului anului respectiv. Consiliul va trebui să hotărască în ce măsură pentru ultimii ani se va putea admite o deblocare a examenelor. Pentru a încheia capitolul acesta şi în legătură cu cele ce vă spuneam mai sus, rămân la convingerea că trebuie să înştiinţăm un stagiu de internat obligator pentru toţi studenţii, după terminarea anilor de cursuri, aşa cum v'am propus altădată, utilizând spitalele mari din provincie. Înfiinţarea acestui internat obligator este în relaţiune cu modul în care se îndeplineşte stagiul militar şi obligaţiunile decurgând din noua lege a Serviciului Social. Va trebui ca aceste obligaţiuni să nu însemne o îndepărtare prea îndelungată a studenţilor dela preocupările în legătură imediată cu cariera lor şi nici o întârziere excesivă a datei la care este normal ca fiecare să fie liberat şi de obligaţiunile lui şcolare şi de cele cu caracterul celora ce-am arătat mai sus.

Una din preocupările mele imediate va fi reorganizarea bibliotecii facultăţii. De fapt noi nu avem în Bucureşti o bibliotecă medicală în adevăratul înţeles al cuvântului, în afară de biblioteca Institutului de Seruri şi Vaccinuri, care nu este o bibliotecă medicală generală, ci are un caracter cu totul special.

Atât nevoile în legătură cu activitatea ştiinţifică a personalului Facultăţii cât şi necesităţile de fiecare zi ale studenţilor, ne impun obligaţia de a da bibliotecii noastre o altă organizare. Nu este vorba numai de fonduri pentru înzestrarea ei, ci de necesitatea de a face posibilă utilizarea în cele mai bune condiţii a cărţilor de care dispunem, a revistelor; de nevoia de cataloage şi de personal pregătit, la care să putem apela cu toţii atunci când avem nevoie să pregătim bibliografia chestiunilor care ne interesează. De altă parte va trebui să facem posibil accesul studenţilor în bibliotecă în orele de seară, pentru ca acei ocupaţi în timpul zilei să poată beneficia şi ei de câteva ore de lectură şi de atmosferă particulară, atât de utilă pentru formarea intelectuală a tineretului, pe care o aflăm în mijlocul cărţilor.

Am ridicat şi altă dată în faţa Domniilor Voastre chestiunea lipsei de manuale elementare de care sufăr nu numai studenţii Facultăţii noastre, ci toţi studenţii universităţilor. De fapt nici nu ştim pe ce învaţă studenţii, fiindcă cărţi proprii n'au iar bibliotecile sunt rău utilate şi nu pot fi folosite decât în condiţii foarte anevoioase. Mi se pare esenţial ca studenţii să ajungă să aibă cărţile lor şi să se deprindă să le preţuiască. Medicina nu se învaţă pe note luate la cursuri şi pe care generaţii întregi şi le trec dela una la alta. Trebuie să facem tot ce se poate pentru ca acest sistem să conteneasca şi studenţii să-şi poată procura cărţi în condiţii potrivite posibilităţilor lor. Nădăjduesc că vom putea găsi în ţările cu care avem afinităţi şi legături sufleteşti o înţelegere în această privinţă şi că vom putea organiza un serviciu de procurarea de cărţi pentru studenţi la preţuri mult mai scăzute decât în librării şi plătibile în rate, eventual cu garanţia Facultăţii. Îmi voi face un punct de onoare din organizarea imediată a acestui serviciu în credinţa că problema aceasta este de o importanţă capitală pentru învăţământ.

N'aşi vrea să termin înainte de a mai atinge încă alte două chestiuni cari sunt deasemenea de un ordin general şi privesc de fapt toate Facultăţile.

Una din ele este chestiunea taxelor.

