ANUL XII-lea, No. 9—10 SEPT.-OCTOMBRIE 1939

# MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ

REVISTĂ LUNARĂ DE MEDICINĂ GENERALĂ

## SUMARUL

Pag.

*Cronica medicală* . . . . . 473

LUCRĂRI ORIGINALE

**C. V. ANTONESCU:** CORELATIA DINTRE PATOLOGIA AMIGDALIANA, MANIFESTATIUNILE REUMATICE SI COREICE LA COPIL . . . . . 481

**ANA BUSTEA-COSTOVICI:** VALOAREA INDICELUI DE CRESTERE A VEZICULELOR SEMINALE LA SOBOLAN IN DIAGNOSTICUL BIOLOGIC DE SARCINA (REACTIA KARAMAN, PORUMBARU, FOTIN) . . . . . 488

**E. V. CORNELEAC:** UN CAZ DE ULCER TRAUMATIC CUPRINZAND ½ SUPERIOARA A GAMBEI, ELEFANTIAZA CONSECUTIVA, TRATAT PRIN SIMPATECTOMIE LOMBARA SI GREFE EPIDERMICE OLLIER-TIRSCH — VINDECARE . . . . 495

**P. COSAC:** BAILE SARATE SI DE NAMOL: MOVILA MIRESII-JUD. BRAILA . 500

**M. ENĂCHESCU:** PARALELISM INTRE POLIURIE SI HIPERAZOTEMIE . . 506

**I GHEORGHE:** SINDROM AVELLIS . . . . . 509

**GR. GR. JAMANDI:** ASUPRA UNUI CAZ CLINIC DE HELMINTIAZA INTESTINALA PRODUS DE DIPHILLOBOTRIUM LATUM ASOCIAT CU LIGULA IASSYENSIS LEON 1908 — CH. JOYEUX — J. G. BAER, OBSERVAT IN REGIUNEA MOLDOVEI DE MIJLOC . 511

**V. UNGUREANU, E. CORNELEAC şi C. MUDREAC:** CATEVA CAZURI DE DOLICOCOLON TRATATE PRIN SIMPATECTOMIE LOMBARA TRANSPERITONEALA, CU CONSIDERATIUNI ASUPRA REZULTATULUI POST-OPERATOR . . . . . 515

**I. ZWILLINGER:** UN CAZ DE BRUCELOZA . . . . . 520

MEDICINA SOCIALĂ

**ANA BUSTEA-COSTOVICI:** LIPSURI SI DEZIDERATE PENTRU O BUNA IGIENA SCOLARA SI ASISTENTA MEDICALA IN MEDIUL SCOLAR RURAL (OBSERVATIUNI CULESE DIN CIRC. ROVINARI-GORJ) . . . . . 530

**ANA BUSTEA-COSTOVICI:** PROBLEMA NATALITATII INFANTILE IN SATELE DIN CIRCUMSCRIPTIA ROVINARI-GORJ . . . . . 535

ACTUALITĂŢI MEDICALE

**Afte bucale**... pag. 537. — **Alcoolism cronic**... pag. 537, — **Alimentaţia sugarului**... pag. 538. — **Anestezia cutanată**... pag. 540, — **Anestezia locală**... pag. 542. — **Astm**... pag. 542, — **Dermatoze**,,, pag, 543, — **Electro-fango-terapia**... pag. 545. — **Febra tifoidă**... pag. 546, — **He-**

*(Urmare pag. 2 cop.)*

54.501. SCRISUL ROMÂNESC, CRAIOVA

**matoporfirina**... pag. 548. — **Hemofilie**... pag. 549, — **Hemoroizi**,,, pag. 549. — **Intoxicaţie barbiturică**... pag. 550. — **Metoda Bier**.., pag, 550. — **Metoda Kutschera**... pag. 551. — **Mononucleoza infecţioasă**... pag. 551. — **Neurogliomul**... pag. 552. — **Oxigenoterapia**.., pag, 553, — **Paludism**... pag. 553. — **Paralizia infantilă**... pag. 554, — **Roentgenterapia**... pag. 555. — **Scisurita**... pag. 558, — **Supuraţii pulmonare**,,, pag. 559.

**CONGRESE**

**Primul Congres de Endocrinologie** (Bucureşti 4—6 Iunie 1939), de I. Copelman. . . . . 561

**Al 3-lea Congres Naţional de Radiologie şi Electrologie medicală.** 567

**CARŢI — MONOGRAFII — TEZE**

POMPEI GH. SAMARIAN: **Medicina şi Farmacia în trecutul românesc.** — Tip. „Cultura" şi „Bucovina", Buc. 1938. Vol. II şi III . 569

V. GOMOIU şi Farmacişti GH. GOMOIU şi MARIA V. GOMOIU: **Repertor de medici, farmacişti, veterinari. — Personalul sanitar din ţinuturile româneşti.** — Vol. I, înainte de anul 1870. . . 573

ŞERBAN BRĂTIANU şi VIRGIL ANGHELESCU: **Tratat de Istologie (Vol. I — Tecnica-citologie-ţesuturi).** — 1 vol. de 578 pag. cu 264 fig. şi 20 planşe în culori, Ed. Libr. Jean Leon, Buc. 1938. 575

L. STROMINGER: **Les erreurs et les fautes en urologie.** — Edit. Masson, Paris, 1939. . . . . 576

A. HAGI-PARASCHIV şi ION BAZGAN: **Tehnică de microscopie (Citologie — ţesuturi — sistem nervos).** — Edit. Libr. Jean Leon, Buc., 1939, 1 vol. de 200 pag. cu 35 fig. şi 3 planşe în culori . 578

D-na D-r IMBODEN-KAISER (Elveţia): **Ingrijirea copilului mic.** — 1 volum de 84 pag., Tip. „Lupta", Buc., 1939. Trad. de D-r Emil Dinescu şi Farm. Olymp Georgescu. . . . 579

S. DIAMANT: **Higiena alimentaţiei în decursul vieţei.** — Tip. „Universitar", Buc., 1939. . . . . 581

MIRCEA SUCIU-SIBIANU: **Gânduri sănătoase.** — Vol. II, Astra, Braşov, 1938. . . . . 582

A. ŞAIM: **Tuberculoza, boală vindecabilă.** — 1 vol. de 127 pag., Tip. „Industrie şi Comerţ", Buc., 1939. . . . . 583

GABRIEL VASILIU: **Studiul vitaminei C la sugari şi mame.** — „Scrisul Românesc", Craiova, 1939. . . . . 583

Rec. de: *M. Cănciulescu*

**DIVERSE — INFORMAŢIUNI**

**Raport asupra activităţii institutului de seruri şi vaccinuri „D-r I. Cantacuzino" pe anii 1938—1939.** . . . . 585

**Asupra „Balneologiei" Româneşti.** . . . . 585

**Chişinăul Medical** . . . . 586

**Principii actuale pentru practica desinfecţiei şi deparazitării** . 588

**Serviciul consultaţiunilor de medicină internă (1930—1938) dela Spitalul „Caritas" şi „Noua Maternitate" din Bucureşti.** . . . . 588

**Activitatea Serv. de Dermatologie şi Sifiligrafie din Spitalul Militar „Regina Elisabeta" 1934—1938.** . . . . 589

**Mişcarea bolnavilor în Spit. Aşezămintele Sft. Spiridon din Iaşi, pe decada 1925—1935.** . . . . 591

**Activitatea serviciului de Malarioterapie de la Spitalul de Boli mintale şi nervoase din Bucureşti.** . . . . 591

II

**Din „SUMARUL" No. viitoare** . . . . *156*

**ANALIZE — REVISTA PRESEI MEDICALE ROMANE** . . . . *152*

**LUCRĂRI PRIMITE LA REDACŢIE** . . . . *153*

Biblioteca Universitară Iaşi / Babeş-Bolyai University Library Cluj

# CRONICA DE MEDICINĂ SOCIALĂ

## SOLUŢIUNI PENTRU NEAJUNSURILE CARI SLĂBESC TEMELIILE NEAMULUI

### CUM AR PUTEA CREŞTE POPORUL ROMÂN

D-l Docent D-r C. Stanca, directorul Institutului pentru Studiul Cancerului, din Cluj, însărcinat de Societatea **„Acţiunea patriotică"** să studieze problema capitalului uman al ţării noastre, — după ce aruncă o reprivire istorică asupra evoluţiei biologice a popoarelor; asupra situaţiei capitalului uman în Europa; asupra factorilor cari determină la noi mortalitatea urcată; asupra problemei mortalităţii în raport cu situaţia materială şi culturală a locuitorilor; asupra rolului asistenţei sociale şi a bisericii în combaterea mortalităţii la noi; asupra aportului pe care îl aduce femeia intelectuală la problema mortalităţii şi asupra contribuţiei şcoalei de azi la mortalitatea aşa de urcată la noi — ajunge la soluţiunile menite să îndrepte starea de azi, formulate astfel:

**programul de refacere** să aibă în vedere în primul rând combaterea mortalităţii infantile; o **instituţie naţională de stat** să vegheze asupra protecţiei maternităţii şi copilăriei; **principiul** de luptă, **preventiv**, să acţioneze prin **case de ocrotire** la ţară; prin **surorile de ocrotire**; prin generalizarea **consultaţiilor prenatale**; prin înfiinţarea în fiecare comună a **casei femeii şi copilului** în care să nască femeia săracă; toţi medicii sanitari să aibă **pregătire obstetricală**, să se înfiinţeze cât mai multe **spitale obstetricale** — cel puţin unul pe judeţ — condus de specialist; în fiecare judeţ o **şcoală pentru pregătirea de moaşe rurale** — în 10 luni; să se facă cât mai dese **anchete sanitare** cu obiect principal asupra higienei ţăranului, asupra mamei şi asupra copilului; să se intensifice **propaganda antituberculoasă; higiena şi cultura şcolară** să fie condusă după principiile pedagogiei moderne prin cultura fizică adaptată fiecărei vârste — **instituţia străjeriei** având rol mare; **asociaţii femeeşti** să se ocupe de femeia mamă, căreia **să** i se dea o alocaţie alimentară suficientă; să se institue **„ziua mamei"** şi **„ziua copilului"**; **să** se legiferere **premierea părinţilor cu copii mulţi**; statul să acorde un **ajutor familiar; avorturile** să fie energic combătute şi cele medicale reglementate, avându-se în vedere mai ales consideraţiunile eugenice şi tarele hereditare; **statul şi biserica să combată căsătoriile de probă şi concubinajele precare** (cari au despopulat Banatul); marile industrii şi fabrici să creieze **„leagăne"** şi **„creşe"**; să se întocmească **fişa individuală de sănătate a** fiecărui locuitor (să se ţină în evidenţă, căci altfel n'are valoare); să se introducă **certificatul de sănătate prenupţial obligator pentru soţ**, să se proceadă

**la românizarea celor cotropiţi de străini;** statul să se ocupe activ şi efectiv **ne problema colonizării românilor de peste hotare şi de naţionalizarea românească a hotarelor.**

Un **Institut pentru biologia şi igiena naţiunei** să vegheze necontenit la **refacerea calitativă a naţiunei** prin **organizarea educaţiei eugenice.**

Acest admirabil **program de refacere a naţiunii,** bazat pe considerente şi principii medicale, program pe care îl considerăm totalitar, a fost expus într'o conferinţă publică ţinută în ziua de 8 Mai 1938, la Cluj şi a apărut în broşură la „Tipografia Eparhiei Ortodoxe române" din Cluj, 1938.

O bogată bibliografie a chestiunilor ridicate o termină.

## MEDICINA MUNCII.

### PATOLOGIA MUNCITORILOR AGRICOLI.

„Medicina muncii are ca obiect studiul influenţelor reciproce dintre om şi mediul în care îşi exercitează ocupaţiunea zilnic" după cum defineşte Guy Hausser în Presse Médicale Nr. 67/1939, într'o revistă generală asupra patologiei profesionale a muncitorilor agricoli, revistă care prezintă la sfârşit o bibliografie sumară a chestiunei.

Această medicină a muncii reprezintă o altă latură a medicinei sociale şi prezintă o individualitate medicală mai pronunţată decât medicina militară a cărei individualitate este mai mult de ordin militar.

Patologia agricolă, rurală, face faţă la rându-i patologiei industriale urbane.

Babeş-Bolyai / Central University Library Cluj

Importanţa respectivă a fiecăreia o determină cifra respectivă a populaţiei, care dacă în Franţa, de exemplu, se echilibrează printr'o activitate mixtă, în România predomină patologia agricolă prin raportarea ei asupra populaţiei rurale care reprezintă o cotă de circa 80% din întreaga populaţie a ţării.

Tot astfel în ţările eminamente agricole, cari sunt Jugoslavia, Ungaria.

Mărginându-se la studiul patologiei agricole, autorul precitat îl consideră ca trebuind fi făcut după diferitele specializări, precum după: a) cultura mixtă (cereale, leguminoase, viticultură, grădinărit); b) creşterea vitelor, sivicultura; e) munca specială: precum a inului, cânepei, sfeclei, etc.

Dar considerând patologia agricolă în totalitatea ei, după leziunile principale cari poartă asupra principalelor aparate, autorul distinge la:

**squelet şi aparatul locomotor:** între altele, artritele cronice, rupturile şi crampele musculare; la

**ap. respirator:** afecţiunile micosice, infecţiunile banale, tuberculoza; la

**ap. circulator:** cardiopatio reumatismală, insolaţia, varicele; la

**ap. digestiv:** turburările digestive datorite lipsei igienei alimentare, dentare şi bucale; la

**dermatoze:** eritemele solare, cancerele cutanate (70 la 100 dintre cancerele cutanate s-ar observa la agricultori), bătăturile mecanice; infecţiunile parasitare, precum râia, tricofiţia, favusul ş. a.; la

**oculare:** conjunctivele solare, datorite prafului, ş. a.; la

**boale infecţioase:** cele datorate contactului mai intim cu animalele domestice, precum turbarea, rujetul porcilor (boala porcarilor, cărbunele, febra aftoasă ş. a., paludismul; la

**intoxicaţiile profesionale ale agricultorilor,** de asemenea sunt de luat în considerare raporturile cu îngrăşămintele chimice, stropitul viilor.

Mai departe, autorul pomenește despre măsurile de **selecțiune ale muncitorilor agricoli**, și adaogă că o **legislație specială, agricolă**, pentru riscurile și accidentele agricole nu există decât în Mexic și Ungaria.

Aceste prea interesante noțiuni trebuesc puse în legătură cu medicina specială a țării noastre.

## PROBLEME SANITARE MILITARE

### MEDICINA MILITARĂ

Intr'un articol publicat în „România Medicală" No. 17/1939, D-l Prof. C. Daniel tratează despre **Medicina militară**, căreia îi recunoaște o individualitate proprie, cu materie aparte și obiect bine definit, încât să poată sta față în față cu medicina civilă.

Ar pleda pentru această autonomie:

„Existența școalei de medicină militară dela Val-de-Grace, a școalei de medicină colonială, de medicină navală în Franța; — o întreagă categorie de cunoștințe medico-militare relative la serviciul sanitar al armatei (factori preventivi, factori curativi, organizare, funcționare, serviciul sanitar la armatele de operațiuni, serviciul sanitar în zona internă), la tactica evacuării, la triajul răniților, la unele particularități ale chirurgiei de răsboiu (relative la profilaxia de răsboiu; la tifosul exantematic, febra recurentă, tetanosul și gangrena gazoasă; la chocul cu accidentele depresive după traumatismele de răsboiu; la hemoragici, la marii răniți, la infectați; la terapeutica plăgilor articulare; a plăgilor infectate și devitalizate; la evoluția traumatismelor deschise; la amputațiile plane; la plăgile pulmonare; la traumatismele și abcesele cerebrale; la tratarea gazaților; la patologia și tratamentul arsurilor masive); — mai îndeosebi, în special noțiunile relative la chestiunea suturării plăgilor de răsboiu, precoce sau secundare; la transfuziunea sanguină, noțiuni pe care dacă la noi medicii militari le pot căpăta în Institutul medico-militar, în Școala specială sanitară, în Școala pregătitoare de ofițeri sanitari superiori — medicul civil nu are unde să le capete, stagiul militar ce este chemat sa facă, fiind prea scurt pentru dobândirea atâtor cunoștințe suplimentare".

Autorul mai aduce în sprijinul existenței unei medicine militare, organizarea Congreselor internaționale de medicină și farmacie militară; precum și propria sa inexperiență când s-a simțit oarecum nepregătit la începutul răsboiului trecut a face față la nevoile ivite.

Autorul pledează pentru înființarea unui **Invățământ medico-militar**, care să fie predat de pe o Catedră universitară.

Cu altă ocazie D-sa urase ca această **Catedră de medicină militară** să fie creiată de urgență, fiind date împrejurările actuale.

Deocamdată această catedră să fie alipită pe lângă Facultatea de medicină din București, până la înființarea unei **Academii de medicină militară românească**, în felul celei franceze dela Val-de-Grace.

Aceste păreri trebue să se sprijine pe convingeri prea puternice, din moment ce ele se manifestă într'un moment când învățământul universitar românesc, în special cel medical, de-abia a eșit din faza comprimării, prin suprimarea sau contopirea unor catedre complimentare sau de strictă specialitate.

Le relevăm aci, în cadrul unei „Cronice de medicină socială", pentru-că din mai multe decât o singură considerație se poate susține că răsboiul este o maladie socială.

Dar această boală socială a răsboiului se manifestă prea rar, pentru-ca să i se consacre o catedră specială.

Răsboaele sunt menite să dispară într'un viitor nu prea îndepărtat, fiind înlocuite prin arbitrajul între naţiuni; sau se vor manifesta la intervale din ce în ce mai rari, încât în pas cu mersul civilizaţiei vor suferi transformări profunde cari le vor face de nerecunoscut, iar asupra aspectelor viitoare este prematur a se pronunţa.