Trebuinţele universităţilor noastre nu pot fi acoperite în întregime de bugetul Statului. Toate universităţile din lume se întreţin în foarte mare măsură din taxele plătite de studenţi. Am convingerea ca atât timp cât nu vom reuşi să asigurăm Facultăţii fonduri proprii nu vom putea acoperi nici cheltuelile necesare cercetărilor ştiinţifice. Este pe de altă parte neechitabil ca studenţii cari dispun de mijloace materiale şi cari dacă s'ar duce în străinătate ar plăti taxe de zeci de mii de lei pe an, să fie aproape dispensaţi de a suporta cheltuiala învăţământului lor. Este adevărat că şi taxele minime cari sunt astăzi în fiinţă sunt greu de plătit, chiar aproape prohibitive, pentru o parte din studenţi tocmai din cauza faptului că acei care pot să plăteasca sarcinile învăţământului nu plătesc aproape nimic. Instituirea unor taxe în raport cu necesităţile învăţământului, asociate cu o foarte largă dispensare totală de taxe pentru acei merituoşi, dar lipsiţi de mijloace, şi acordarea unui număr mai mare de burse ar aduce desigur o mai echitabilă distribuţie a sarcinilor studenţilor cât şi posibilităţi de învăţământ şi de existenţă demnă pentru o serie întreagă de tineri meritoşi, cari astăzi se luptă din greu pentru a-şi asigura existenţa şi a se face folositori.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ultimul meu cuvânt în această expunere asupra activității ce-mi propun să desfășor, privește una din problemele cele mai delicate ale momentului de față. Nu voi spune decât câteva cuvinte, care sper însă că vor fi deplin înțelese. Nu sunt câtuși de puțin înclinat să privesc pe studenți cu mentalitatea unui director de internat, responsabil de toate puterile și actele celora ce îi sunt încredințați Vrâsta lor, cultura lor, spiritul care trebuie să însuflețească viața academică, toate acestea împreună îndreptățesc în mod firesc pe studenți să aibă punctele lor de vedere asupra tuturor problemelor cari agită o epocă așa de frământată ca aceea în care trăim. Ar fi trist de altfel dacă studenții n'ar simți aceste frământări, sau dacă le-ar privi cu indiferență. O înțelegere elementară a demnității omenești ne impune să respectăm toate convingerile cinstite, chiar atunci când o mai lungă experiență, o mai mare înțelegere a răspunderilor și echilibrul pe care-l adece vrâsta, ne fac să le vedem neajunsurile. Veți fi însă cu toții de acord că atât noi, cât și studenții, suntem aici pentru a împlini obligațiuni bine determinate, cărora trebuie să le consacrăm toate preocupările noastre. Această constatare duce ea singură la concluziunea că în cadrul activității școlare nu-i sunt îngăduite nimănui manifestări fără raporturi directe cu această activitate".

SINDROM ENTERO-RENAL
TOXIC ȘI INFECȚIOS

Carbargyre

CĂRBUNE ARGINT

Cărbune și argint asociate
într'un complex coloidal de putere absorbantă ridicată.

ABSORBANT

ANTITOXIC | COLIBACILURIE FERMENTAȚIUNI DIAREE | ANTIINFECȚIOS

Laboratoires Marceau, A. Grigaut & A. Boutroux, Pharmaciens, 7, Avenue Marceau, Paris XVI-e

Mostre și literatură trimete la cerere:
Exclusivitatea pentru România: M. TATARSKY, București I, str. Sf. Apostoli 21

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cărţi — Monografii — Teze

Lucrări străine

LES DIAGNOSTICS BIOLOGIQUES

par

NOEL FIESSINGER
Medecin de l'Hôpital Necker
Professeur à la Faculté de Médecine

HENRI-RENÉ OLIVIER
Ancien interne en médecine
Ancien Chef de laboratoire à la
Faculté de Médecine

et

MAURICE HERBAIN
Ex-interne en Pharmacie des Hôpitaux
Assistant à la
Faculté de Médecine

Préface du Professeur ALBERT ROBIN

Ouvrage couronné par l'Académie de Médecine (Prix Desportes 1930) et par l'Académie des Sciences (mention honorable 1930) — 1 volume format 15×22 cm., 768 pages, 152 figures, 11 planches en couleurs. — 4-e Édition entièrement revue et augmentée — Prix: 195 fr. broché. 215 fr cartonné. Librairie Maloine 27 Rue de l'Ecole de Médécine, Paris VI.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Les diagnostics biologiques se trouvent déjà dans les laboratoires du monde entier. Leur exposé simple dans le cadre schématique de: ce qu'il faut, ce qu'il faut faire, ce qu'il faut voir, ce qu'il faut dire, la minutie des descriptions techniques, la prudence des conclusions cliniques ont déjà assuré le succès des trois éditions précédentes. La nouvelle édition que les auteurs viennent de mettre au courant s'est considérablement agrandie. Le laboratoire et la technique en médecine contemporaine prennent une importance de plus en plus débordante. Il a fallu refaire l'installation du laboratoire, faire une étude du matériel d'analyse, balances, colorimètres à cellules photoélectriques, refractomètres et photomètres.

En bactériologie, sont analysés les nouveaux milieux de cultures, en particulier pour le bacille tuberculeux, les nouvelles techniques de sérologie pour le diagnostic de la syphilis, le diagnostic du Kala-azar, les cuti, intradermoréactions, préparation des vaccins.

L'hématologie se modernise par une révision technique et par l'analyse des sédimentations globulaires, des groupes sanguins, par une étude technique des myélogrammes, splénogrammes et adénogrammes.

Les explorations fonctionelles de l'estomac se complètent par une précisions des analyses de suc gastrique, par la recherche de l'acide lactique:

de l'intestin par le dosage des acides organique et de l'ammoniaque.

L'exploration de la fonction respiratoire réserve un chapitre important au dosage de l'oxygène et de CO^2 du sang avec tous les perfectionnements modernes.

L'exploration des fonctions de nutrition développe les techniques de métabolisme de base, de l'étude de la réserve alcaline et du pH sanguin, et complète les dosages de l'acidose cétonique et des glycémies.

Dans les métabolismes partiels, les dosages d'uricémie sont revus, de même pour les esters du cholestérol, et sont complétés le dosage du fer du sang, de l'oxalémie et de l'oxaiurie, de la phosphorémie, de la calcémie, de la glutathionémie et de la lactacidémie.

L'exploration fonctionnelle du foie est mise au courant des recherches les plus récentes sur la bilirubinémie, la cholalémie, la polypeptidémie, les concentrations galactosuriques fractionnées, la fibrinémie, la réaction de Takata-Ara et la cholécystographie.

L'exploration des reins se complète par l'étude de la méthode des dilutions-concentrations et de la méthode de Rehberg, de la natrurie, de la pression osmotique des protides.

Les fonctions de reproduction sont mises au courant des recherches les plus récentes sur les hormones gonadotropes et sur la folliculino-sécrétion.

Une table des constantes organiques, des poids atomiques, et un chapitre des réactifs et solutions titrées terminent le volume.

Boston Medical Library Federation

C'est dire combien cette nouvelle édition des diagnostics biologiques s'inspire des recherches les plus récentes. Elle met au point les techniques, éloigne les inutilités et supprime les erreurs.

Par ses chapitres techniques, elle intéresse le praticien de laboratoire et le chercheur biologique; par ses applications diagnostiques elle reste éminemment utile au médecin quelqu'il soit, savant ou praticien, spécialisé ou généralisé. Ce livre pose le jalon de la médecine biologique contemporaine.

Abrégé de la table des matières

DIAGNOSTICS BIOLOGIQUES.

Première Partie.

Chap. I-er — **Bacteriologie.** — 1. Le laboratoire, *organisation, microscope*, balance, colorimètre, réfractomètre, photomètre, chenil, stérilisation, Préparation des milieux de culture. — 2. Examen d'un pus. — 3 à 5. Recherche du Bacille de Koch dans les crachats; — dans les selles; — dans les différents milieux pathologiques par culture sur milieux spéciaux. — 6. Examen bactériologique d'une angine pseudo-membraneuse. — 6-a. Examen d'une ulcération suspecte. — 7. Diagnostic de la spirochétose ictéro-hémorragique. — 8. Hémocultures et séro-diagnostics. — 9. Diagnostic de la dysenterie bacillaire. — 10. Diagnostic bactériologique d'une méningite aiguë. — 11. Diagnostic sérologique de la syphilis. — 12. Diagnostic sérologique de la tuberculose.