Alături de mutabilitatea speciilor, asistăm la transformarea boalelor şi a răsboaelor.

Schimbările survenite se vor putea pune în evidenţă mai uşor în desbaterile societăţilor şi instituţiilor ştiinţifice medicale — şi sunt destul de numeroase cele existente — decât de pe o catedră unică.

Noţiunile de predat sunt atât de variate şi trebuesc scoase din atâtea domenii îndepărtate — chiar dacă ne-am mărgini numai la cele de ordin medical, fără să luăm în considerare pe cele de ordin militar cu cari sunt în strictă conexiune, şi cu atât mai puţin pe cele de ordin technic, social, economic de cari depind — încât va fi greu a le scoate din cadrul lor general pentru a le aduna laolaltă.

In condiţiile vieţei normale, aşa zise civile, şi în cadrul medicinei generale noţiunile medico-militare se pot toate întâlni.

De ce, deci, a le grupa în cadrul unui curs disparat, riscând a face un tot neomogen şi puţin solid; iar o personalitate unică, oricât de excepţională, nu le poate cuprinde pe toate cu egală competenţă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Noţiunile cari au legătură cu problemele sanitare militare pot foarte bine rămâne în cadrul lor natural şi de-acolo să fie scoase şi predate de specializaţi în materie; precum de exemplu cunoştinţele pentru gazele de răsboiu, pe care le expune în toată ţara în conferinţe atât de apreciate echipa în frunte cu D-l Medic G-ral D-r Bălănescu.

Azi, nu se mai poate vorbi despre un singur specializat în medicina militară, ci de specializaţi în diversele probleme sanitare militare, cari dela predarea micului regulament militar se întind până la aprofundarea celor mai subtile chestiuni medicale.

Invăţământul medical teoretic tinde să dispară; el este cu adevărat folositor numai când la fiece pas se bazează pe cel practic, în clinici şi în laboratoare.

**Clinica medico-militară** este reprezentată prin Spitalul militar, unul central şi atâtea periferice, ai cărei diverşi şefi de serviciu vor preda noţiunile medicale specializate; — prin Formaţiunile medico-militare diverse, prin care orice student şi medic civil este chemat să treacă cu timpul şi în mod repetat.

O atenţie deosebită acordată acestui **Serviciu medico-militar**, în cadrul natural al spitalului militar, al formaţiunilor medico-militare diverse, al stagiului medico-militar, al concentrărilor repetate, al cursurilor de specializare şi de urcare în grad — credem că ar atinge mai bine scopul urmărit decât debitarea de pe o nouă catedră universitară, fără urmare, de noţiuni teoretice şi atât de disparate.

## CHIRURGIA DE RĂZBOIU

Dacă este greu a desprinde din cadrul medicinei generale grupul noţiunilor medicale de ordin militar, chirurgia de răsboiu merită a fi menţionată aparte, pentru-că ea prezintă caractere particulare care o disting în chiar sânul specialităţii sale.

Contribue la aceasta conduita specială ce trebue să avem în faţa răniţilor de răsboiu, împrejurările diferite ale felului rănii, ale sediului ei, ale posibilităţii de infecţiuni, ale putinţei de intervenţie imediată şi afectivă, ale transportului ş. a.

Pentru incertitudinea atitudinei luate faţă de diferitele plăgi în răsboiul mondial trecut, pentru-că scheme definitive de cum să se procedeze, nici până azi nu s-au stabilit în multe privinţe, Academia română de medicină a luat iniţiativa alături de Societatea de chirurgie din Bucureşti, de a trata materia chirurgiei de răsboiu în şedinţe extraordinare.

Prima şedinţă a avut loc în ziua de 16 Sept. a. c., la ordinea de zi punându-se Tratamentul plăgilor de răsboiu şi organizarea refugiilor.*)

D-na D-r **Maria Rainer**, a insistat asupra avantagiului debridărilor largi, cari descoperind o regiune întinsă permite o curăţire radicală, prevenirea infecţiei şi combaterea ei cu mai mult succes; tratarea directă a lesiunilor, evitarea amputaţiunilor de cari s-a făcut abuz în răsboiul trecut.

Observaţiile D-sale se sprijină pe un material de 800 cazuri tratate în câteva spitale aflate sub direcţia sa în răsboiul trecut.

D-l Prof. **Vintilescu** atrage atenţia asupra importanţei titlului în clor al soluţiei Dakin care, dacă nu este stabilit cât trebue şi cum trebue, soluţia riscă a nu fi activă, ba chiar a deveni vătămătoare.

D-nii Prof. **Nasta** şi **Hortolomei** cer ca Academia să fixeze mai multe şedinţe pentru tratarea detaliată a dif. aspecte ale chirurgiei de răsboiu, după împrejurări, după momentul survenirei plăgii, după formaţia chemată să o trateze, după regiunea corpului afectată.

D-l Prof. **Hortolomei** relevând că în răsboiul trecut la formaţia sa sanitară, în care lucra şi d-l Prof. **Manicatide**, nu avea la dispoziţie materialul necesar pentru a fixa fracturile, spre a le împiedeca imobilitatea pe care o constatase şi D-na D-r Rainer, — D-l Prof. **Angelescu** a intervenit arătând că acest material l-am avut cu prisosinţă, fiind ales şi supraveghiat de D-sa personal.

Faptul semnalat de D-l Prof. Hortolomei, că nu-l avea într'o formaţie de importanţa celei a d-sale, dovedeşte că materialul nu se găsea unde trebuia, deci un viciu de organizare.

La sfârşitul şedinţei, D-l D-r **Dimitrie Mamant**, medic g-ral în rezervă, citeşte un raport asupra observaţiunilor D-sale personale, culese cu ocazia războiului trecut, în care D-sa împreună cu D-l D-r **Popescu** dela Caracal, luaţi prizonieri, au fost puşi să lucreze într'un spital de prizonieri cu 3000 paturi la Timişoara, în care a dat îngrijiri la peste 9000 bolnavi.

Intre altele D-sa insistă asupra triajului, ca să nu se opereze nici prea de vreme (pe front) — din cauza chocului; nici prea târziu (departe în dosul frontului) — din cauza pericolului infecţiei declarate; ci după caz şi împrejurări.

Triajul să aibă în vedere şi cazurile medicale nu numai pe cele chirurgicale; nici intervenţionism sistematic, ca la începutul răsboiului mondial când mureau mai mult cei operaţi pe loc, decât cei neoperaţi; nici abstentionismul exagerat, în care s-a căzut ulterior; ci o conduită prudentă, de mijloc, după caz.

---

*) *In şedinţele ulterioare s'au extins desbaterile şi la alte subiecte sanit. militare*

Tratamentul plăgilor de răsboiu să aibă în vedere şi natura proectilului; azi 3 sferturi din răniţi sunt atinşi de proectile de obuze şi numai un sfert de gloanţe de armă.

La sfârşitul şedinţei, s-a hotărît ca chestiunea tratamentului plăgilor de răsboiu să rămână în continuare; iar pentru tratarea organizării refugiilor, şedinţa viitoare să aibă loc la Societatea de Salvare, după propunerea făcută de D-l Prof. N. Minovici, ca mai potrivită cu natura subiectului.

La fel, **Academia franceză de chirurgie** care trebuia să-şi reia activitatea în Octombrie, a anticipat deschizând şedinţele în ziua de 20 Septembrie.

Caşi în 1914, Academia în plenul prezidat atunci de D-l Prof. Tuffier, azi de D-l Prof. Hartmann, a hotărît a relua imediat activitatea în şedinţe săptămânale, pe loc tot timpul la Paris, mai târziu în conferinţe interaliate pentru-ca să se standardizeze mijloacele terapeutice de intervenţiune, a pune la punct metodele cele mai eficace şi mai adequate diverselor plăgi de răsboiu prin arme de foc sau gaze.

D-l Prof. Hartmann, care ocupa provizoriu scaunul preşidenţial în lipsa preşedintelui actual, D-l Prof Grégoire mobilizat pe front, şi-a exprimat speranţa că, chirurgii francezi nu vor fi obligaţi a supune observaţiile lor autorităţilor militare erarhice pentru a obţine autorizaţie de publicare; ci, ca să fie vărsate desbaterilor cu un moment mai de vreme, vor fi adresate deadreptul Academiei care îşi va lua ea sarcina de a practica o cenzură valabilă şi nepasibilă de vreo obiecţiune din partea comandamentului.

Până la luarea în considerare a rezultatelor chirurgiei de răsboiu care pentru moment stagnează, Academia va rezolva chestiunile de chirurgie civilă deja semnalate şi va pune în desbateri prin specialişti mai autorizaţi în materie câte o chestiune de actualitate interesând pe toţi chirurgii în prezent pe front.

In această primă şedinţă, D-nii Prof. Clovis Vincent şi Thiery de Martel au tratat despre regulele **Neuro-chirurgiei în timp de răsboiu.**

SERVICIUL SANITAR DE RĂZBOIU

Intr'un articol recent, publicat în revista „Spitalul" Nr. 9/1939, D-l D-r V. Gomoiu, atrage atenţia asupra **Serviciului sanitar de răsboiu,** punând în evidenţă interdependenţa diferitelor servicii militare şi complexitatea problemelor sanitare de răsboiu.

„In răsboiul trecut, anumite împrejurări au impus pe alocurea debarcarea marinarilor şi descălecarea cavaleriştilor pentru a lupta în tranşee;

— însăşi medicii şi preoţii au fost nevoiţi să ia asupra lor comanda unor mici unităţi;

— în campania din 1913, chirurgii noştri n-au avut nimic de lucru, fiindcă nu s-au dat lupte, dar am pierdut lume multă din cauza holerii;

— în iarna anului 1916—17, în afară de chirurgia „reparatoare" care s'a practicat în câteva spitale, n-a fost alta, în schimb ne-au decimat molimile (tifosul recurent), tifosul exantematic);

— iar în 1917, după Mărăşti şi Mărăşeşti, chirurgia a avut rol important, dar au urmat epidemia de icter infecţios, febra tifoidă, gripa spaniolă, stările de mizerie fiziologică şi de scorbut".

La fel în trecut, şi în cursul răsboaelor din ultimul timp (japono-chinez, intern-spaniol şi germano-polonez).

Şi autorul conchide la interdependenţa obişnuită a diferitelor servicii de răsboiu — de aceea în calitate de Preşedinte al Uniunei Ofiţerilor de Rezervă a organizat cursuri în comun, predate de specialişti, dar audiate de toate armele şi de toate gradele; — şi deduce complexitatea problemelor sanitare de răsboiu, în care chirurgia nu este şi nu poate constitui unica preocupare a conducătorilor, ea nefiind nici chiar cea mai importantă — de aceea menţionează între alte probleme cărora trebue să li se dea o tot atât de vie atenţie: problema transporturilor, problema apărării contra gazelor toxice, problemele de higienă, referitoare la cantonament, la hrană, la îmbrăcăminte, la curăţenia întregei populaţii prin băi şi cuptoare de deparazitare, problema aprovizionării şi a raţionalizării consumului în alimente şi medicamente, problema prevenirii nu numai a combaterii boalelor contagioase ş. a.; — şi trece în revistă rapidă mijloacele practice necesare.

Referindu-ne la crearea unui învăţământ unic medico-militar, repetăm că nu vedem cum toate aceste chestiuni de specialitate variată ar putea fi tratate cu egală competinţă de un profesor unic şi de pe o catedră teoretică; pe când vedem avantagiul imens al tratării lor de către diferiţi specialişti, în cadrul firesc al instituţiunilor sanitare militare existente (spitale, şcoli, formaţiuni militare diverse) în cari se poate mai cu folos asculta, privi şi pune mâna la lucru.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

SERVICIUL SANITAR DE PACE

Considerăm **Serviciul sanitar militar în timp de pace**, după cum este de luat în considerare **Serviciul sanitar civil în timp de răsboiu.**

Interdependenţa strânsă a ambelor servicii, civil şi militar, în timp de pace şi în timp de răsboiu; ca şi raportarea lor la populaţia întregei ţări, la naţiune, — pledează pentru unificarea ambelor servicii şi punerea lor sub o conducere sanitară unitară.

Intre alte argumente se adaogă constatările de fapt: — materia medicinei lor este aceiaşi, adăogându-se obiective în plus sau în minus după cum populaţia civilă, armata şi ţara se află în situaţie de pace sau răsboiu; — corpul medical civil şi militar, confundat în timp de răsboiu, se amestecă din ce în ce mai mult în timp de pace prin practica în comun a medicinei, medicii militari deveniţi buni clinicieni, extinzându-şi practica medicală la populaţia civilă; — spitalele militare şi-au deschis larg porţile bolnavilor civili, pe lângă asistenţa obligatorie ce dau familiilor militarilor; — soldaţii amânaţi sau reformaţi se întorc la vetrele lor; — materialul sanitar în efecte şi medicamente este acelaşi; — infirmiera şi sora înlocuesc în instituţiile sanitare militare infirmierul.

Dar unele probleme sanitare militare din timp de pace forţează accentuarea acestor dependenţe.

Pentru moment vom menţiona pe cele cari le pun **Dispensarea medicală, Scutirea** după 2 amânări, **Reformarea** pentru unele afecţiuni şi debilităţi — situaţiuni de drept şi fapt asupra cărora scrie un articol extrem de judicios, intitulat **„Adevărul unor teorii"** D-l Medic Colonel

D-r Gh. Radianu în „Revista Sanitară Militară" No. 8/1939, după ce în No. 4/1938, al aceleaşi reviste făcuse un studiu asupra condiţiunilor în care Serviciul Sanitar Militar ar putea contribui cu succes la combaterea unora din bolile sociale cari bântue în populaţia ţării noastre.

„**Dispensarea medicală**, acordată pe timp de 7 ani, nu foloseşte tuturor categoriilor în cari se acordă, pentru-că mediul în care dispensatul este chemat să trăiască rămâne acelaş; pentru-că cauzele pentru cari se acordă nu se pot îndrepta numai prin trecerea timpului.

Ea se acordă de obiceiu, pentru debilitate fizică sau generală; — or, 50% dintre debilitaţii, cari se bucuraseră de dispensa medicală, la revizuire au fost găsiţi cu tuberculoză pulmonară în stări destul de înaintate; — iar, dintre ceilalţi dispensaţi pentru debilitate declarată în urma „Indicelui Pignet" sau în urma „Datelor comparative între talie şi perimetru", majoritatea celor fără indice au fost găsiţi buni de serviciu, iar toţi dispensaţi pentru lipsa raportului reglementar dintre înălţime şi perimetru au fost reformaţi.

Aşa că, aceste „foarte relative" date n'au făcut decât să permită tuberculizarea unui mare număr de predispuşi cari trebuiau scoşi din mediul lor, să amâne degeaba pe unii cari tot au fost luaţi şi să nu reformeze dela început, ci după 23 ani împliniţi, pe cei la cari „creşterea oaselor fiind oprită în cele 2 dimensiuni nici musculatura nu putea să-şi mărească perimetrul".

Dintre **Scutiţii** după 2 amânări sau **Reformaţii** cu adenopatii cervicale şi cronice, 50% au fost găsiţi cu tuberculoză pulmonară, iar ceilalţi, cu sau fără cicatrice, îşi petreceau reforma în cea mai deplină sănătate (după cum în cea mai prefectă euforie şi eutrofie, hiperactivitate şi câştig, îşi petrec mulţi medici reforma de după războiul din 1916—18 — Nota noastră).

Castraţia bilaterală motivează reforma; dar castraţii unilaterali, mulţi găsiţi perfect sănătoşi după 10—12 ani, să nu fie dispensaţi decât pentru 7 ani, şi aceasta în vederea castrării pentru vre-o posibilă tuberculoză testiculară.

Dintre reformaţii pentru insuficienţă mitrală, majoritatea au fost găsiţi sănătoşi la revizuire — de aceea autorul propune ca dispensaţii medicali să fie supuşi anual revizuirii.

**Serviciul auxiliar**, în care sunt aruncaţi acum toţi cei cu situaţia neclară a sănătăţii, să fie bine triaţi, căci acum orice serviciu militar cere elemente capabile şi valide mai ales din punct de vedere psihic; iar înălţimile de 147 şi 154 cm., cari trimet pe posesorii lor la serviciul auxiliar, se pot întâlni la indivizi perfect sănătoşi, mai ales la cei dela munte, cari de obiceiu sunt mai scurţi.

Autorul afirmă cu bună dreptate, în concluziuni, că până în acest an, la noi, actul recrutărei a fost prima examinare medicală continuă, serioasă, făcută în bloc, demonstrativă şi în urma căreia se vor lua măsuri. Recrutarea a avut toate calităţile, afară de vârsta prea târzie în care se face şi a măsurilor unilaterale pe care le ia.

Măsurile luate, adică înlăturarea dela Armată a celor inapţi din punct de vedere fizic sau psihic, au fost şi au continuat să fie unilaterale. Ca în orice împrejurare, tot ce nu e complect este dăunător.

Pierderea este dublă: şi pentru înlăturaţii de către armată de orice categorie ar fi, şi pentru semenii lor sănătoşi în mijlocul cărora se întorc.

Autorul îşi bazează aprecierile pe lungul şir de ani petrecuţi în Spitalele militare şi în diferitele Comisii de contra şi supravizitare, şi pe Revizuirea a 17.553 de foşti cu diferite clasări medicale.

Iată deci un nou prilej în care medicina civilă şi militară, ca şi serviciul sanitar civil şi militar se întâlnesc.

M. CÂNCIULESCU

# CORELAŢIA DINTRE PATOLOGIA AMIGDALIANA, MANIFESTATIUNILE REUMATICE SI COREICE LA COPIL

de

D-r C. V. ANTONESCU — Cluj.

Toate manifestaţiunile articulare cu caracter trecător, congestiv şi fluxionar fac parte din reumatism (P. Weil).

Coreea este o nevroză cu etiologie necunoscută (Sydenham) sau reumatică (German Sée şi H. Roger).