Chap. II. — **Mycologie et parasitologie cliniques.**

Chap. III. — **Cuti et intradermo-reactions-vaccins.**

Chap. IV. — **Hematologie.** — 1. Eléments et figures, morphologie. — 2. Propriétés des hématies. — 3. Coagulation. — 4. De quelques propriétés physico-chimiques du sang. — 5. Groupes sanguins.

Deuxième Partie.

Chap. I-er. — **Exploration fonctionnelle du tube digestif.** — I. Etude des fonctions gastriques. 1. Tubages gastriques. 2. Examens des liquides de tubage. — II. Etude de la sécrétion pancréatique externe. — III. Etude de la fonction intestinale. Coprologie clinique. — IV. Hémorragies occultes.

Chap. II. — **Exploration de la fonction respiratoire.** — I. Analyse des gaz respiratoires. 1. Téchnique de prélèvement. 2. Méthodes d'analyse des gaz. 3. Calcul des tensions partielles. — II. Analyse directe des gaz du sang. — III. Conclusion. — IV. Exament cytologique d'un épancehment pleural. — V. Le zymodiagnostic de Noël Fiessinger et Pierre Louis Marie. — VI. Technique de Bezançon et Jung pour l'examen histo-chimique des crachats.

Chap. III. — **Exploration fonctionnelle de l'appareil cardiovasculare.** — 1. Mesure du débit cardiaque. — 2. Mesure de la pression veineuse.

Chap. IV. — **Exploration des fonctions de nutrition.** — 1. Métabolisme général Mesure du métabolisme de base. — 2. Etude du syndrome d'acidose.

Chap. V. — **Exploration des metabolismes partiels.** — Nucléo-protéides, calcium, etc.

Chap. VI. — **Exploration fonctionnelle du foie et des voies biliaires.** — 1. Fonction biliaire. A. Exploration urinaire. B. Exploration sanguine. — 2. Fonction protéique. — 3. Fonction chromagogue. — 4. Fonction glycopéxique. — 5. Epreuves diverses. — 6. Exploration fonctionnelle des voies biliaires.

Chap. VII. — **Exploration fonctionnelle de la rate.**

Chap. VIII. — **Exploration de la fonction renale.** — 1. Recherche et dosage des éléments anormaux de lurine. — 2. Exploration de la fonction uréo-sécrétoire des reins. — 3. Excrétion des corps créatiniques. — 4. Etude de la rétention chlorurée. — 5. Etude du sodium urinaire. — 6. Etude du mouvement de l'eau. — 7. Elimination rénale des matières colorantes.

Chap. IX. — **Exploration des fonctions de reproduction.** — Diagnostic de la grossesse. Le lait.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Chap. X. — Exploration biologique du systeme nerveux. — Etude du liquide céphalo-rachidien. — 2. Exploration du système nerveux végétatif.

Chap. XI. — Examen extemporane d'une biopsie.

Chap. XII. — Table des constantes organiques. — Poids atomiques (1937).

Chap. XIII. — Reactifs et solutions titrées.

Chap. XIV. — Dosage du glucose par la méthode de Bertrand.

Chap. XV. — Alcoometrie.

Chap. XVI. — Examen rapide d'une eau.

M. M R

TUDOMÁNYEGYETEM KÖNYVTÁRA A KOLOZSVÁRI MAGYAR KIRÁLYI FERENCZ JÓZSEF

LES AFFECTIONS DES GLANDES ENDOCRINES ET LEUR TRAITEMENT

par HERMAN ZONDEK
Docteur Méd. (Berlin)
Directeur de la division médicale de l'hôpital Bikur Kholim, Jérusalem
Ancien Professeur agrégé de médecine à l'Université de Berlin
Directeur de la division médicale du Krankenhaus am Urban à Berlin
Ancien médecin honoraire de l'hôpital juif Victoria Memorial à Manchester

Traduction par le Docteur MARCEL FILDERMAN

Preface par M. le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE

Quatrième édition. — 1 volume format 16×25 cm, 600 pages 168 figures, entièrement tiré sur papier couché. — Librairie Maloine, 27 Rue de l'Ecole de Médecine, Paris VI. — Prix: 220 fr. broche, 240 fr. cartonné.