Atât problema reumatismului cât şi aceea a coreei a fost şi mai este mult desbătută mai cu seamă în ceeace priveşte etiologia, mecanismul patogenic şi deci terapeutica lor.

Confuzia mare, începe dela clasificarea reumatismului, fiecare autor urmând alte şi alte principii. Totuşi în general privită problema, putem să zicem că manifestaţiunile reumatice le putem încadra în două grupe mari: reumatismul infecţios adevărat şi manifestaţiunile reumatoide sau pseudoreumatismul.

Primul cunoaşte ca etiologie un virus filtrabil încă necunoscut, în a două grupă intrând toate manifestaţiunile reumatismale, cari cunosc foarte variate cauze etiologice. Printre acestea amintim, reumatismele specifice (gonococice, tuberculoase), manifestaţiunile reumatismale endocrine (ficat, tiroidă, ovar), fenomenele reumatismale din diferite boli infecţioase (febra tifoidă, scarlatina, etc.), fenomenele reumatismale alergice şi anafilactice, în fine reumatismele prin focar infecţios sau chiar infecţiuni necunoscute, cu caracter acut.

Evident că factorii predispozanţi hereditari, climatici, profesionali, cărora le dă o importanţă deosebită Poyton şi Schlesinger, joacă un rol foarte important.

Coreea, în felul cum a fost privită de Sydenham, este o nevroză acută cu o cauză necunoscută, pe când în felul concepţiei lui Germain Sée şi H. Roger, ea cunoaşte drept etiologie reumatismul acut infecţios. S'a mai incriminat encefalita epidemică, heredo-sifilisul, iar No-

*) Lucrare din Clinica Infantilă Cluj, — Dir. Prof. D-r Gh. Popoviciu. — Comun. la Soc. de Pediatrie, Puericultură şi Nipiologie din Cluj, în şed. din 6 II. 1939 sub titlul „Rolul amigdalelor în determinarea reumatismului şi coreei la copii".

bécourt şi Tinel împreună cu alţi autori, admit un virus neurotrop necunoscut. Şi aci, predispoziţia hereditară (nervosismul, alcoolismul, histeria la ascendenţi) joacă un rol oareşicare, dar cu cea mai mare probabilitate, este vorba numai de cauze cari pregătesc terenul, sensibilizând sistemul nervos faţă de infecţiuni. Pe de altă parte Nobécourt zice că, atunci când reumatismul nu face determinări cardiace, coreea poate fi echivalentul, mai cu seamă că foarte rare ori ne întâlnim cu reumatism manifestându-se simultan cu coreea, care succede reumatismul şi tot atât de rar precede reumatismul. De altfel şi în Clinica infantilă din Cluj, în decurs de 10 ani, nu s'au observat decât 4 cazuri de reumatism manifestat simultan cu fenomene coreice.

Nobécourt împreună cu Babonneix separă grupul de manifestaţiuni coreiforme, pe care le clasează drept coree simptomatică, ca asociind diferite boli infecţioase, având un decurs cu totul aparte de cel tipic şi ciclic al coreei acute a lui Sydenham.

Bertani a fost acela care a explicat reumatismul, prin infecţiune focală şi a arătat importanţa infecţiunii mai ales cu streptococ, în determinarea acestor artropatii infecţioase, considerând drept poartă de intrare amigdala palatină.

Pe de altă parte, Griffu observă că la majoritatea cazurilor de coree, amigdalele palatine sunt afectate. După indicaţiile lui Letelier (Chili) este primul care aplică amigdalectomia ca metodă terapeutică, în 1930, la 10 cazuri de coree, obţinând rezultate bune. La Cluj, după indicaţiile Prof. Gh. Popoviciu, în 1937 pentru prima dată, se aplică amigdalectomia la 3 cazuri de coree (internate în Clinica infantilă din Cluj), de doctorii, P. Avrămoiu şi St. Gârbea, obţinând rezultate curative bune, — apoi în 1938, Profesorul G. Buzoianu şi D-r St. Gârbea publică alte 13 cazuri de coree, vindecate sau ameliorate prin amigdalectomia. Deci proba terapeutică confirmă presupunerea că amigdala joacă un rol preponderant în determinarea coreei.

Un rol tot atât de importan joacă şi în determinarea fenomenelor reumatismale, încât în 1937, Stetter publică rezultatul terapeutic a amigdalectomiei totale la 331 cazuri de reumatoide.

Evidenţierea ca factor patogenic al amigdalei pretinde discutarea mecanismului prin care ea devine o determinantă pentru manifestaţiunile reumatoide şi coreiforme, fapt care este în intenţiunea noastră.

Deşi rezultatele publicate de diferiţi autori, demonstrează eficacitatea amigdalectomiei ca metodă curativă, totuşi Poyton şi Schlesinger nu admit amigdalectomia decât atunci când ele sunt mari sau supurate, sau când ele sunt mici dar cu ganglionii submaxilari măriţi.

Aceste restricţiuni în indicaţiile amigdalectomiei ne determină să cercetăm mai de aproape corelaţia, ce ar exista, între starea patologică a amigdalelor, manifestaţiunile reumatoide şi cele coreiforme şi dacă ne poate da relaţiuni asupra mecanismului patogenic.

In concepţia profesorului Schlauck dela Achen, în reumatismele toxice focale, toxina ar face prin căile limfatice în lichidul cefalorachidian, prinzând coarnele anterioare, le determină mici leziuni, cari la rândul lor repercutându-se asupra capilarelor, asupra ţesutului mezenchimatos şi a muşchilor striaţi, determină tremurături fibrilare,

cari constituesc un simptom sigur a reumatismului focal. Dar a vorbi despre toxicoză focală, trebue să admitem, că originea acestor toxine poate fi exogenă sau endogenă. Ori, toate concepţiile focale admit necesitatea unei infecţiuni, prezenţa unui agent patogen cantonat pe amigdale, — cel mai incriminat fiind streptococul, — de aci acţionând prin toxinele sale. Totuşi se pune întrebarea, *care este adevăratul rol al amigdalelor?* Numai un simplu rol mijlocitor, de *poartă de intrare*, sau în realitate prin ele înşile sunt *determinante?* Am văzut restricţiunile lui **Poyton** şi **Schlesinger**, *restricţiuni cari ne pun în faţa a două alternative: amigdala mare dar neinfectată, din moment ce a doua alternativă este amigdala supurată.* Este o distincţiune profundă, pe *care o fac aceşti autori, cu atât mai mult, cu cât adaugă şi o a treia indicaţiune, amigdale mici dar însoţite de ganglioni submaxilari măriţi. Care este motivul acestei distincţiuni?* Ar avea o explicaţiune logică cu aplicaţiune practică? Răspundem afirmativ. O amigdală hipertrofică fără alte semne inflamatorii (hiperemie, durere, etc.), nu condiţionează o infecţiune precedentă, mai ales că la copii este foarte frecventă starea hipertrofică amigdaliană, ea fiind un organ limfoid; ori, în copilărie ţesutul limfoid este în epoca sa de intensă activitate. Semnele unei infecţiuni amigdaliene sunt hiperemia ei, uşoara tumefiere (care de unii medici, în mod greşit, este considerată drept hipertrofiată), durere la deglutiţie, care produce disfagie, aiteori sunt prezente semnele de pululaţie, sunt amigdalele criptice şi pultacee. Dar, când avem în faţa noastră o amigdală hipertrofică simplă, ea nu trebue să cunoască o etiologie şi patogenie necondiţionat infecţioasă. Este adevărat că amigdala hipertrofică face, foarte deseori şi uşor infecţiuni repetate, dar în aceste cazuri preexistă hipertrofia care sensibilizează amigdalele faţă de infecţiuni şi nu invers.

Dacă în cazul primei alternative nu există infecţiunea, care să poată fi incriminată drept cauză a fenomenelor reumatismale sau coreice, atunci rolul ei trebue să se explice prin *alt mecanism.* Căci, în cazul alternativei cea de a doua, unde *infecţiunea este prezentă*, ea poate fi incriminată, însă în aceste cazuri, *amigdalectomia curativă* pare a fi iluzorie, din motivul că *infecţiunea cantonată pe amigdală* se întinde la întreg inelul limfoid a lui Waldeyer şi *peritonsilar*, care devine şi rămâne şi *după amigdalectomie, un depozit şi distribuitor al infecţiunei* (I. Haţieganu). Pe de altă parte **Schlauck**, vorbeşte de exo- şi *endotoxine, faţă de cari organismul se apără prin inflamaţiune, cu ajutorul sistemului reticulo-endotelial.* Prin această aserţiune, **Schlauck** pare să admită în afară de toxinele exogene, cari ar proveni în speţă dela diferiţi microbi incriminaţi, şi endotoxina cu proprietăţi similare faţă de organism. De unde ar putea să provină aceste endotoxine? Ar putea fi endotoxine provenite dela microbii incriminaţi, cari au fost fagocitaţi de celulele limfoide amigdaliene, dacă admitem pătrunderea acestor microbi până în interiorul ţesutului amigdalian folicular. Dar în afară de reumatoidele prin infecţiuni specifice sau cu diferiţi agenţi microbieni, se poate observa întreg cortegiul simptomatic al reumatismului şi în diferite stări patologice organice, mai ales endocrine, între cari locul prim îl ocupă ovarul, tiroida şi ficatul, aiteori

BCU Iasi / Central University Library Cluj

o colită sau fenomenele anafilactice desfăşoară un astfel de cortegiu simptomatic. Care ar fi mecanismul patogenic în astfel de stări patologice? Răspunde **Pemberton**, care susţine că patogenia dinamică îşi are rolul preponderant. El observă că la majoritatea cazurilor, există o tendinţă de scoborîre a metabolismului bazal, o creştere a creatinei în sânge, admiţând o turburare locală a metabolismului calciului în imediata apropiere a articulaţiilor şi observă că la reumaticii cronici glicemia este în creştere, fapt ce ar fi datorit unei diminuări în eliminarea glucozei, din cauza jenei din circulaţiunea micilor vase.

Trecând la amigdale, cari ne interesează mai de aproape, şi căutăm să vedem caracterele sale anatomo-fiziologice, vom constata că sunt organe glandulare cari pot fi considerate ca exoendocine. Exocrine prin lacunele amigdaliene acoperite de un epiteliu glandular care secretă mucusul, şi endocrine prin foliculii amigdalieni cari prin celulele limfatice dispuse în acini glandulari închişi elaborează un produs pe care îl varsă în circulaţia sanghină (Testut). Dacă nici până astăzi nu cunoaştem acest produs endocrin, motivul este că niciodată n'a preocupat mai de aproape pe fiziologişti şi pe endocrinologi această problemă.

Pe de altă parte caracterele isto-patologice ale amigdalei hipertrofiate se arată cu o uşoară îmbogăţire a ţesutului conjunctiv şi mai ales — trecând pe primul plan — o **enormă hiperplazie a foliculilor amigdalieni.** Ori, coroborând datele anatomo-fiziologice cu cele histo-patologice, trebue să admitem că amigdala hipertrofică devine o glandă în hiperfuncţiune endocrină, sau este un fenomen reacţional faţă de o insuficienţă producţie hormonală, cum e cazul asemănător al guşelor. Tocmai acest fapt al hiperplaziei foliculilor, cari constituesc ţesutul nobil al amigdalelor, se pune în totală contrazicere cu teoria care arată hipertrofia amigdaliană drept o consecinţă a unei permanente iritaţiuni, susţinută de repetatele infecţiuni. Ţesutul conjonctiv nu se desvoltă în dauna elementelor foliculare, drept ca o reacţie de apărare, ci foliculii sunt acei a căror hiperplazie este mai considerabilă.

Luând în considerare şi bazându-ne pe datele mai sus discutate, căutăm să demonstrăm **rolul toxic pur**, adecă endocrin, al amigdalelor hipertrofice. In cazul ipotezei infecţioase amigdala ar juca un simplu rol de filtru pentru agenţii patogeni, ori cari ar fi ei, pe cari îi reţine, dar permite trecerea exotoxinelor acestor agenţi, cari apoi pătrunse în circulaţie ar provoca fenomenele reumatice şi coreiforme. Noi, personal, punem pe un plan secundar rolul infecţiunilor, elaborând **ipoteza rolului toxic endocrinian** al amigdalelor hipertrofice, admiţând că ele ar secreta o substanţă toxică, care va determina fenomenele reumatoide sau coreiforme, după cum **locul minor de rezistenţă**, este la nivelul articulaţiilor sau a sistemului nervos. Artrotropismul sau neurotropismul acelei substanţe, este în funcţie de starea de rezistenţă a ţesuturilor respective, nu de natura deosebită a toxinei.

Dacă vom privi o mică statistică, ce am putut face pe copiii internaţi în serviciul Clinicei infantile din Cluj (pe ultimii 10 ani, 1929—1938), diagnosticaţi drept „reumatism poliarticular acut sau cronic" şi „coree", am putut constata că, procentul amigdalelor hipertrofice depăşea cu mult amigdalitele infecţioase. Acest fapt vine să

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

confirme ipoteza noastră şi ne permite să trecem infecţiunea la un rol cu totul secundar.

In decurs de 10 ani, în Clinica infantilă au fost internaţi un total de 117 cazuri diagnosticate de reumatism şi 40 cazuri diagnosticate de coree. Dintre acestea:

1. La reumatici: 54 cazuri prezentau amigdalele hipertrofice şi hiperemice.
   28 cazuri prezentau amigdalele hipertrofice fără semne de infecţiune.
   16 cazuri prezentau amigdalele iperemice sau intens iperemice, cu sau fără faringe iperemic, sau numai cu faringe iperemic.
   7 cazuri nu prezentau la nivelul amigdalelor nici un fenomen patologic.
   12 cazuri, cărora nu li s'a notat starea amigdalelor.
2. La coreici: 18 cazuri prezentau amigdalele hipertrofice şi hiperemice.
   10 cazuri prezentau amigdalele hipertrofice, fără semne de infecţiune.
   1 caz cu amigdalele hiperemice.
   7 cazuri nu prezentau fenomene patologice la nivelul amigdalelor.
   4 cazuri cărora nu li s'a notat starea amigdalelor.

Din cele 40 cazuri de coree şi 117 cazuri de reumatism numai 4 cazuri prezentau fenomene reumatoide şi coreiforme.

Procedând la procentare, ţinem să accentuăm încă odată, numărul covârşitor al amigdalelor hipertrofice cari constituesc 71,1 % din totalul cazurilor de reumatism şi 70 % din totalul cazurilor de coree. Hiperemia este în 59,9 % din totalul cazurilor de reumatism şi 47,5 % din totalul cazurilor de coree. Hiperemia amigdaliană sau faringiană fără hipertrofie amigdaliană se prezintă în 13,6 % a cazurilor totale de reumatism şi 2,5 % a cazurilor totale de coree. Dintr'un total de 157 de cazuri de reumatism şi coree numai 2,6 % au prezentat simultan reumatism şi coree.

Aceste date statistice procentuale, vin să confirme rolul preponderant al hipertrofiei amigdaliene, totodată sprijinind ipoteza noastră.

Nu avem pretenţia să negăm rolul infecţiunilor, mai ales al celor specifice şi al infecţiunilor cu agentul specific al reumatismului acut, sau al coreei — dacă există, — dar nu-l admitem integral în determinarea pseudoreumatismelor şi a fenomenelor coreiforme simptomatice, cari însoţesc hipertrofia amigdaliană.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Evident că amigdalele hipertrofiate aşezându-se pe calea de deglutiţie şi respiratorie superioară, diminuând istmul buco-faringian, sunt mai expuse infecţiei, decât amigdalele normale. Cel mult, o infecţie poate deveni un stimulent şi o cauză deslănţuitoare a fenomenelor reumatoide sau coreiforme, hiperemia lor prin o circulaţie mai activă, aduce în curentul circulator o cantitate mai mare de toxic. Evident, amigdala hipertrofiată poate constitui un teren de depozitare pentru variata floră bacteriană, constituindu-se într'un focar permanent de infecţie, în sensul unei pepiniere de microbi, — deşi Leteliar, a încercat să provoace fenomene coreice experimental, injectând la animale flora bacteriană recoltată depe amigdalele hipertrofiate extirpate, fără să reuşească. Singuri Dick şi Rothstein, pretind că au reuşit să obţină experimental sindromul coreic la câini, utilizând streptococul recoltat de pe amigdalele unui bolnav de reumatism poliarticular acut cu coree. Dar acest succes unic nu face mai mult, decât să confirme ipoteza, că reumatismul poate constitui un factor în etiologia şi patogenia coreei, pe de altă parte să demonstreze ipoteza lui Nobécourt, că reumatismul când nu dă determinări cardiace, atunci face determinări nervoase, fără a da însă dovada indiscutabilă că streptococul ar fi agentul patogen al reumatismului.

De altfel într'o lucrare viitoare, revenind asupra prezentului subiect, mă voi ocupa cu raportul procentual dintre reumatism, coree și determinațiunile cardiace, pe de altă parte cu raportul procentual dintre hipertrofia-hiperemia amigdaliană și determinațiunile cardiace la reumatici și coreici.

In baza ipotezei noastre, noi considerăm că în majoritatea covârșitoare, reumatismul și coreea, a fost determinată de hipertrofia amigdaliană (într'un procent destul de mare infectate). In aceste cazuri nu infecția, ci hipertrofia este aceea care determină **o stare de autointoxicație de natură endocriniană**, care apoi face determinațiunile reumatoide sau coreiforme. Dacă această stare de autointoxicațiune acționează direct asupra țesuturilor articulare sau nervoase, sau că acționează în sensul **ipotezei lui Pemberton(?)**, constitue un subiect pentru cercetări de viitor. De altfel, ipoteza lui **Pemberton**, pare a fi valabilă, mai ales în cazurile de reumatoide pe bază de insuficiență tiroidiană sau ovariană, în turburări hepatice, când desechilibrul endocrin poate să influențeze metabolismul în sens defavorabil, — putând să fie tot atât de valabilă și pentru cazul amigdalelor.