Cet ouvrage est une traduction établie d'après la troisième édition en langue anglaise publiée en 1935 à Londres, de l'ouvrage dont la première édition avait parue en 1926 à Berlin. Complété et mise

à jour par l'auteur lui-même, il apporte une étude complète des affections endocriniennes à la lumière des travaux les plus récents.

La caractéristique de cet ouvrage est l'esprit essentiellement clinique dans lequel il a été conçu et rédigé.

Dans une **première partie théorique,** qui comprend à peine un cinquième de l'ouvrage, les glandes endocrines sont étudiées du point de vue anatomique et physiologique. On trouvera là, outre les nations anatomiques et physiologiques concernant les diverses glandes et leurs diverses hormones, des considérations générales très intérassantes résultant des expériences personnelles de l'auteur sur la variabilité de l'action des hormones. Celle-ci est sans cesse modifiée sous l'influence d'un mécanisme régulateur extrêmement complexe où les influences prépondérantes sont exercées d'une part par l'équilibre ionique des milieux intérieurs et des surfaces cellulaire, d'autre part, par les divers éléments du système neuro-végétatif.

La **deuxième partie, descriptive,** qui occupe les quatre cinquièmes de l'ouvrage est la plus intéressante pour le praticien. Laissant de côté les classifications théoriques et abstraites qui groupent les différents syndromes endocriniens en hyper- hypo- et dysfonctionnement de telle ou telle glande, l'auteur envisage chaque syndrome endocrinien tel qu'il se présente en clinique sans préjudice de la ou des glandes dont les perturbations peuvent être à lorigine de ce syndrome.

La maladie de Graves-Basedow, les diverses formes du myxoedème, la tétanie, l'obésité et ses diverses formes étiologiques, les cachéxies hypophyséoprive et cérébro-hypophysaire, la diencéphalopathie qui groupe en un même syndrome des manifestations d'atteinte du diencéphale, de l'hypophyse et de l'oeil, le diabète insipide, la sénilité précoce, l'acromégalie, le gigantisme et le nanisme dans leurs diverses variétés, l'ostéomalacie, les ostéites fibreuse et déformante de Recklinghausen et de Prage, la maladie d'Addison, l'hypersurrénalisme médullaire, l'hyperinsulinisme, les états thymicolymphatiques, les diverses affections du système génital, l'insuffisance pluriglandulaire et la sclérodermie sont ainsi étudiés successivement à la lumière de nombreuses observations personnelles illustrées de 168 figures photographiques, radiographiques et schématiques qui rendent chaque chapitre de ce livre aussi vivant qu'une leçon au lit du malade. Pour chacun de ces syndromes, plusieurs glandes peuvent être en cause conjointement ou séparément. Tantôt le trouble glandulaire est primitif, tantôt il est secondaire à une perturbation periphérique du système de régulation hormonal, cette perturbation pouvant porter sur léquilibre ionique, sur le système neuro-végétatif ou sur les actions inter-glandulaires. Le clinicien devra toujours préciser ce point par l'examen approfondi de chaque cas.

A propos de chaque syndrome les indications thérapeutiques sont données de façon précise avec tous les détails protiques qui peuvent être utiles au clinicien.

L'auteur n'a pas craint de preciser les spécialités endocriniennes qui lui ont parues répondre aux diverses indications thérapeutiques.

Désireux de mettre entre les mains du praticien un ouvrage destiné avant tout à l'aider dans sa tâche quotidienne, le traducteur a indiqué en note, d'après les renseignements fournis par les principaux laboratoires endocrinologiques et sous leur responsabilité, les spécialités françaises correspondantes.

Bref, cet ouvrage se recommande à l'attention des praticiens par l'esprit clinique qui l'inspire et les renseignements pratiques qu'il contient, ainsi que par sa théorie des régulations hormonales qui seule peut s'adapter à l'infinie diversité des cas cliniques.

M. M R

BCU Lausanne / Collection Lebsan Club

ATLAS D'ANATOMIE ET DE MÉDECINE OPÉRATOIRE DU LABYRINTHE OSSEUX

par le Docteur LOUIS GIRARD

Ouvrage couronné par l'Académie de Médecine

Préface de M. le Professeur H. ROUVIERE

3-me edition entièrement refondue et considérablement augmentée. — Un volume format 19 X 28 de pages avec 80 figures de H. Frantz dans le texte. Tiré sur papier couché. — Librairie Maloine 27 Rue de l'École-de-Médecine, Paris VI-e Tel.: Danton 52-18 — Prix: 125 fr. broché, 150 fr. cartonné.

La chirurgie du rocher ne cesse d'étendre son domaine. Dès longtemps maîtresse de **l'oreille moyenne** et de toute **la région mastoïdienne,** elle a pris possession du **labyrinthe** depuis 30 ans environ et cherche à présent à le contourner, ou à le dépasser pour atteindrre le conduit auditif interne et l'apex pétreux.

Encouragée récemment par l'efficacité de la médication sulfamidée dans certains méningites otitiques, elle va redoubler d'efforts et d'audace pour écarter du rocher tout foyer infectant, à quelque profondeur qu'il se trouve.

A une chirurgie à ce point audacieuse, il faut une anatomie qui soit le guide pratique et sûr de la main qui opère. Le présent **Atlas d'anatomie du labyrinthe,** composé par un praticien Auriste, répond très heureusement à ce besoin.

Ses gravures montrent les organes intra-pétreux (labyrinthe, aqueduc de Fallope, canal carotidien, golfe de la jugulaire, etc.) dans une perspective otoscopique; son texte est rédigé pour éclairer le practicien occupé à scruter les secrets d'un rocher pathologique le spéculum ou la gouge à la main; son chapitre de Médecine apératoire soigneusement illustré complète l'oeuvre anatomique et constitue pour le futur chirurgien auriste un bon instrument d'initiation.

Toutefois cet ouvrage n'est pas exclusivement réservé aux Médecins spécialistes, il s'adresse aussi aux étudiants qui y trouveront très simplement et très clairement exposées, les questions de cours les plus élémentaires concernant:

L'orientation labyrinthique à la tête humaine.

La structure et les rapports du vestibule, des canaux semi-circulaires et du limaçon.

La disposition des groupes cellulaires dans toute la pyramide pétreuse.

Le trajet et les rapports de l'aqueduc de Fallope.

La position du canal carotidien et du golfel de la jugulaire, découverts du fond de la trépanation mastoïdienne.

Un chapitre spécial est même consacré aux débutants et leur offre des conseils pratiques pour exécuter sur l'os temporal les plus utiles dissections.

Comme dans tout atlas, l'iconographie tient la plus large place; aucune affirmation dans le texte qui ne soit illustrée par la gravure.

Les dissections bien connues du Docteur Louis **Girard,** si hautement pédagogiques, ont été dessinées par **H. Frantz** qui a réussi à donner à l'image la précision de la photographie et le relief saisissant que produirait le stéréoscope.

C'est ici une troisième édition. La première parue en 1910, fût couronnée par l'Académie de Médecine, depuis lors, l'ouvrage maintes fois sur le métier remis, s'est enrichi de figures nombreuse et de chapitres nouveaux.

On ne peut mieux faire, pour apprécier, que de rapporter les lignes suivantes tirées de la préface écrite par Monsiur le Docteur **Rouvière,** Professeur d'anatomie à la Faculté de Médecine de Paris:

BCU Lausanne / Lausanne University Library / Lausanne

„Par la netteté et la précision des figures, par la méthode qui a présidé, à leur présentation, par la clarté du texte qui les accompagne et les explique la troisième édition de l'Atlas d'Anatomie et de Médecine opératoire du Labyrinthe osseux, est un ouvrage parfait".

M. M R.

ATLAS D'HÉMATOLOGIE

par MM

PROSPER MERKLEN
Professeur de Clinique
à la Faculté de Médecine de Strasbourg
Membre correspondant
de l'Académie de Médécine
Médecin des Hôpitaux de Paris

ROBERT WAITZ
Professeur agrégé
à la Faculté de Médecine
de Strasbourg
Ancien interne
des Hôpitaux de Paris

Vient de paraître. — Un volume relié pleine toile, impression or 210 pages, 52 planches en 5 couleurs. Prix: 325 fr. cartonné, 340 pour l'Etranger. — Librairie Maloine, 27 Rue de l'Ecole de Médécine, Paris VI.