Un al doilea fapt pe care trebue să-l accentuăm, este concluzia la care ajungem prin forța datelor statistice, că în majoritatea covârșitoare, la copii, întâlnim **sindromul reumatoid** (pseudoreumatic) și **coreiform**.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Această constatare ne face să indicăm **totdeauna amigdalectomia ca tratament curativ radical, în toate cazurile de sindrom reumatoid sau coreiform**. Această metodă curativă constitue un adjuvant în tratamentul reumatismului infecțios și a coreei lui Sydenham, eliminând în primul grup un focar generator toxic în cel de al doilea grup un focar de infecțiune.

## BIBLIOGRAFIE.

**Hațieganu, Goia**: Tratat elementar de semiologie și patologie medicală, vol. III, 1939. — **E. Sergent, L. R. Dumas, L. Babonneix**: Pédiatrie, vol. II, 1936. — **P. Nobecourt, L. Babonneix, J. Chathala, J. Huttinel**: Traité de médecine des Enfants, vol. V, 1934. — **Ioan Stoia și Heda Stoia**: Reumatismul, 1938. — **Bertani**: Rhumatisme par infection focale. Rev. rhumatisme, 1938. — **Danielopolu**: Réchèrches sur l'étiologie du rhumatisme polyarticulaire aigu.-Cntrbl. f. Bakter. T. LXXIII, 1914. — **Fourestier**: Rhumatisme chronique et glandes endocrines. Phare medical, 1938. — **Jacobovici**: Un caz de reumatism hipotiroidian. Spitalul, 1919. — **Langeron et Geneau**: Contribution a l'étude de l'action des interventions parathyroidiennes dans les rhumatismes chroniques. - Rev. rhumatisme, 1936. — **Schor**: Reumatismul ovaripriv. România Medicală, 1931. — **Stetter**: Resultats de la tonsillectomie totale chez 331 rhumatisants. Mün. Med. Wochensch. 1937. — **G. Buzoianu și St. Gârbea**: Amigdalectomia și adenotomia în tratamentul coreei acute. Rev. Științelor oto-rino-laringologice, 1938.

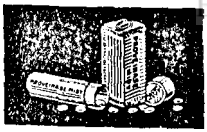
C. V. ANTONESCU: **La correlation entre la pathologie des amygdales les manifestations rheumatoïdes et chorréiques chez l'enfant.**

L'auteur met sur un plan secondaire le rôle des infections, en émettant l'hypothèse du rôle toxique endocrinien des amigdales hypertrophiées; il suppose que les amigdales sécréteraient une substance toxique, laquelle détérminera les phénomènes reumatoïdes ou chorreiques, d'après le locus minoris resistentiae se trouvant au niveau des articulations ou du systhème nerveux.

C. V. ANTONESCU: **Beziehungen zwischen der Patohlogie der Mandeln und rheumatische coreischen Kundgebungen bei Kindern.**

Der Autor verweist die Infektionen mehr in den Hintergrund. Er stellt eine Hypothese über die endocrinische Vergiftung der hypertropischen Mandeln auf. Er gibt zu, dass die Mandeln ein giftiges Sekret erzeugen, welches die rheumatischen oder coreische Erscheinungen veranlasst, je nachdem wo der locus minoris resistentiae sich befindet.


PROVEINASE MIDY

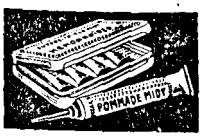


(COMPRIMATE)

REGULATOR AL CIRCULAȚIEI VENOASE

POMMADE MIDY

SUPPOSITOIRES MIDY




MEDICAȚIA RAȚIONALĂ A HEMOROIZILOR

ANTIGRIPPINE MIDY

(CAȘETE)

REMEDIUL SUVERAN CONTRA GRIPEI ȘI COMPLICAȚIILOR SALE

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

*Eșantioane și Literatură:*

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


BCU Cluj / Central University Library Cluj

# VALOAREA INDICELUI DE CREŞTERE A VEZICULELOR SEMINALE LA ŞOBOLAN IN DIAGNOSTICUL BIOLOGIC DE SARCINA

## (Reacţia Karaman, Porumbaru, Fotin)

de

D-r ANA BUSTEA-COSTOVICI

Pentru precizarea unui diagnostic precoce de sarcină, metodele clinice s'au dovedit a fi aproape întotdeauna insuficiente. In acest domeniu al medicinei, un diagnostic greşit expune pe medic la critici pe cât de dăunătoare, pe atât de nedrepte şi neîntemeiate.

Diagnosticul sarcinei, extrem de greu în prima lună, continuă a rămâne o problemă şi în lunile următoare, căci semnele subiective la femeia gravidă au numai valoarea de semne de probabilitate; semnele obiective, cari apar mult mai târziu, constituie o probă de siguranţă prin prezenţa fătului în cavitatea uterină. Mai mult, în primele luni, datele insuficiente şi reaua credinţă a celor interesaţi, pot constitui deasemenea obstacole în stabilirea unui diagnostic precis din punct de vedere medico-legal.

La femeile cu maladii grave, la cele cu tuberculoză pulmonară în evoluţie, un diagnostic precoce în vederea unei întreruperi de sarcină în scop terapeutic, este de o importanţă capitală pentru mamă. Examenele radiografice pot astăzi preciza un diagnostic nesigur de sarcină, dar numai începând dela sfârşitul lunei a treia sau începutul celei de a patra, ele fiind în strânsă legătură cu începutul osificării scheletului fetal.

Pentru precizarea unui diagnostic diferenţial, cu diferite tumori abdomino-pelviene, însoţite sau nu de sarcină, stabilirea precoce a unui diagnostic de graviditate a constituit pentru obstetrician una din problemele cele mai dificile de rezolvat.

Intrucât metodele clinice s'au dovedit a fi cu totul insuficiente, diferiţi cercetători sau adresat laboratorului, reuşind în acest mod, să evidenţieze numeroasele modificări fizice şi chimice ale tumorilor organismului matern, determinate de prezenţa oului. Apare astfel o serie întreagă de lucrări cari au de scop stabilirea precoce a sarcinei pe cale biologică. Multe metode lipsite de specificitate au fost înlăturate; astăzi, graţie metodelor biohormonale se poate preciza, într'un timp relativ scurt un diagnostic precis şi precoce de sarcină.

In 1928, Ascheim şi Zondek formulează cu ajutorul acestor rezultate, bazele metodelor hormonale, o metodă constantă şi specifică menită să capete prin cercetările ulterioare importanţa pe care o merită. Efectele injecţiilor cu prehipofiză se traduc la şoarecele femel impuber prin maturaţie complectă a foliculilor cu punerea în libertate a foliculinei, precum şi cu modificările oestrale ale uterului şi vaginului. 2. Congestia ovarelor cu hemoragii endofoliculare, şi 3. Luteinizarea celulelor tecei şi ale granuloasei ce dau corpi galbeni atrezici (ultimile 2 se constată prin sacrificarea animalului, pe când, modificările oestrale sunt posibile de constatat chiar în vieaţa animalului, şi ele constituesc testul activităţii hormonale hipofizare.

Technica metode Ascheim-Zondek. Se injectează urină culeasă aseptic de dimineaţă pe nemâncate, la şoareci albi femeli impuberi cântărind între 6—8 gr. Pentru orice reacţie se întrebuinţează cel puţin trei animale, dintre care un martor. Zondek preconizează întrebuinţarea a 5 animale pentru reacţie. Technica originală arată că animalele trebuesc injectată de trei ori pe zi, timp de trei zile cu câte 0.20 cmc. de urină. La 48 ore dela ultima injecţie, animalul este sacrificat, făcându-se controlul ovarelor. Pentru interpretarea rezultatelor, examenul cu ochiul liber este uneori insuficient, necesitând examenul microscopic.

Reacţia Brouha Heinglais-Simonnet. In 1929 aceşti trei autori arată că animalele mascule impubere reacţionează şi ele la hormonul specific sarcinei (prolanul B), reacţiune ce se produce printr'o hipertrofie pronunţată a vezicolelor seminale.

Technica. Se injectezaă timp de 10 zile o cantitate de 0,4—0,4 cmc. de urină, subcutanat, la trei şoareci masculi impuberi în vârstă dela trei până la cinci săptămâni şi cu o greutate variind între 6—8 grame.

Se sacrifică animalele la 24 ore după ultima injecţie.

Reacţia pozitivă este caracterizată prin hipertrofia şi turgescenţa veziculelor seminale.

Simplul examen al veziculelor seminale cu ochiul liber în comparaţie cu acelea a unui martor, permite precizarea unui diagnostic de reacţie pozitivă. Autorii au obţinut pe 401 de cazuri, 400 rezultate exacte, respectiv un procent de 100% de cazuri.

Matzer şi Hoffman, Bauer şi Borieu, Fukuchima, Bourg obţin aceleaşi procente de rezultate.

## INDICELE DE CREŞTERE AL VEZICULELOR SEMINALE LA ŞOBOLANI. (REACŢIA KARAMAN-PORUMBARU-FOTIN).

In anul 1934, Profesorul Zaharescu-Karaman, Porumbaru şi Fotin, preconizează o nouă metodă de diagnostic precoce de sarcină bazându-se pe:

1. Modificarea reacţiei Brouha-Heiglaies-Simonelt din punct de vedere al animalului de experimentare.

2. Introducerea indicelui de creştere al veziculelor seminale care dă rezultatului reacţiunei o interpretare mai precisă.

Autorii au ales ca animal de experimentare şobolanul în locul

şoarecelui. Avantajele pe care le prezintă acest animal sunt următoarele: şobolanul este mai uşor de procurat, e mai rezistent la injecţii, se manipulează mai uşor şi are o perioadă impuberă mai lungă decât şoarecele.

Studiul comparativ al reacţiunilor pe animale impubere şi pubere ne-a arătat că reacţiunea este posibilă pe ambele feluri de animale cu obligaţia de a se compara rezultatele cu martori de aceiaşi vârstă şi greutate, sau de a utiliza indicele de creştere a veziculelor seminale propus de autori.

Deci din punct de vedere a animalului de experienţă, autorii au utilizat şobolani impuberi sau puberi sub 100 grame.

**Technica metodei.** După o serie de tatonări cu diverse cantităţi de urină, autorii au adoptat doza de 1 c. m. de urină zilnic injectată la şobolani 5—10 zile. Dozele mai mici au dat rezultate slabe, iar cele mai mari au provocat moartea animalului prin intoxicaţie. S'au obţinut rezultate pozitive dela a -a zi. Rezultatele demonstrative au fost date însă după 8 injecţii zilnice. Din punct de vedere al conservării hormonului în urină, autorii reacţiunei au arătat că hormonul se poate conserva timp îndelungat, mergând până la 30 zile, cu condiţia ca urina să fie ţinută la rece.

Se recoltează urina de dimineaţă, pe nemâncate, fără a fi nevoie de un cateterism uretral. Pentru a conserva mai bine urina, se pun câteva picături de soluţie lugol sau thimol.

Se fac injecţii sub pielea dorsală, sau a coapselor, timp de 8 zile. La 24 de ore după ultima injecţie se sacrifică animalele sub cloroform şi se cântăresc. Se secţionează peretele abdominal şi se examinează veziculele seminale. Ele se pot examina pe loc sau după rezecţia în masă a întregului aparat genital.

Autorii au studiat veziculele seminale şi din punct de vedere al variaţiunilor în lungime şi grosime şi a variaţiunilor în greutate ale testiculelor şi ale anexelor (vezică urinară, prostată, canale, deferente).

Scopul acestei complicaţiuni technica a fost stabilirea comparativă a gradului în care se produce reacţiunea faţă de martori, în veziculele seminale şi paralele la întregul aparat genital.

La începutul cercetărilor autorii au obţinut rezultate prin metoda utilizării de animale martore de aceiaşi greutate, care le serveau ca termen de comparaţie. Cum însă era greu de găsit întotdeauna martori de dimensiuni similare şi cum la greutăţi diferite, organele aveau dimensiuni proporţionale, s'a simţit nevoia de a se găsi un alt mijloc mai practic şi mai economic care să aibe aceiaşi valoare ca şi procedeul de mai sus.

Autorii s'au gândit să stabilească o tabelă de dimensiuni de martori în toată scara de greutăţi a animalelor, tabelă ce se află expusă în lucrarea inaugurală a Doctorului Porumbaru.

Paralelismul între creşterea fiziologică a greutăţii animalului şi veziculelor seminale a arătat posibilitatea stabilirii unui raport direct proporţional între aceste două greutăţi. Astfel s'a ajuns la indicele de creştere al veziculelor seminale care e rezultanta raportului între greutatea veziculelor seminale, înmulţit cu o mie şi între greutatea şobolanului.

$$X = \frac{g \times 1000}{G.}$$

Se obţine astfel o cifră care dă noţiunea raportului între aceste 2 dimensiuni. S'a stabilit apoi o medie a indicelor obţinuţi pe şobolani martori, care poate servi ca termen de comparaţie, evitând sacrificarea altor animale.

La şobolani martori, între 10—15 gr., valoarea indicelui este de 0,10.

La animalele martore, între 50—100 gr., valoarea indicelui este de 0,42.

Autorii dau ca cifre medii ale indicelor pozitivi următoarele cifre:
1,50—1,80 la şobolani, între 20—50 gr. şi
2,50 la şobolani între 50—100 gr.

Mecanismul de producere al hipertrofiei veziculelor seminale s'ar datora hormonului hipofizar, prolanul B., după **Zondek**, sau a unui hormon placentar gonadotrop (Filipp), ce se află în urina femeei gravide.

In comparaţie cu alte reacţii, această metodă prezintă avantajul de a nu cere o selecţie prea severă a animalelor şi oferă o mult mai mare preciziune în interpretarea rezultatului arătând oarecum şi gradul de concentraţiune a prolanului B. din urină.

In cazurile de molă şi corioepiteliom, indicele de creştere a fost mult mărit atingând până la cifra de 18.

Prin stabilirea indicelui de creştere a veziculelor seminale, autorii au realizat în acelaş timp o economie de material evitând sacrificarea de noui martori.

Unicul inconvenient care reduce câmpul de aplicaţiune a acestei metode este durata de 8 zile care este necesară pentru a furniza un rezultat exact. Din punct de vedere al specificităţii, autorii, în numeroasele cercetări întreprinse cu această metodă, n'au obţinut nici o reacţie pozitivă în afară de sarcină, de exemplu în cazuri ginecologice, cancere, etc.

In concluzie, cu reacţia **Karaman-Porumbaru-Folin**, s'au găsit rezultatele exacte în 100% de cazuri.

## STUDIUL EXPERIMENTAL ASUPRA INDICELUI DE CREŞTERE A VEZICULELOR SEMINALE.

Cercetările al căror rezultat îl voiu expune, au fost efectuate în clinica II-a obstetricală, la Institutul de Maternitate „Regina Elisabeta". Experienţele au fost făcute în laboratorul de medicină experimentală a clinicii, fiind îndrumată de regretatul **Zaharescu-Karaman**. La începutul cercetărilor mele am încercat să fac anumite modificări ale tehnicei, căutând să scurteze termenul de 8 zile pentru a obţine rezultatul reacţiei. Pentru aceasta am injectat doze mici repetate de 3 ori pe zi timp de 5 zile. Rezultatele obţinute au fost slabe.

Am întrebuinţat apoi doze mai mari, 2—3 cmc. de urină timp de 5 zile. La aceasta din urmă încercare am observat moartea animalelor prin caşecsie. Am încercat pe şobolani mai mari decât acei propuşi de autori, şobolani de 120—150 gr. şi am ajuns la concluzia că

dela 100 gr. în sus numai există paralelism între creşterea greutăţii veziculelor seminale şi a greutăţii animalului, fapt ce a fost observat şi de autorii metodei.

Şobolanii mai în vârstă sunt mai puţin sensibili la reacţie, sunt mai greu de manipulat, mai periculoşi şi au piele foarte groasă, din care cauză sunt greu de injectat.

Toate aceste încercări m'au determinat să lucrez în aceleaşi condiţiuni ca şi autorii metodei, condiţiuni pe care le-am găsit optime pentru a avea reacţia precisă.

Am studiat reacţia în cazuri de sarcină în prima şi a doua jumătate a ei, în sarcini patologice, cu feţi morţi, în sarcini extrauterine, în lehuzie, în afecţiuni ginecologice şi neoplasme genitale.

Pe 20 cazuri de sarcina până la 5 luni indicele veziculelor seminale a variat între 1,32—3,88.

In toate aceste cazuri variaţiunile indicelui, obţinut în experienţele mele, a coincis cu cifrele date de autorii reacţiunii în sarcina normală.

Două cazuri de făt mort au dat indicele de 0,92 şi 1,05, cifrele care sunt situate de către autori sub limita reacţiunei pozitive. Deci această reacţiune este folositoare din punct de vedere a precizării diagnosticului de viabilitate a fătului, fapt important din punct de vedere medico-legal.

Aceasta este în funcţie de conexiunile vasculare utero-placentare şi în funcţiune de vitalitate a ţesutului corial.

Biblioteca Universitară "Iuliu Haţieganu" Cluj

In cazurile de sarcină extrauterină studiate, la cele oprite în evoluţie, indicele este de 0,37 reacţie precis negativă; iar într'un caz de sarcină extrauterină în plină evoluţie am găsit reacţia pozitivă cu indicele 2, 13.

In lehuzie am observat reacţiuni negative către a 5-a zi; acest fapt prezentând un avantaj mare faţă de celelalte reacţiuni, exemplu Ascheim-Zondek, unde negativarea se face spre a 8-a—9-a zi. Indicele de creştere a veziculelor seminale începe să scadă chiar dela a 2-a zi de naştere.

In 18 cazuri de afecţiuni ginecologice, indicele de creştere al veziculelor seminale a fost sub 1. Din aceste 18 cazuri, 11 au fost afecţiuni cronice şi 7 acute. Indicele a variat între 0,10—0,35 în afecţiuni acute şi 0,12—0,22 în afecţiuni cronice.

Neoplasmele genitale: 2 epitelione de col şi 1 de corp au dat rezultate negative, cu indicele variând între 0,12 şi 0,64.

Aceste rezultate vin să confirme mai mult reacţia profesorului Karaman-Porumbaru-Fotin.

In lucrările lor anterioare, aceşti autori au arătat pe un număr de 50 cazuri de cancere că nu au găsit nici o reacţiune pozitivă în afară de corio-epiteliom.

Pe un lot de animale martore, a căror greutate a variat între 106 grame şi 71,25 grame, indicele de creştere a variat între 0,09 şi 0,31.

La femei negravide cât şi la bărbaţi am observat un indice între 0,10 şi 0,32.

## STUDIUL COMPARATIV CU CELELALTE REACŢIUNI HORMONALE DE SARCINĂ.

Concomitent cu reacţiunea Karaman-Porumbaru-Fotin, am executat cu unele urini recoltate dela gravide, reacţiunea Ascheim-Zondek. Am făcut aceasta nu pentru a dobândi cu această metodă rezultate mai exacte, ci pentru a-mi da seama de posibilitatea executării ei technice şi de interpretarea exactă a rezultatelor ei. Din punct de vedere technic, reacţiunea Ascheim-Zondek prezintă unele dezavantage, ca:

1. Selecţionarea perfectă de şoricioaice impubere în vârstă de 3 săptămâni şi cântărind maximum 8 grame.

2. Şoarecii sunt greu de obţinut chiar în crescătorii şi sunt puţin rezistenţi la toxicitatea urinei injectate.

3. Uneori este nevoie de un examen microscopic, care complectează dar şi complică în acelaşi timp reacţia.

In privinţa specificităţii, numeroase cercetări au arătat cazuri de negraviditate cu reacţiuni **Ascheim-Zondek** pozitivă; între cercetători trebuie să cităm pe **Kornil, Antonioti, Escarras, Fissinger** şi **Morikard**, cari au obţinut reacţii **Ascheim-Zondek** pozitive cu epiteliom de col şi corp uterin.

## STUDIUL COMPARATIV CU CERCETĂRILE ANTERIOARE ASUPRA VALOAREI INDICELUI.

In lucrarea sa inaugurală asupra indicelui de creştere al veziculelor seminale, D-r Porumbaru a specificat importanţa specificităţii aceste reacţii de sarcină. Concluziile la cari a ajuns d-sa coincid din toate punctele de vedere cu acelea la cari am ajuns şi eu.

In stare normală, la femeile negravide şi la masculi, D. Porumbaru a arătat că uneori la femei normale, în timpul menopauzei se obţin rezultate pozitive slabe, explicabile prin stadiul prolanuric. Reacţiile efectuate de d-sa la fete tinere (la pubertate), în perioada intermenstruală şi în timpul menstruaţiei, au dat rezultate negative ca şi în afecţiuni ginecologice. Reacţiile negative obţinute de mine în cele 3 cazuri de neoplazii genitale, coincid cu rezultatele cercetătorilor prof. Zaharescu, Karaman, Porumbaru şi Fotin, cari au arătat că indicele de creştere al veziculelor seminale dă o reacţie pozitivă doar atunci când este vorba de o creştere a prolanului B, creştere ce nu se produce în alte neoplazii decât în mela şi carioepitelioame.

## STUDIUL MICROSCOPIC.

Vom descrie pe scurt aspectul histologic al veziculelor seminale de şobolan într'o reacţie pozitivă şi la un martor impuber.

La martor găsim veziculele seminale de aspect normal cu tub de diferite mărimi dela periferie spre centru, fiecare tub este format dintr'un strat superficial conjunctiv, un strat muşchiular şi mucoasă de aspect anfractuos cu celule bazale poliedrice şi celule superficiale cilindrice.

Vezicula seminală la un animal, cu reacţia pozitivă prezintă tubii veziculi mult măriţi, dilataţi şi plini de mucus homogen. Această secreţie comprimă pereţii tubului.

Prolanul B stimulează glanda endocrină testiculară, glanda interstiţială, determinând indirect hipertrofia veziculelor seminale.

ANA BUŞTEA-COSTOVICI: **La valeur de l'indice de croissance des vésicules seminales chez le rat dans le diagnostic de la grossesse.**

La méthode de l'indice de croissance des vésicules séminales chez les rats (réaction Prof. Zaharescu-Karaman, Porumbaru, Fotin) se base sur le développement des vésicules séminales sous l'influence des injections d'urine de femme enceinte.

La technique de la méthode est la suivante: on injecte à l'animal quotidiennement 1 cc. d'urine. Après 8 piqûres, on le sacrifie, on pèse les vésicules séminales, et on établit à l'aide d'un calcul l'indice de croissance de ces vésicules rapportant leur poids multiplié par 1000, au poids du corps de l'animal sacrifié.

La valeur de cet indice varie entre 0,50 pour les cas négatifs et croit au-dela de 1.20 pour les cas positifs.

L'étude expérimentale faite sur 80 cas cliniques et des animaux de laboratoire exposés dans les protocoles expérimentaux, ont donné des résultats précis en 100% des cas, c'est donc une méthode de précision.

ANA BUSTEA-COSTOVICI: **Wert des Wachstums der Vesicula seminalis bei den Ratten in der biologischen Diagnostik der Schwangerschaft (Reaktion Karaman, Porumbaru, Fotin).**

Die Methode K.—P.—F. beruht auf der Entwicklung der Vesicula seminalis bei den Ratten unter dem Einfluss von Einspritzungen des Urins schwangerer Frauen. Sie dient zur biologischen Diagnose der Schwangerschaft.

Die Kontrolluntersuchungen in 80 klinischen Fallen und die Laboratoriumsversuchen haben 100% Erfolge aufgewiesen. Dies beweist die Genauigkeit dieser Methode.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

THIODACAINE MIDY

INJECŢII LOCALE — FIOLE DE 20 cc.

Tratamentul local al DURERII reumatice

THIODERAZINE MIDY

INJECŢII INTRAMUSCULARE — FIOLE DE 5 cc.

Tratamentul general al REUMATISMULUI CRONIC

PIPERAZINE MIDY

GRANULATĂ EFERVESCENTĂ

ANTI-URICUL TIP

LITERATURA SI ESANTIOANE LA
J. E. BUCUR, STR. MECET 8 — BUCUREŞTI IV

# UN CAZ DE ULCER TRAUMATIC CUPRINZAND 1/2 SUPERIOARA A GAMBEI, ELEFANTIAZA CONSECUTIVA, TRATAT PRIN SIMPATECTOMIE LOMBARA ŞI GREFE EPIDERMICE OLLIER-TIERSCH. VINDECARE

de

**D-r EUGEN V. CORNELEAC**
Chirurg secundar
Spit. D-r I. E. Costinescu, P.-Neamţ

Patologia afecţiunilor cutanate ale gambei, este predominată de grupul ulcerelor, care cu toate că recunosc o etiologie variată, îmbracă aproape acelaş aspect evolutiv, acel de cronicizare.

Intr'adevăr, vindecarea definitivă a acestui grup de afecţiuni cutanate este greu de obţinut, recidiva fiind sigură. Leziunile devin incurabile, iar bolnavul este obligat să urmeze pansamente interminabile neputându-şi continua îndeletnicirile zilnice. Frequenţa mare a acestui grup de afecţiuni ale gambei, face ca ele să prezinte o importanţă socială, ceia ce întrece cu mult limita obişnuită a unei probleme terapeutice. Etiologia acestui grup de afecţiuni cutanate ale gambei, este foarte variată. Astfel, din punct de vedere al agentului provocator, ulcerele cutanate se împart în următoarele grupuri:

1. Ulcere post-traumatice, consecutive unor traumatisme, cu sau fără fractură a scheletului respectiv.

2. Ulcere consecutive arsurilor. De cele mai dese ori aceste ulcere se întâlnesc la muncitorii care lucrează asfaltul.

3. Ulcere sifilitice. Aceste sunt foarte frequente, fiind aşezate pe faţa externă a gambei (Maurice-Favre). De cele mai adeseori nu se găsesc întovărăşite de antecedente bine precizate. Favre, Contamine şi Martine, descriu în aceste ulcere o zonă de dermită pigmentară, care ar fi specifică pentru aceşti autori, fapt care a fost negat de alţii.

4. Ulcere varicoase. Acest termen în practica curentă înglobează pe nedrept de cele mai multe ori întreg complexul ulcerelor va-

---

*) Comunicare făcută la *Cercul de studii al medicilor din jud. Neamţ*, în şedinţa din 14 Iulie 1939.

ricoase. Nobl dela Viena în 1918, este acel care precizează mai bine aspectul clinic al ulcerelor varicoase, legându-le totdeauna de prezenţa varicelor dela membrul respectiv.

Lederhose le pune în legătură cu presiunea crescută a venelor varicoase, părere susţinută de altfel de Delbet şi de şcoala americană, în frunte cu Barber. Magnus, în 1921, emite ipoteza acţiunei nocive a bioxidului de carbon acumulat în cantitate mare din cauza stazei venoase.

Quénu, Chipault şi alţii admit că turburările trofice sunt responsabile de apariţia ulcerelor varicoase. Aspectul clinic al acestui grup de ulcere, este predominat de localizarea lor, la nivelul 1/2 inferioare a feţei antero-interne a gambei.

5. **Ulcere flebitice.** Ele apar de cele mai adese ori în urma unei flebite spontane, sau post-operatorii. Acest grup de ulcere nu ar respecta nici-o normă de localizare, ele putând să apară atât pe faţa posterioară, cât şi în restul întinderei gambei. Aceasta îl deosebeşte de ulcerele varicoase şi sifilitice, care se localizează mai mult la nivelul maleolelor. Aspectul lor este totdeauna circular sau ovalar, cu marginile bine precizate, având un halo roş-violaceu, cianotic.

6. **Ulcere cronice esenţiale,** sunt acele care nu se vindecă cu terapeutica antisifilitică (Favre). Ele s'ar datori unor turburări de natură nervoasă, cum ar fi leziunile tronculare ale nervilor, malul perforant, etc.

* * *

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In general, patogenia ulcerelor gambei este predominată de trei factori: factorul anatomic, factorul biologic şi factorul bacteriologic, a căror importanţă a fost scoasă în relief de către R. Leriche şi şcoala sa în „Des causes de la chronicité des ulcères de jambe, et sur une méthode générale de traitement" publ. în Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chirurgie, 1926, p. 471.

Pielea regiunei antero-interne a gambei fiind întinsă pe creasta tibiei, este supusă unor condiţiuni proaste de circulaţie: insuficienţa circulatorie arterială şi staza venoasă. Din aceste cauze, orice plagă cât de mică, este expusă cronicizărei.

Leriche, Löwenfelds şi alţii, studiind flora microbiană a ulcerelor gambei, au arătat că predomină stafilococii, în special streptococii, mai rar anaerobii şi enterococii, floră ce ar dispărea odată cu vindecarea procesului ulceros.

* * *

In cadrul acestei comunicări nu vom insista decât asupra aspectului clinic cât şi asupra tratamentului ulcerelor consecutive traumatismelor. In literatură nu se găsesc prea multe indicaţiuni asupra ulcerelor post-traumatice. Ele ar apărea consecutiv unor fracturi cu calos vicios hipertrofic, sau însoţesc contuziuni cu intensitatea mai mare, localizate la nivelul crestei tibiei.

Leriche, a cărei competinţă în turburări trofice cutanate ale membrelor este bine cunoscută, precizează astfel aspectul ulcerelor traumatice:

„Un petite plaie contuse, a apparence bénigne, n'arrive pas à cicatriser; elle s'infecte, la peau tout autour devient violacée, et peu à peu, la plaie se transforme en une ulcération serpigineuse, torpide, dont la guérison sera difficile à obtenir".

* * *

Tratamentul ulcerelor traumatice ale gambei ca şi acel al ulcerelor în general, are ca scop ameliorarea condiţiunilor circulatorii prin crearea unei hiperemii care favorizează cicatrizarea. Repaus în pat, căldură sub toate formele, stază venoasă provocată prin metoda lui Bier, inciziuni circumferenţiale à la Moreschi, operaţia lui Parona (safenectomie) cu sau fără secţiunea nervului safen intern (operaţia lui Nabias) precum şi diferite medicaţiuni topice sau cu efect circulator general, au fost întrebuinţate pe rând, pentru vindecarea lor.

In ultimul timp, în tratamentul ulcerelor gambei, a fost preconizată şi simpatectomia, a cărei efect vaso-dilatator este bine cunoscut.

Kümmell (1923) în Germania, Bardon şi Mathey Cornat (1925) în Franţa, Anzillotti, Ettore (1924) în Italia, au practicat simpatectomia periarterială în tratamentul ulcerelor varicoase ale gambei, cu rezultat bun.

Bordon şi Mathey-Cornat, de Janneney şi de Nabias, au obţinut vindecarea ulcerelor mai mult de 90% de cazuri; însă tot ei arată că rezultatul îndepărtat după 6 luni în sus, este mai puţin satisfăcător de 70% de cazuri.

Hiperemia provocată prin simpatectomie favorizează într'adevăr cicatrizarea, însă din cauza întinderei prea mari a ulcerelor, epidermul nou format este fragil, nerezistând deci la traumatisme externe. Pentru a remedia această cicatrizare fragilă şi spontană a plăgilor atone, Leriche propune întrebuinţarea grefelor epidermice de tip Ollier-Tiersch, obţinând astfel vindecarea plăgei în bune condiţiuni. Transplantarea grefelor o face Leriche, după ce plaga devine sterilă, fapt ce se întâmplă între a 13-a şi 15-a zi după simpatectomie. Sterilitatea plăgei se constată atât prin însămânţări în petriuri cu geloză cu sânge cât şi direct în frotiuri.

Intr'un cuvânt, Leriche recomandă să se facă curba microbiană (Carrel) înainte de simpatectomie, pentru a se putea observa rezultatele obţinute în urma acestei intervenţiuni.

In general, toate ulcerele cronice sunt foarte infectate cu diferite specii de microbi (stafilococi, streptococi, micrococus candicas, bacilus cuti communis). Fondul petriului apare cenuşiu, fiind acoperit de un strat gros de fibrină, în care se găsesc microbii de mai sus. După simpatectomie, petriul devine din ce în ce mai clar. Fibrina dispare; începând cu a 3-a a 4-a zi se constată apariţia polinuclearelor, care fagocitează microbii. Incepând dela a 5-a zi în sus, nu se mai găsesc microbii liberi.

Frotiurile arată polinucleari în stare bună, cât şi mononucleari normali. Simpatectomia prin urmare produce atât sterilizarea câmpului infectat, cât şi diferitele modificări ale elementelor figurate a sângelui circulator dela nivelul ulcerelor şi prin urmare o exaltare a vitalităţii celulelor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cu această metodă, Leriche a obţinut vindecarea ulcerelor în 20—25 de zile, unele din ele foarte întinse şi foarte vechi, datând de mai bine de 30 de ani.

Bazat pe aceste consideraţiuni, prezentăm observaţia cazului de mai jos, tratat de noi prin simpatectomie lombară peritoneală şi grefe dermo-epidermice.

Ciobanul Nicolae de 21 ani, din com. Pângăraţi, jud. Neamţ, muncitor la pădure, este adus în serviciul chirurgical, al spitalului D-r I. E. Costinescu în ziua de 16 Dec. 1938 pentru o contuzie la nivelul gambei din stânga, provocată în urma unui accident de muncă.

*Fig. 1.*
*Ulcer traumatic al gambei stg. după 3 luni de tratament prin pansamente. Zona cicatricială are aspectul unui cheloid. Fotografia este luată înainte de a fi supus operaţiei de simpatectomie lombară.*

*Fig 2*
*Aspectul ulcerului după grefe dermo-epidermice.*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Istoricul afecţiunei este următorul: Cu patru zile înainte de internarea în spital bolnavul lucrând în pădure la tăiatul lemnelor, a fost surprins de o bârnă de lemn care trecând printre picioarele bolnavului îi tamponează violent gamba stângă, răsucind-o de mai multe ori între două bârne. După ce i s'a dat primul ajutor, bolnavul este adus în serviciul nostru în ziua de 16 Dec. 1938.

De constituţie robustă, fără să prezinte vre-o tară patologică, nu este etilic. Neagă sifilisul şi alte maladii venerice. Reacţia Bordet-Wasserman cât şi Meiniche este negativă.

**Starea prezentă.** Imobilizat în pat, gamba stângă mult mărită în raport cu cea din partea opusă, prezintă tegumentele cu aspect de necroză ischemică (parcheminate).

La palpaţie se constată prezenţa unei fluctuaţiuni la nivelul ţesuturilor traumatizate. O secreţie sanguinolentă fetidă se scurge din regiunea contuzionată., Regiunea fiind edemaţiată în întregime, nu ne putem da seama de starea scheletului respectiv.

Examenul radiografic efectuat, nu arată nici o leziune osoasă.

Aspectul bolnavului, în general, este de septico pioemie. Temperatura fiind în permanenţă ridicată, oscilând între 38—40°.

Tratamentul aplicat. Se ridică tegumentele necrozate, bolnavul fiind pansat cu Zefirol 1/100. I se administrează ser anti-gangrenos şi anti-streptococic în cantităţi masive. In acelaş timp se fac injecţii intravenoase cu rivanol 1/100, în cantitate de 10 cmc. la o injecţie. Starea bolnavului se ameliorează simţitor. Plaga îmbracă un aspect curat, de înmugurire, în acelaş timp se constată apariţia unei tumefieri a întregei gambe şi a piciorului respectiv (elefantiază). Foto No. 1.

In ziua de 16 Martie 1938, deci după trei luni dela accident, se practică de noi simpatectomie lombară stg. pe cale extra peritoneală, sub rahianestezie cu percaină. Se extirpă lanţul simpatic din stg. cuprinzând 2, 3, 4 ganglioni lombari.