On sait que depuis quelques années l'iconographie a conquis un développement justifié dans toutes les branches de la médecine. L'hématologie, en particulier devait bénéficier de cette tendance: le diagnostic y est en grande partie basé sur l'examen cytologique du sang et des organes hématopoïétiques, rate, moelle osseuse, etc.

Le besoin s'imposait en France d'un ouvrage où seraient groupées les reproductions des diverses cellules sanguines. Cette lacune vient d'être comblée par l'Atlas d'Hématologie que font paraître MM. Pr. Merklen et R. Waitz.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

On y trouvera les images en couleurs de la grande majorité des cellules qu'on a coutume de rencontrer dans le sang et les viscères de l'hématopoïèse, à l'état normal et pathologique. Elles ont été dessinées d'après des préparations toutes traités par la technique de May-Grunwald-Giemsa. L'ensemble est réuni en planches très soignées, qui permettent de prendre une connaissance exacte de la morphologie et de la coloration des variétés de leucocytes et hématies en cause.

L'attention apportée par les auteurs au choix des préparations et à la qualité de leur reproduction fait de cet Atlas un recueil de documents de haute valeur, égal ou supérieur aux meilleurs atlas étrangers. Au cours de pages très claires, placées en tête de l'ouvrage, sont exposés les caractères différentiels des éléments cellulaires du sang, ce qui aide à comprendre et à interpréter la lecture des planches qui suivent.

Si l'Atlas d'Hématologie de MM. Pr. Merklen et R. Waitz s'adresse avant tout aux hématologistes et aux histologistes, il se montre aussi d'une réelle utilité pour les praticiens de médecine générale et les spécialistes; tout médecin a de plus en plus l'occasion de s'intéresser aux questions dont l'ouvrage fournit la solution iconographique.

Introduction.

Technique.

Les cellules sanguines: Remarques générales. La lignée myéloïde. Les lymphocytes. Les monocytes. Les Histiocytes. Les cellules endothéliales. Les moyens mo-

nonucléaires. Les plasmocytes. Les hématies. Les cellules souches. Les globulins. Les mégacaryocytes. Les artéfacts.

Iconographie: Les cellules myéloïdes. Les cellules lymphoïdes. Les monocytes. Les cellules à tendance plasmocytaire et les plasmocytes. Les hématies. Les mégacaryocytes.

Observations.

Index cytologique.

M. M. R.

LES PRINCIPALES POSITIONS UTILISÉES EN RADIOGRAPHIE (TECHNIQUE, INDICATIONS, RESULTATS)

par

L. DELHERM et H. MOREL KAHN
Electroradiologistes des Hôpitaux
Chef du Service — Chef adjoint du Service
d'Electroradiologie de l'Hôpital de la Pitié

Vient de paraître: 2-me Edition revue et complétée. — 1 volume 16 × 25, 220 pages, 165 figures, entièrement tiré sur papier couché — Librairie Maloine, 27 Rue de l'Ecole de Médécine, Paris VI. — 120 fr. broché, 140 fr. cartonné.

Dans cette deuxième édition, revue, complétée, et dont toute l'iconographie a été renouvelée, les auteurs ont repris la formule, justifiée par le succès, de la réalisation primitive de cet ouvrage, c'est-à-dire qu'ils se sont surtout préoccupés de présenter un volume de pratique.

Sans avoir la prétention d'être complets, ils se sont efforcés de réunir les techniques les plus habituellement employées, et reconnues comme les meilleures, sans d'ailleurs oublier pour celà celles qui sont d'un emploi moins courant, mais auxquelles il peut être donné de recourir.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Le plan de l'ouvrage n'a pas été modifié; pour chaque région étudiée, le lecteur trouvera:

1°) la description des principales positions utilisées en radiographie avec les précautions qu'il convient d'observer;

2°) les résultats obtenus;

3°) les principales indications;

4°) au point de vue iconographique, la photographie de la position décrite, et un cliché radiographique montrant ce qu'elle permet d'obtenir.