Refacerea peretelui în 4 planuri, fără drenaj.

Mersul post operator.

Chiar în ziua operaţiei se constată o evidentă scădere în volum, a gambei. Notăm în treacăt, că deosebirea de volum a gambei bolnave faţă de cea sănătoasă, era cuprinsă între 7—8 cm. la diferite segmente ale gambei. Plaga se încreţeşte, devenind mai congestivă. In zilele următoare, plaga arată o evidentă tendinţă spre cicatrizare, astfel încât bolnavul părăseşte spitalului în ziua de 16 Aprilie, pe cale de vindecare, cu indicaţia de a urma pansamente, ambulatorie.

La începutul lui Iunie a. c., bolnavul este revăzut de noi, când constatăm că plaga nu prezintă tendinţa spre cicatrizare. Il sfătuim să primească o a doua intervenţie, ceia ce bolnavul primeşte.

In ziua de 12 Iunie a. c. i se face transplantare de grefe epidermice acoperindu-se întreaga întindere a plăgii.

Accentuăm că atât ridicarea grefelor, cât şi transplantarea lor, se face în cele mai perfecte condiţiuni de asepsie şi antisepsie. Plaga se raclează bine de mugurii cărnoşi, spălând-o bine cu eter, apoi cu ser fiziologic. Primul pansament se face sub protecţia unei plăgi de staniol bine sterilizat.

Mersul post operator evoluiază în condiţiuni bune, astfel încât după 20 zile dela intervenţie, plaga se cicatrizează complect. (Foto No. 2).

E. CORNELEAC: **Un cas d'ulcère traumatique de la jambe, avec éléphantiasis, traité par la sympatectomie lombaire et des greffes épidermiques Ollier-Tiersch.** — Guérison.

E. CORNELEAC: **Ein Fall von traumatischen Geschwür des Unterschenkels im verein mit Elephantiasis, durch Lendensimpatectomie und Hauttransplantationen Ollier-Tiersch behandelt.** — Heilung.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

## BAILE SARATE ŞI DE NAMOL: MOVILA MIRESII-JUD. BRAILA

de

D-r PETRE COSAC

**Aşezare.** — Situată la o depărtare de 5 km. de staţia C. F. R. Urleasca, pe linia ferată Brăila-Buzău şi în apropiere de Brăila, la 30 km. distanţă de Dunăre, şi pe şoseaua judeţeană Brăila-Râmnicu-Sărat. Începând cu anul 1935, a fost recunoscută staţiune balneară.

**Altitudine** 25 m.

**Climă** continentală: iarna ger şi viscol, iar vara foarte cald, ploi rare, atmosfera limpede şi aer uscat, secetă şi zăpuşală.

**Vânturi** constante: unul la Nord, Crivăţul şi altul dela Sud Austrul.

**Temperatura** 45—48 grade Celsius.

Digital Copy Centrala Universitara Library Cluj

**Isvoare** — **Lacul de Nămol.** Lacul o cincime, proprietatea comunei, iar restul proprietatea Generalului Principe Soutzou, e situat la Nord-Estul comunei, în imediata vecinătate a ei, la distanţa de 100 m. depărtare de sat.

Conturul locului îi dă un aspect reniform sau ca un pişcot în aşa mod încât un capăt este în apropierea satului, iar celălalt capăt şi corpul dealungul şi paralel şoselei judeţene înspre Brăila.

El are o lungime de peste $2^1/_2$ km., o lăţime între 50—600 m., iar adâncimea variază între 0,20—0,70 m.

**Proprietăţi fizice şi chimice.** — Nămolul în grosime de 0,40—0,70 m., prezintă dedesubt o pânză de sare foarte groasă şi întinsă, situat şi el pe un strat foarte fin de nisip, sub care se găseşte o pătură de argilă impermeabilă, astfel încât împiedică scurgerea apelor de concentraţie a nămolului.

Nămolul e o substanţă coloidală, de culoare neagră-cenuşie, cu un miros pătrunzător de hidrogen sulfurat ($H_2S$) foarte unsuros la pipăit, de consistenţă moale, gust amar, sărat şi uşor astringent ce se disolvă repede în apă caldă şi mai greu în cea rece.

Nămolul nu are nevoe de nicio preparaţie chimică anterioară spre a fi utilizat în băi, cum sunt nămolurile altor staţiuni similare străine, unde prin procedee artificiale sunt făcute terapeutice, adică nămolul este preparat, uscat dinainte, păstrat şi amestecat cu apă minerală.

Proprietăţile sale medicamentoase, curative şi virtuţile sale terapeutice se datoresc, bogăţiei nămolului în substanţe electropozitive şi electronegative, puterei sale radioactive, stării sale născânde neîncetate,

apei sărate, faunei care trăeşte în apa lacului, care-l produce ca o fiinţă vie, luând naştere din fermentaţiile necontenite în care el se află.

La Movila Miresii, nămolul este „natural" şi în acelaş timp „mixt", având o „triplă compoziţie şi origine" căci el ia fiinţă din mineralele vegetale (alge) şi animalele ce le cuprinde lacul, formând o plămădeală, un medicament ce primeşte puterea vieţuitoare din apa sărată a locului şi numai în ea şi sub influenţa ei poate să-şi exercite acţiunea atât de binefăcătoare de vindecare.

**Analiza şi compoziţia apei sărate şi nămolului.** — Nămolul este sulfosalin, iar apele sunt cloruro-sodice sulfatate, concentrate şi magneziene.

**Analiza chimico-biologică a apei:**

a) Materii **organice** 39% (alge şi larve transformate).

b) Materii **minerale:** sulfaţi, fosfasfaţi, sulfuri, cloruri, hidrogen sulfurat, nisip şi argilă.

Fauna lacului (Contribution a la faune des lacs sallés de Roumanie Iassy, 1900, prof. Paul Bujor).

1. **Protozoarii:**

a) Hialodiscus limat.

b) Clamidomonas Dunali (flagelat) care prin pigmentul său specific, împrumută reflexe roşietice apelor lacului.

c) Sperophia Magna.

d) Miroleptus musculos.

2. **Crustacee:**

a) Phyllopode: Artemia Salină (Leach).

b) Copepode: Mosocra Blancardi.

c) Larve de diptere: Chironomus pl.

Apă în proporţie de 20%.

Biblioteca Universitară University Library Cluj

ACŢIUNEA BĂILOR, EFECTE.

**1. Băile reci sub 28 grade Celsius sunt:**

Stimulente nervoase, căci determină peristaltismul şi activează funcţiunea organelor abdominale (intestine, ficat, rinichi, vezică, etc.).

**Stimulente ale nutriţiei.** — Hidrocarbonatele găsesc o mai mare utilizare în organism. Dilată vasele sanguine ale meningelui cerebral, piei-mater, pentruca apoi să determine constricţia lor. Se recomandă în acest caz atenţiune la accidentele grave ca apoplexia sau hemoragia cerebrală şi moartea subită ce pot surveni.

**Revulsive,** căci produc construcţia capilarelor pielei şi consecutiv dilataţia oaselor sanguine interne, în special celor abdominale şi cerebrale — urmate de inversare a fenomenelor — adică constricţia vaselor sanguine interne şi dilatarea vaselor externe tegumentare, joc ce decongestionează organele interne.

Baia rece prelungită debarasează organismul de o căldură supărătoare.

**Calmante şi tonice ale sistemului nervos.**

**Tonice cardiace şi cardio-vasculare puternice.**

Diuretice, căci glandele exocrine şi endocrine (cu secreţie internă şi externă (sunt mai active, având un efect diuretic, mult mai accentuat.

Amplifică respiraţia, având un efect desintoxicant şi reconstituant.

Baia rece trebue să fie de scurtă durată, fiind **stimulant** alt-

minteri, pierderea de căldură e prea mare, obosește sistemul nervos și epuizează organismul.

Baia rece ușor prelungită e sedativă.

2. Băile căldicele sunt cele cuprinse între 28—34 grade Celsius.

Ele stimulează sistemul central nervos, fiind sedativ; echilibrează termalitatea organismului: activează funcțiunea organelor circulatorii și respiratorii, favorizează schimburile nutritive, măresc diureza.

3. Băile calde sunt cuprinse între 38—45 grade Celsius.

Transpirația se intensifică, acțiunea derivatrice și rezolutivă crește, (sângele din organele interne se duce spre periferie — la piele — favorizând rezorbția exudatelor) și efecte calmante (prostatite, anexite, etc.).

Măresc bătăile cordului, măresc amplitudinea respirației cu activarea hematozei, produc scoborîrea tensiunei arteriale și diminuarea cantității de urină.

Băile sub 34—36 grade Celsius (băi indiferente). Ele tind să mărească tensiunea arterială diminuând tensiunea pulsului.

Băile deasupra lui 34—36 grade Celsius tind să coboare tensiunea arterială și să ridice frecvența pulsului.

Acțiunea băilor poate să fie așa de puternică, încât provoacă crize acute cu dureri și febră, moment când bolnavii spun că baia își face efectul.

Acțiunea fiziologică a băilor, este datorită termalității mineralizației, fenomenelor de endosmoză și exomoză ce se petrec între pielea bolnavului și baie, fenomenelor electrice de disociație electrolitică, unde iau naștere corpii născânzi, ca: „ionii lui Faraday", emanațiilor radioactive de nămol și altor substanțe — unele nedescoperite, altele nepuse până acum în evidență — în fine datorită fermenților produși prin fenomene de descompunere și fermentație organică ale nenumăratelor plante și animale ce constitue nămolul.

Nămolul fiind rău conducător de căldură, imaginează termalitatea păstrând-o timp îndelungat. Lui i se datorește faptul că bolnvaul poate suporta temperaturi pe cari altminteri nu le-ar putea tolera, aceasta datorită originei sale vegetale, chimismului, concentrației apei, corpurilor minerale radioactive, proprietăților sale catalitice și stării sale coloidale.

INDICAȚII TERAPEUTICE ALE BĂILOR CALDE.

1. Bolile constituționale și diatezice: cloroză, anemie, debilitate consecutivă, creșterii prea repezi sau unor boli prelungite; boli de copii, ca: limfatismul, scrofuloza, rachitismul.

2. Afecțiunile sistemului articular și afecțiunii chirurgicale. — Reumatismul cronic articular și muscular cu exudate vechi. Contuziile, fracturile, luxațiile, artritele, toate de origină traumatică.

Osteomielitele, supurațiile din cauza sequestrelor prin băi de nămol prepară terenul pentru un tratament prealabil operator.

Guta cronică (diagnosticată prin radiografie). Entorsele.

Osteoartritele de origină tuberculoasă — însă fără leziuni tuberculoase (diagnosticate prin radiografie): piciorul plat sau tarsalgia

adolescenţilor de origină nervoasă, artritică, tuberculoasă, osoasă, ligmentară sau musculară şi coxigodinia (dureri la coccix la femei), necesită un tratament adjuvant, ca: injecţii, agenţi fizici, iar după cură o supraveghere medicală şi un repauz îndelungat pentru a nu recidiva, odată recidivele instalate sunt mai rebele decât afecţiunea la începutul maladiei.

3. **Maladii sociale:** a) Tuberculoza: reumatismul tuberculos în tuberculoza târzie cu evoluţie lentă prezentând doar „urme" de scrofuli, adenapatia mediastinală (diagnosticată de razele X), hidrartroză, sinovita cu grăunţe riziforme. Un pericol al acestor afecţiuni este că microbul localizat la încheeturi poate fi mobilizat schimbându-şi sediul şi dând o tuberculoză pulmonară sau o meningită tuberculoasă mortală.

Tuberculoza chirurgicală: adenite, tumori albe.

b) **Sifilisul:** manifestările parasifilitice din primul stadiu al tabesului, ca: dureri fulgurante în membrele inferioare în şale şi în centură (acţiune sedativă); Reumatismul cronic specific (în perioada 3-a şi în sifilisul ereditar), dureri articulare, hidrartroze, artritele uscate, artritele gomoase, reumatismul deformant, trebuesc căutate la timp. Un organism preparat şi tonificat prin băi, face acţiunea tratamentului antisifilitic mult mai eficace.

4. **Afecţiunile sistemului nervos:** Nevralgiile cari dau turburări motorii (răcirea unui membru) atrofia, puncte dureroase dealungul braţului, causalgia (modificarea ţesutului nervului secţionat la răniţii din război).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Paraliziile periferice se ameliorează; paraliziile afrigore se vindecă: maladia lui Parkinson, migrena nevralgică şi migrena catameniala (migrena ce coincide cu menstrele) sunt atenuate excelent prin băile calde: ataxiile, mielitele, hemiplegiile, etc.

**Nevritele,** în special sciatica. Nevritele cronice: Mialgii (fibrozite în Anglia) sau dureri musculare cum sunt: lumbago, (dureri de şale) datorite cristalizării în exces a uraţiilor la artritici în urma acţiunei frigului ce irită fibra musculară continuu, fibră la rându-i amorţită de frig; torticolisul, contracturile musculare de războiu sau la lucrători. Băile sunt suverane, urmând a li se asocia şi electroterapia.

Exudate cronice post-fracturi şi plăgi de războiu. Cura balneară secundară tratamentelor electrice moderne opreşte manifestările de infirmitate în paralizia infantilă cu atrofia musculară şi deformaţia picioarelor (picioare strâmbe, paralitice).

5. **Afecţiunile aparatului vascular:** flebitele cronice (flegmonul alb dureros sau flegmasia albă dolens).

6. **Afecţiunile aparatului genital.** Poluţiunile patologice, spermatoarea şi impotenţa incipientă prin surmenaj fizic şi intelectual.

**Blenoragia** (cauza reumatismului cronic blenoragic). Orhitele, e necesar examenul bacteriologic al secreţiilor uretrale. Contra indicat în timpul crizelor acute, permise numai după ce febra scade complect.

Reumatismul secundar cronic consecutiv blenoragiei, sifilisului, tuberculozei. Această maladie e mai frecventă la femei decât la bărbaţi, din cauza menopauzei, şi se tratează complimentar cu tiroidină.

7. **Afecţiuni dermice:** exemă, prurigo, acnee, urticaria, herpes, pitiriasis, psoriasis.

8. **Afecţiuni ginecologice:** au exudate vechi, metrita, perimetrita, pelviperitonita, cu aderenţe, salpingo-ovarita, atonia uterului, deviaţii uterine (anexite) fibrome. Turburări funcţionale, amenoree, dismenoree.

Temperaturile „joase" convin afecţiunilor ginecologice însoţite de hemoragii, iar temperaturile „uscate" în afecţiunile anexelor.

**Irigaţiunile vaginale** în stările inflamatorii cu metroragii la temperatura de 40—50 grade Celsius, la mică presiune şi cu trei până la zece litri de lichid apă sărată. In dureri pelviene (nevralgiile sine materia), administrăm spălăturile la temperaturi variate după intensitatea durerii: 36—48 grade Celsius.

**Masagiul** e indicat în afecţiunile ginecologice cronice cum sunt: oedemele, infecţiunile, scleroza ţesutului celular pelvian, aderenţe uterine şi pereuterine, deviaţii uterine şi prolaps uterin.

CONTRA INDICAŢIILE CUREI DE BĂI CALDE DE NĂMOL.

Afecţiunile cardiace avansate şi decompensate; bacilozele pulmonare; emfizemul pulmonar; arterio-scleroza; femeile gravide (femei cari nu doresc a întrerupe sarcina); bolile genitale acute (în activitate) nefrita, isteria, epilepsia, astma, azotemia, hipertensiunea arterială, leziunile venoase.

La persoanele care suferă în acelaş timp de afecţiuni ginecologice şi maladii cardiace se va ordonanţa o cură de băi unde apa cu nămol să nu treacă de bazin în sus.

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

Băile vor fi luate înainte de masă, pe nemâncate, sunt interzise cu desăvârşire în timpul regulelor, deasemeni sunt interzise plimbările îndelungate pe jos, în trăsură sau în automobil. Se recomandă abstinenţa sexuală în timpul curei.

STAŢIUNI SIMILARE.

**Străine:** Balarme, Saint Amand, Les Raux Barbotan, Dax, Acqui, Balarmebourbonne, Nauheim, Aix les Bains, Uriage, etc.

**Române:** Movila Tekir-Ghiol, Amara, Budachi, Balta-Albă, Lacul-Sărat (Brăila), Câineni, R.-Sărat, Aghidiol (Tulcea), Vatra Dornei (Bucovina), Buziaş, Timiş, Basna (Târnava Mică), Borsesc-Mureş, Ocna Sibiului, Sovata (Mureş), Geoagiu (Hunedoara), Veneţia de jos (Făgăraş), Rodbav, Săcelu (Gorj).

BIBLIOGRAFIE.

**D-r Bernard Lendwaig Alfred:** Analiza apelor Lacului Sărat. Buletin. Minister. Domeniilor, Anul II, 1885. — **Profesor P. Bujor:** Contribution à la Faune des Lac Salles de Roumanie, Iassy 1909. — **D-r Saabner Tuburi:** Apele minerale şi staţiunile climaterice din România, Ediţia II-a 1906. — **Societatea Română ştiinţifică de hidrologie medicală şi climatologie:** Les stations balnéaires et les eaux minérales de Roumanie. — **Soc. d'Hydrologie et de Climatologie Medicales:** Romania Balnéaire et Climatologique par le General D-r Vicol, et le D-r Mihăilescu. — **D-r G. Brănescu:** Spitalul No. 7—8 Julie—Aug. 1925: Lacuri Sărate cu nămol puţin cunoscute: Movila Miresei Brăila. — **Touring Clubul României:** România Balneară şi Turistică de Emil Ţeposu, Valeriu Puşcariu şi Profesor D-r Iacobovici. — **D-r P. Cosac:** Lacuri sărate şi băi de nămol necunoscute, Băile Movila Miresei, Comunicare la Congresul de Balneologie din 26 Noembrie 1933.

**P. COSAC: Les bains salés et de boue „Movila Miresii' de Braila.**

L'auteur présente les conditions géographiques et météorologiques des bains „Movila Miresii" de Braila; les propriétés physiques et chimiques des sources d'eau et de boue; l'action et les effets des bains; le procédé d'administration; les indications thérapeutiques et les contre-indications; les stations similaires roumaines et étrangères.

**P. COSAC: Die Salz und Schlammbäder „Movila Miresii" (jud. Braila).**

Der Autor zeigt die landschaftlichen und Witterungsbedingungen auf; die physikalischen und chemischen Eigenschaften der Salzquellen und des Schlammes; die Wirkung der Bäder; Indikationen und Kontraindikationen; ähnliche rumänische und fremde Kurorte.

NEUROSEDATIVUL
CU
ACȚIUNE
CONSTANTĂ

TONIC
ȘI
RECONSTITUANT
ENERGIC

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

# PARALELISM INTRE POLIURIE ŞI HIPERAZOTEMIE

de

**D-r M. ENACHESCU**

Medic primar Spit. P. Neamţ.

Mecanismul retenţiunei substanţelor hidropigene a fost obiectul unor lungi discuţiuni în ultimele patru decenii. Astfel cele două principale teorii, ale lui Widal, în care CLNa juca rolul principal hidropigen şi teoria lui Achard, unde ţesuturile ar atrage apa şi elementele dizolvate, au creiat două şcoli a căror discipoli discută şi azi diferitele fenomene atât de controversate.

Cât priveşte ureea a fost şi ea incrimniată că ar avea rolul ei alături de CLNa, însă s'a demonstrat că acest rol este aproape neglijabil. Un fapt este sigur că în nefritele hidropigene, în ţesuturi, odată cu apa şi CLNa sunt reţinute şi celelalte elemente între care şi ureea şi odată cu resobţia edemelor se elimină şi ele. S'a observat însă, că o diureză bruscă în nefritele cu edeme mari, produce fenomene toxice (Merklen) şi chiar moartea. Cauza acestor fenomene toxice este concentrarea în sânge a ureei şi a celorlalte elemente toxice, creatinina, etc., în urma rezorbţiei edemelor importante. Dar ureea este şi ea însăşi un diuretic, iar unii autori (Hamilton Crawford şi Mc. Intosh) au întrebuinţat-o în cardiopatii, unde rezorbţia era puţin influenţată de tonicele cardiace şi au obţinut cu dânsa rezultate apreciabile. Totuşi în doze mai ridicate a produs intoleranţă (Achard şi Paisseau).

In cazul pe care-l expunem, este vorba de un nefretic cu edeme importante, unde tratamentul diuretic producând creşterea diurezii, ureea în sânge concentrându-se a crescut odată cu urinele.

Bolnavul Gh. P. de 32 ani, intră în serviciul medical, la 4/I, cu edeme mari ale gambelor, dispneic, cu dureri lombare, urinele puţine şi concentrate. Neagă orice boală infecţioasă în antecedente. De câteva luni acuză dureri lombare; şi-a făcut singur un regim fără carne, în schimb cu 8—10 ouă pe zi; uza zilnic de băuturi alcoolice în cantităţi însemnate. De opt zile, în urma unei oboseli, se află la pat.

La ascultaţie pulmonară, se aud raluri fine la ambele baze; cordul accelerat 110 pulsaţii pe minut, uşoară dedublare. Bolnavul este subfebril. Tensiunea Mx. 13, Mn. 10, urinele puţine şi concentrate; albumina 3 gr. ‰. Cilindrii hialini, granuloşi, celulele epiteliale renale în sediment.

Se institue tratamentul diuretic şi tonice cardiace. La 5/I, ureea în sânge 1,50 gr. ‰, urinele cresc până la 800 gr., apoi în ziua 6/I şi 7/I ajung la

2000 gr. iar ureea 1,38 gr. ‰. La 9/I urinele scad la 1.200 gr., iar ureea scade şi ea la 1 gr. ‰. Se fac extracţii sanguine repetate, se fac injecţii cu ser glucozat; urinele cresc la 2000 gr. însă ureea scade la 0,60 gr. ‰. Această perioadă în care ureea sanguină este mai scăzută, pe când diureza este abundentă, perioada aşa zisă normală în cursul azotemiilor, nu durează mult şi la 17/I urinele sunt 1800 gr. iar ureea sanguină 1,40‰, la 18/I urinele 2.050 gr. iar ureea 1,60 gr. la mie.

Apar fenomene toxice grave cu crize epileptiforme; edemele sunt diminuate. cordul însă aritmic, bătăile asurzite ceeace denotă o miocardită toxică. Această stare durează câteva zile iar la 23/I, urinele sunt 1.500 gr. şi ureea în sânge 1 gr. ‰. Diureza scade treptat până la 400 gr.; în ziua de 30/I edemele cresc iar ureea în sânge este de 0,70 gr. ‰.

Dela 2/II urinele cresc din nou, 1.000—1.400 gr., ureea sanguină creşte 1,40 gr. ‰ iar crizele epileptiforme se repetă fiind mai accentuate. Bolnavul este mai dispneic, bătăile cordului mai asurzite, apar frecături pericardice la bază, pulsul însă de 88 pe minut, cefaleea este intensă, ureea sanguină ajunge la 1,80‰, crizele epileptiforme se repetă de mai multe ori pe zi şi în una din aceste crize, bolnavul sucombă.

Din punct de vedere fiziologic, extravazarea lichidelor şi rezorbţia lor nu sunt decât schimburi de elemente trecând prin membranele vii în spaţiile lacunare. Aceste membrane sunt endoteliul capilarelor, membranele seroase şi trabeculele ţesutului conjunctiv, care au pentru unele elemente, cum sunt cristaloizii, o permeabilitate foarte mare, pe când pentru proteine este inexistentă. Această extravazare, după Achard, este condiţionată de :

1. Presiunea hidrostatică în capilarele sanguine.
2. Presiunea osmotică a cristaloizilor, şi
3. Presiunea osmotică a proteinelor.

Transylvania University Library Cluj

Ori în stare patologică, cum ar fi în cazul nostru, din cauza defectului de eliminare renală, presiunea hidrostatică creşte şi deci lichidele difuzează în spaţiile lacunare împreună cu elementele dizolvate; presiunea osmotică a proteinelor, prin modificarea raportului globulină albumină şi ţinând seama că un gram albumină conţine mai multe molecule decât un gram globuline, este scoborîtă şi inferioară presiunii hidrostatice, de unde rezultă edemul. Ureea însă, care este un produs de deasimilaţie a ţesuturilor, împreună cu altele, cum e creatinina, rămân în sânge şi serozităţi din cauza defectului puterii concentratoare, care în stare normală o concentrează la un grad foarte mare (în sânge 0,30 gr. %, în urină 20 gr. %). Fenomenele toxice sunt datorite mai mult altor elemente care însoţesc ureea, precum şi acidozei rezultată din insuficienta preparare de amoniac de către rinichi pentru neutralizarea acidozei. In cazul nostru după cum am văzut în perioada când diureza creştea, aveam şi o creştere a ureei în sânge. Ori tocmai aici prezintă importanţă acest caz şi explicaţia o avem în modul următor:

Leziunile renale fiind şi parenchimatoase şi interstiţiale în urma diureticilor, ureea care era difuzată în masa edemelor, trecea din edeme în sânge, odată cu lichidul; când apa se elimina, mărind diureza, ureea din cauza scăderii puterii concentratoare a rinichiului, rămânea în parte în sânge, mărind azotemia şi invers, diureza scăzând, edemele cresc, iar ureea diminuează în sânge fie datorită faptului că masa lichidă a sângelui creşte, fie că ureea difuzează din sânge în masa edemelor care cresc. Totuşi în cazul nostru, avem o perioadă unde

odată cu diureza se observă şi o scădere a ureei în sânge, dar aceasta coincide cu sângerările abundente şi repetate. La sfârşit însă, avem iarăşi o perioadă unde, în timp ce diureza creştea treptat, ureea în sânge creştea şi ea repede, producând fenomene toxice grave, cu crize epileptiforme repetate.

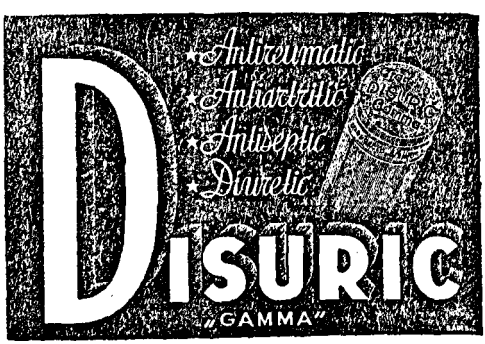
Astfel toate diureticele întrebuinţate de noi, nu au avut alt rol decât de a mări eliberarea lichidelor, fără a elimina în mod normal ureea, ci din contră a produs o concentrare sanguină cu fenomene toxice.

Ca o concluzie a acestora, în edemele mari cu azotemie, diureza trebue provocată în mod moderat, desintoxicând organismul prin sângerări repetate (în special ventuze sacrificate pe regiunea renală, cu scopul de a descongestiona rinichii), precum şi de a combate acidoza, care este principala cauză în determinarea fenomenelor toxice grave.

M. ENACHESCO: **Paralelisme entre la poliurie et l'hyperazotémie.** L'auteur publie le cas d'un nephrétique avec des grandes oedemes, chez qui le traitement diurétique détérminait l'élévation des quantités des urines en même temps que celle de la concentration de l'urée dans le sang. Il présente les notions réspectives de physio-pathologie et tire des déductions thérapeutiques.

M. ENACHESCU: **Parallelismus zwichen Poliurie und Hyperazotemie.** Der Autor veröffentlicht einen Fall von Nefrite mit starken Oedem, bei welchem die harntreibende Behandlung das Anwachsen der Urinmenge gleichzeitig mit der Concentration des Urins im Blute bestimmt. Er zeigt die entsprechenden fiziopathologischen Begriffe und zieht daraus die therapeutischen Folgerungen.

Digitized by Babeş-Bolyai University Library, Cluj




DISOLVANT
ŞI ELIMINATOR
AL
ACIDULUI URIC

PREVENTIV
ŞI
CURATIV
ÎN
MALADIILE
HEPATO-BILIARE

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

## SINDROM AVELLIS *)

de

**D-r L. GHEORGHE** — Craiova

In cursul lunei Aprilie a. c., d-l S., avocat din Slatina, consultă pentru voce stinsă, răguşită şi pentru faptul că deseori „dădea apa pe nas".

Primul gând s'a dus spre o paralizie a vălului palatin de origină probabil difterică.

Era bolnav de 2 săptămâni, iar cu o săptămână înainte se vindecase de o gripă într'o formă mai serioasă ce-l ţinuse la pat 8 zile cu temperatură mare, fără ca în acel interval să se fi plâns de disfagie şi nici medicul curent nu i-a atras atenţia că ar fi avut ceva amigdalian. De altfel de „dor de gât" nu suferise din copilărie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Boala actuală începe cu o uşoară răguşală, cu voce stinsă, nasonantă, şi ceace alarmează în special, pe lângă că profesia îl obliga să aibe şi o voce sonoră, era şi faptul că lichidele refulau pe nas.

Endobucal, vălul membranos era tras spre partea stângă în sus şi în afară, luetа trasă şi ea spre stânga, imobil de partea dreaptă la emisiunea vocalei „a", dând impresia unei perdele ridicată de un colţ, formând astfel imaginea clinică a unei hemiparaliziі a vălului palatin membranos care explică şi trecerea lichidelor în fosele nasale şi vocea nasonantă.

Laringoscopic, coarda vocală dreaptă flasca, cu marginea liberă tremurândă la vibraţii, absorbindu-se şi refulându-se la inspiraţie şi expiraţie, imobilă la mişcările de lateralitate ca şi aritenoidul corespunzător, păstrând linia paramediană, formând astfel în totul aspectul hemiplegiei laringeene.

Sensibilitatea laringeană pe dreapta dispărută ca şi a hemifaringelui drept.

In ansamblu, **hemiplegie complectă a vălului, hemiplegie complectă de aceiaşi parte a laringelui, cu lipsa sensibilităţii mucoaselor de aceiaşi parte**, la care, adăugându-se vocea spartă, răguşită, nasonantă, surdă şi trecerea deseori a lichidelor în fosele nasale, avem îmbrăcată complect simptomatologia **Sindromului Avellis**.

In trecut nimic care să explice jena recentă; negând sifilisul pentru care vine cu un buletin nou, negativ; nu suferise nici un accident sau traumatism pe gât sau occiput; clinic nu părea a avea vreo tumoră sau compresiune tumorală în zonă; analiza din gât pentru Klebs Loffler, făcută ulterior, negativă, suferise doar de forma aceia mai serioasă de gripă cu 7—8 zile înainte de a observa începutul maladiei.

---

*) *Comunicare făcută la Cercul Medico-Farmaceutic din Craiova, în şedinţa din 1 | VI | 939.*

Pe scoarță, laringele are doi centri voluntari: cortico-respiratorul și cortico-frenatorul dela care fibrele nervoase pleacă și trec prin pedunculii cerebrali în protuberanță, terminându-se în nucleii bulbari unde formează știm, alte două centre, de data aceasta reflexe, bulbo-respiratorul și bulbo-fonatorul ce sunt localizați pe planșeul celui de al patrulea ventricul, la nivelul nucleului ambigu, care nucleu, este comun ca origine pneumogastricului și spinalului și multă vreme s'a discutat și problema este încă deschisă, cu toate lucrările în acest domeniu ale lui Rosenbach, Semon, Collet, Vernet, Lermoyez, Ramadier, dacă, inervația laringelui provine din pneumogastric, din spinal sau din amândoi — din vago-spinal.

Sistemul vago-spinal dă naștere, după ce ese din craniu prin gaura ruptă posterioară și după ce a format ganglionul plexiform, la nervul laringen superior și apoi recurentului.

Spinalul după ce ese din craniu, până a se pierde în ganglionul plexiform, dă o ramură externă ce merge la trapez și sternocleidomastoidian. (Explică sindromul Schmidt, Jackson).

Tot prin gaura ruptă posterioară ese din craniu și gloso-faringianul iar înaintea ei, are hipoglosul și toți acești nervi urmează un traect descendent și de bună vecinătate, așa că o leziune în zonă, după lărgimea în care prinde unul sau mai mulți din ei, după înălțimea la care este leziunea înainte sau după ce a dat trunchiurile principale diferite ramuri, avem sindrome diferite, a căror explicație fizio-patologică și anatomo-patologică rămâne încă cu puncte inpenetrabile, deși sunt aproape 80 de ani de când Traube a descris prima paralizie laringiană.

Digitized by Google Original from University of Illinois at Urbana-Champaign

In sindromul Avellis avem o leziune pe vago-spinal și sub ramura externă a spinalului, deasupra ganglionului plexiforme, dând astfel turburări de motricitate și de sensibilitate.

Cine poate naște leziunea? Tromboflebita jugularei, plăgile în zonă, fractura bazei cu infundarea găurei rupte posterioare, calusul în zonă, hipertrofiile inflamatorii sau neoplazice ale ganglionilor limfatici la partea superioară a lanțului carotidian, nevrita toxică specifică, difterică, febra tifoidă sau gripa.

La pacientul nostru pleda numai gripa.

După ce i-am prescris pe lângă altele și strichnină și vitamina B, paralizia vălului a cedat, cea laringiană persistând și azi, dar mult redusă.

Cazul este interesant nu atât prin raritatea lui, ci prin raritatea cauzei care l-a produs.

I. GHEORGHE: **Un cas de syndrome Avellis d'origine grippale.**

I. GHEORGHE: **Ein Fall von durch Grippe hervorgerufenem sindrom Avellis.**

Stațiunea p. studiul Helminților-Ungheni și Serv. de consultații de boli parazitare din Spitalul Sft. Spiridon-Iași.

# ASUPRA UNUI CAZ CLINIC DE HELMINȚIAZĂ INTESTINALĂ PRODUS DE DIPHILLOBOTRIUM LATUM ASOCIAT CU LIGULA IASSYENSIS LEON 1908 — CH. JOYEUX — J. G. BAER, OBSERVAT IN REGIUNEA MOLDOVEI DE MIJLOC

NOTĂ PRELIMINARĂ

de

**D-r GR. GR. JAMANDI**
**Medic primar de spital-Iași**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cazurile de liguloză intestinală sunt întâlnite cu totul rar în clinică, cunoscându-se până azi deabia câteva cazuri în literatura parazitologică.

Primul caz a fost citat în 1763 de **Lars Martin**, pe o femeie la care ligula era asociată cu o tenie și mai mulți ascarizi.