Comme chaque jour voit s'étendre le domaine du radiodiagnostic les auteurs ont pensé qu'il serait intéressant d'ajouter aux données classiques certaines techniques préconisées pour l'examen de régions qui, jusqu'à ces dernières années, échappaient à l'exploration radiologique comme l'appareil pharyngo-laryngé, ou la glande mammaire...; il leur a paru enfin que la question de la localisation des corps étrangers, appelée à se poser fréquemment dans le services de radiologie, ne saurait être passée sous silence, et ils l'ont rapidement exposée.

Le but de ce volume est de permettre à tous les radiologistes de réaliser, avec les moyens habituels dont ils disposent, les radiographies les plus courantes, et le radiologiste averti saura, sans difficulté, appliquer les conditions particulières, ou les techniques spéciales, que pourraient commander l'état des malades ou blessés, ou certains cas spéciaux.

Conçu pour avoir sa place marquée dans tout service de radiologie où il peut toujours être utile d'avoir sous la main une source de renseignements techniques, ce volume intéressera plus particulièrement

ceux qui s'initient à la Radiologie, les Praticiens qui y trouveront des indications radio-cliniques, les Techniciens à qui il indiquera les procédés classiques, et leur application correcte.

M. M. R.

PARASITOLOGIE MÉDICALE

par

HERVÉ HARANT

Vient de paraître dans la collection des Petits dar précis.—202 p, 95 fig. ou photos Maloine édit Collection «Les Petits Précis», 1939. 1 volume 18 fr. — Librairie Maloine, 27 Rue de l'Ecole de Médécine, Paris VI.

Dans la préface de ce nouveau Précis, l'auteur insiste sur les idées directrices, qui ont inspiré sa rédaction: importance des méthodes de diagnostic et de dépistage et des programmes de prospection dans le traitement et la prophylaxie des maladies parasitaires.

Le premier chapitre est consacré aux Arthropodes parasites ou vecteurs de virus: Acariens, Insectes; les moyens de lutte appropriés sont indiqués à chaque occasion. C'est l'introduction nécessaire au chapitre II relatif à l'Epidémiologe des maladies transmises par ces Arthropodes: maladies à Bactéries, Bontonella, Rickettsia, et à ultra-virus — spirochétoses (chapitre III) — protozooses (chapitre IV; — les affections à protozoaires sanguicoles nécessitent des méthodes de diagnostic et de dépistage indiquées dans les chapitres précédents; les affections à protozoaires intestinaux amorçant au contraire l'étude de procédés utilisés en Helmintologie (Chapitre V).

Enfin, une très courte revue des notions essentielles concernant la Mycologie médicale (Chapitre VI) termine l'ouvrage.

Digitized by Babeş-Bolyai University Library, Cluj

Les notions modernes concernant les réservoirs de virus, les hôtes intermédiaires, les diagnostics biologiques, les traitements des grandes endémies parasitaires, etc..., sont sommairement indiquées à leur place. Ainsi conçu, ce précis pourra constituer un utile mémento non seulement pour l'étudiant, mais pour le praticien hygiéniste ou thérapeute.

M M. R.

LA PRATIQUE DES MALADIES DE L'ESTOMAC

L PRON

Vient de Paraître: Un volume de 123 pages (Collection des Petits Précis). (1938). Prix: 18 fr. — Librairie Maloine, 27 Rue de l'Ecole de Medecine, Paris, VI.

Ce petit livre n'est pas une nouvelle édition de **La Pratique des maladies de l'estomac**, parue en 1919 et qui, l'année suivante, reparut en changeant de titre. Il n'est pas non plus la quatrième édition de: **Les Maladies de l'estomac et leur traitement en clientèle**, dont la troisième vit le jour en 1921.

C'est le résumé (en un nombre restreint de pages exigé par le format de la Collection des Petits Précis) d'une pratique de 30 ans, menée parallèlement à une activité scientifique, que beaucoup de médecins connaissent.

Aussi, trouvera-t-on là, à côte de notions classiques, certaines vues toutes personnelles et qui s'appuient sur une expérience largement suffisante. Malgré sa minceur, ce petit livre contient tout ce que le praticien doit savoir en pathologie gastrique et, sans doute, connaitra-t-il le même succès que ses aînés.

M. M. R.