Al doilea caz a fost acela al Profesorului N. Leon, Iași, din 1905, găsit pe un bolnav de loc din Iași, ce fusese internat în Serviciul Profesorului Zamfirescu dela Spitalul Sft. Spiridon, pentru turburări intestinale; în timpul spitalizărei elimină spontan un vierme care neputând fi identificat de medicii serviciului este trimis Profesorului de parazitologie **N. Leon**, care bazat pe elementele structurale anatomice ale viermului găsit, crede, împreună cu D-r **Max Braun** din Königsberg și D-r **Lühe** că ar fi vorba de o specie nouă de Helminț și o denumește **Braunia iassyensis Leon 1908, n. sp.** Observația este publicată în Sonderabruck aus dem Zoologichen Anzeiger, Bd. XXXIII, No. 11, 1908, sub titlul „Ein neuer Menschlicher Cestode" și viermele se află azi depus în Muzeu Laboratorului de Parazitologie din Iași, al D-lui Profesor D-r **Virgil Nitzulescu.**

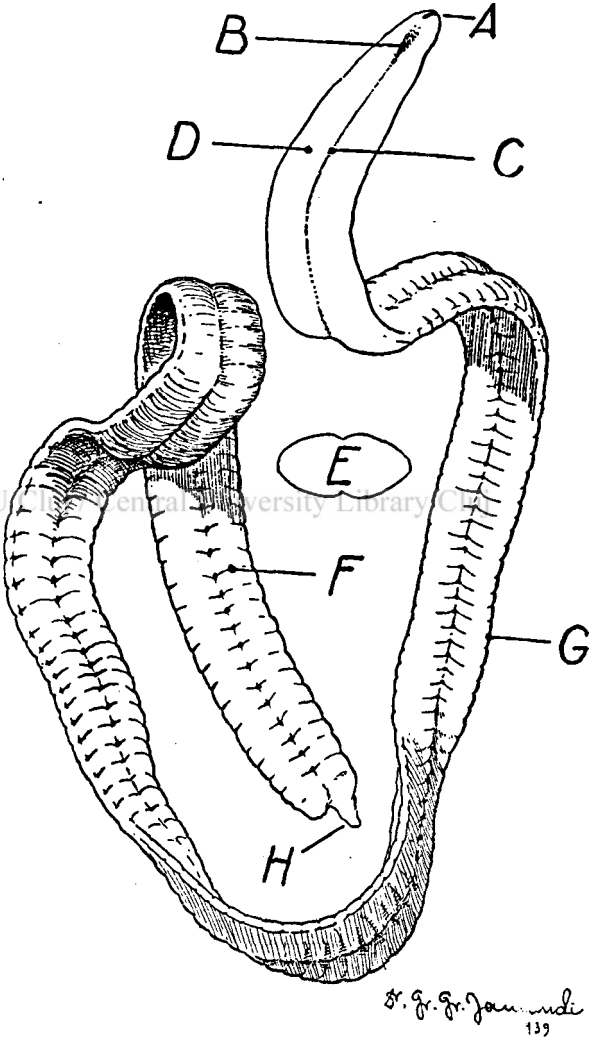
Al treilea caz îl găsim citat de **N. Lemaire** și al patrulea îl semnalează **Ch. Joyeux & Rondeau du Noyer** în 1931, pe o femeie ce elimină prin vărsături fragmente de **ligula intestinalis.**

In afară de observațiile de mai sus nu mai găsim semnalat nimic altceva în literatura medicală și parazitologică asupra ligulozelor umane.

In cusul anului 1937, găsim tot în regiunea Moldovei de mijloc

al V-lea caz de Liguloză intestinală umană, ce poate fi privit ca al doilea pentru regiunea noastră.

Era vorba de un bolnav în etate de 34 de ani (Malanciuc N.) din oraşul Ungheni, târg situat pe malul râului Prut în zona de mijloc a Moldovei, bolnav care se prezintă în cursul lunei August la Dispensarul Circumscripţiei




BCU Cluj / Central University Library Cluj

sanitare Ungheni pentru turburări de ordin digestiv. Fiind în cursul anotimpului, când în regiune domină afecţiunile digestive produse prin consumul apelor poluate cu materii organice se bănueşte o colibaciloză, dintr'acelea banale şi i se instituie tratamentul comun, în serie, pentru aceşti bolnavi.

Cum însă în cursul lunei Noembrie 1937 se prezintă din nou dispensarului cu aceleaşi turburări, pentru a i se elimina din diagnostic helminţiaza intestinală — extrem de frecventă în regiune — i se face în laboratorul Staţiunei p. studiul

Helminţilor/Ungheni, analiza coprologico-parazitară a materiilor fecale, ocazie cu care se găsesc ouă de Diphillobotrium latum. Il pierdem apoi de subt observaţie *) găsindu-l la serviciul Triajului de la Spitalul Sft. Spiridon/Iaşi unde urma de câtva timp un tratament pentru colită, într'un serviciu medical, fără rezultate însă.

Deabea în Mai 1938 prezentându-se serviciului de consultaţii No. 15 de boli parazitare din Spitalul Sft. Spiridon i se administrează: extract eiherat de filix mas (10 gr.), sirop de ether (45 gr.) şi tinct. jalap cu sirop de mană (a 25 gr.), după care elimină, chiar în seara zilei tratamentului, pe lângă un botriocephal — lung de 12 m. — şi un alt vierme panglică mai mic, alb şi cărnos, neidentificat a fi nici unul dintre Helminţii obişnuit întâlniţi în clinică. După două luni de la expulzarea acestui vierme starea sănătăţii bolnavului se ameliorează simţitor şi analiza coprologico-parazitară repetată în două rânduri rămâne negativă.

Turburările clinice observate înainte de expulzarea viermelui probabil că erau produse — credem noi — numai de către unul dintre aceşti doi Helminţi şi anume de Botriocephal, considerând manifestările clinice, cel de al doilea platelminţ ne putându-l incrimina de a fi contribuit la producerea şi menţinerea acestui tablou clinic, el fiind prea puţin cunoscut.

Examinat în laborator a găsit acest de al doilea Helminţ, asociatul Botriocefalului, că este un exemplar de LIGULA iassyensis (Leon 1908) CH. JOYEUX & J' G' BAER (Syn. Braunia lassyensis N. Leon 1908), lung de 14 cm. şi lat, în partea cea mai desvoltată a corpului de 7 mm, cu extremitatea posterioară ruptă, lipsind circa 5 cm. din ştrobila viermelui.

Scolexul inerm, de formă triunghiulară prezintă în vârful extremităţei anterioare două botridii (1 mm. × 0,1 mm.) într'o continuare aparentă pe ambele feţe ale viermelui, fiecare dintre ele continuându-se posterior cu câte o amprentă ovalară (4 mm. × 1 mm.) de unde pornesc pe o faţă şi alta a ştrobilei-ventral şi dorsal — şanţurile mediane.

Porţiunea intermediară a viermelui, olova cu corpul, face trecerea între scolex şi restul ştrobilei fără modificare de contur, Strobila viermelui este cărnoasă (2,5 mm. grosime maximă) şi cu laturile paralele. Viermele este străbătut dealungul lui, pe ambele feţe, de la o extremitate la alta printr'un şanţ median, adânc brăsdat în carnea ştrobilei, în fundul căruia, pe faţa ventrală, se deschid porii sexuali. Marginele laterale ale ştrobilei sunt fin festonate de către conturile de segmentaţie ale inelelor. Segmentaţia, puţin vizibilă în sfertul anterior al viermelui devine tot mai pronunţată pe măsură ce ne apropiem de jumătatea lui, pentru a se menţine într'acelaş profil până spre extremitatea posterioară. Extremitatea posterioară a viermelui este macerată şi ruptă — lipsind circa 5 cm., din vierme — proces biologic necrotic obişnuit întâlnit la cestozi, la care găsim totdeauna extremitatea terminată pe cale de distrugere.

Parenchimul viermelui este de consistenţă dură compactă, capabil a face, pe viermele viu, mişcări lente — asemănătoare cu ale rămei — şi acoperit la exterior cu o cuticulă groasă şi opacă de coloare albă-gri-murdară. Pe viermele proaspăt — viu — se pot distinge pe fiecare segment de formă dreptunghiulară cu laturile externe mult mai mici de cât cele interne — nici pete punctiforme galbene, sunt reozetele uterine.

In ceia ce priveşte morfologia internă, organizaţia este aceia descrisă de Prof. N. Leon în lucrarea suscitată, din anul 1908.

După Ch. Joyeux & Baer, acest vierme — Braunia Leon — n'ar fi decât o formă larvară a ligulelor Bloch, pseudophilidee cu segmentaţie exterioară ştearsă, parazitând în starea larvară cavitatea generală a unor peşti de apă dulce şi ca adult unele paseri (Rosen).

După N. Leon şi E. Brumpt, însă aceste Braunii nu ar fi tot una cu ligulele şi diferenţa dintre ele ar consta dintr'aceia că la Braunia ovarele sunt mediane şi ramificate, iar testicolele ocupă toată masa inelului pe două rânduri neregulate.

*) Nu i se instituise încă tratamentul specific.

Bazaţi şi pe cercetările lui Rosen (1920), care au elucidat evoluţia ligulei intestinale şi pe cazurile clinice din literatură şi observate la noi, credem că infestaţiunea omului cu acest cestod se face prin ingerarea peştilor ce conţin în cavitatea lor generală pleurocercoizii acestui helmint, exemplare mai mici.

Pleurocercoizii odată ajunşi în tubul digestiv evoluează în gazdă — dacă omul e gazda specifică sau nu, nu ne putem pronunţa — spre faza adultă.

Infestaţia omului însă este mult limitată, pe deoparte datorită faptului că pleurocercoizii acestui helmint sunt prea mari pentru a nu fi observaţi la ingerare, aşa că se pot introduce greu în economia umană, pe de alta că şi peştii infectaţi, datorită mărimei larvelor, se recunosc uşor şi înlătură din consum.

## BIBLIOGRAFIE.

N. LEON: Ein neuer menschlicher Cestode. Sonderabdruck aus dem Zoologischen Anzeiger. Bd. XXXIII, No. 11, 18 Aug. 1908. — Dr CURT SPREHN E, W, Lehrbuch der Helminthologie, Berlin, 1932 (Braunia iassyensis Leon 1908, pag. 381). — BAYLIS H. A.: A manual of helminthology. London, 1928. — BRAUN M. & SEIFERT.: Die tierichen Parasiten des Menschen. Leipzig, 1925. — MEGGITT F. C.: The Cestode of Mamals. London, 1924. — M. R. NOYER.: Hist, Natur, des Cestodes en gener. et des principaux cestodes d l'homme, Paris 1931. — M. NEVEU-LEMAIRE.: Traite de Helminthologie medicale & veterinaire, Volum II. Paris Edit. Vigot fr. 1938 (pag. 382). — E BRUMPT.: Precis de parasitologie Masson Edit., Paris 1936. — BRAUN M.: Vermes cestodes, in Bronns klassen und ordnungen des Tierreishs. Bd. 4, 1901. — KISLING-FRANTZ.: Uber ban von Schistocephalus dimorphus Crepelin und Ligula simplicissima Rudolpki. Leipzig, 1882. — ROSEN.: Cicle evolutif de Ligula intestinalis. 1920.

http://biblioteca-digitala.ro / www.cimec.ro

GR. GR. IAMANDI: **Un nouveau cas de ligulose intestinale humaine par la ligula Braunia Jassyensis Leon, 1908.**

GR. GR. IAMANDI: **Ein neuer Fall von menschlicher Intestinal-liguloza durch Ligula Braunia Jassyens Leon, 1938.**

GR. GR, IAMANDI: **Ein neuer Fall von menschlicher Intestinal-liguloza durch Ligula Braunia Jassyens Leon, 1908.**

Dies ist der fünfte, in der gesamten medizinischen Literatur beschriebene Fall von menschlicher Intestinal-liguloza der zweite Fall in Rumänien.

*Spitalul D-r I. E. Costinescu, P. Neamţ*
*Director: D-r V. Ungureanu, chirurg primar*

# CÂTEVA CAZURI DE DOLICOCOLON TRATATE PRIN SIMPATECTOMIE LOMBARĂ TRANSPERITONEALĂ, CU CONSIDERAŢIUNI ASUPRA REZULTATULUI POST OPERATOR

de

**D-r V. UNGUREANU**
chirurg primar.

**D-r E. CORNELEAC**
chirurg secundar.

**D-r C. MUDREAC**
med. radiolog primar.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In cursul anului 1938, am avut ocazia să observăm cinci cazuri de dolicocolon, din care patru au fost tratate prin simpatectomie lombară, al căror rezultate post-operator îl expunem în comunicarea de faţă.

In I-ul caz, este vorba de Constantin I. de 23 ani, din comuna Răucesti jud Neamţ, caporal în Reg. 15 Dorobanţi, care ne este trimis în ziua de 17 Iulie 1938, cu diagnosticul de ocluzie intestinală, ce datează de două zile.

La examenul medical, făcut de unul din noi, se constată o stare de profundă intoxicaţie. Abdomenul enorm balonat, desemnându-se o ansă intestinală în jumătatea stângă a abdomenului, cuprinzând şi regiunea ombilicală. Oprirea completă a tranzitului gastro-intestinal.

Din antecedentele hredo-colaterale nu reţinem nimic deosebit.

Din adolescenţă bolnavul prezintă constipaţie rebelă, însă, fiind dela ţară nu a dat nici o importanţă acestui simptom. Din când în când, constipaţia era însoţită de crize dureroase, care la intervale neregulate îmbrăcau forma de crize pseudo-ocluzive.

Intrând în armată, urmează oarecare tratament pentru constipaţia ce o prezenta. Cu două zile înainte de a-l vedea, bolnavul este cuprins de dureri abdominale însoţite de balonare intensă şi oprirea transitului gastro-intestinal.

Cu diagnosticul de ocluzie intestinală, se intervine de unul din noi (D-r Corneleac) sub rahi-novocaină. La deschidere se constată un colon enorm dilatat, cu un volvulus al ansei sigmoide care acopere restul organelor abdominale. Se detorsionează ansa sigmoidă şi imediat bolnavul prezintă un scaun cu aspect de melenă. Ansa sigmoidă neobişnuit de lungă (70—75 cm.) prezintă bride de mezenterită retractilă. In restul colonului, nimic de notat, atât în ceia ce priveşte calibrul, cât şi lungimea.

---

*) Comunicaţie făcută la *Cercul de studii al medicilor din jud. Neamţ*, în ziua de 14 Iulie 1939.

Se practică simpatectomie lombară stângă, extirpându-se al 2-3-4-lea ganglion lombar, apoi nervul presacrat. Se face colopexie parietală stângă, urmată de închiderea complectă a peretelui abdominal.

Evoluţia post operatorie a decurs fără nici o complicaţie. Insistăm asupra faptului că bolnavul nu a prezentat meteorism intestinal. A patra zi, bolnavul a prezentat un scaun normal. Notăm că dela această dată bolnavul a prezentat evacuări alvine spontan în fiecare zi. La 9 zile, bolnavul părăseşte spitalul complect vindecat.

Un an de zile se simte bine. Îşi reia ocupaţiunile zilnice până în ziua de 5 Iulie 1939, când din nou este apucat de dureri mari abdominale cu balonare şi greaţă. Este internat din nou în secţia noastră, unde se constată la clizma baritată sub ecran următoarele: Substanţa opacă umple ampula rectală, însă nu trece în descendent, care împreună cu colonul ileo-pelvin sunt enorm dilatate.

Se procedează de urgenţă la intervenţie (D-r V. Ungureanu) sub rachianestezie cu percaină 0.007 mgr. La deschidere care se face prin vechea cicatrice (care este lineară) se constată: colonul ileo-pelvin enorm dilatat şi torsionat complect de 360° dela dreapta la stânga. Se desface vechea sutură de colopexie şi se procedează la detorsionarea ansei ileo-pelvine urmată de colectomie stângă într'un singur timp, cu anostomoză latero-laterală în două planuri. Închiderea peretelui cu drenaj.

Bolnavul în prezent se află în spital cu o mică fistulă stercorală, care este pe cale de vindecare.

In al II-lea caz, este vorba de Elena R. de 30 ani. din P.-Neamţ lucrătoare la fabrica de tricotaje, care se internează în serviciul nostru în ziua de 12 Octombrie 1938, pentru dureri însoţite de balonarea abdomenului.

Istoricul boalei: Acum 5 ani de zile, bolnava începe să prezinte un oarecare grad de constipaţie având scaune la 2-3 zile. La intervale bolnava acuza crize abdominale însoţite de balonare şi constipaţie.

In cursul anului 1936, este operată de apendicită cronică, fără a observa vre-o ameliorare. Balonarea abdomenului nu a cedat, acuzând la intervale neregulări subacluzive, pentru care se internează în serviciul nostru.

Din trecutul bolnavei nu se constată nimic deosebit. Examinând local, constatăm: abdomenul balonat, cu timpanism exagerat. Funcţional, constipaţie şi dureri de cap.

Examenul radiologic (Dr. Mudreac) arată următoarele: pe cale bucală, după 48 de ore, bariul rămâne în axa sigmoidă unde se constată un aspect spastic. Aerocolie accentuată. La clizma baritată ampula rectală apare de aspect normal; jetul baritic descrie apoi o ansă mare, alungită situată pe traiectul colonului ileo-pelvin. Calibrul ansei este normal. In restul colonului, nimic de observat.

In concluzie, pe cale bucală nu se constată decât colită spastică cu aerocolie, iar prin controlul cu clizmă baritată se precizează diagnosticul de dolicocolon descendent.

Rectoscopia arată pătrunderea uşoară a endoscopului până la 25 cm. Mucoasa de aspect normal.

Cistoscopia, nu arată nimic deosebit.

Sub rahianestezie cu percaină 0.007 mgr. se intervine (D-r Ungureanu) prin laparatomie supra şi subombilicală. Se constată un dolicocolon sigmoid măsurând în lungime cca. 80 cm. calibrul colonului fiind normal. Mezosigmoidul prezintă cicatrici de mezenterită retractilă. In restul colonului, nu se constată nici o formaţiune cicatriceală. Se practică simpatectomie bilaterală, cu rezecţia ganglionilor 2—4 lombar. Se complectează apoi cu rezecţia nervului presacrat şi al plexului mezenteric superior, închizându-se abdomenul în patru straturi, după ce s'a făcut colopexie stg. pe mezo.

Mersul post operator arată un uşor meteorism intestinal, care apare a doua zi după operaţie şi care se reduce prin injecţiuni cu ser hipertonic. A 5-a zi i se administrează o clizmă purgativă, după care bolnava are un scaun. Dela această dată, bolnava prezintă spontan scaune zilnice. Părăseşte spitalul vindecată, în a zecea zi după operaţie.

Revăzută de noi după 6 luni dela operaţie, bolnava se simte bine, prezentând scaune zilnice fără să acuze vre-o tulburare postoperatorie.

Digitized by Biblioteca Universitatea "Ion Ionescu de la Brăila"

In al III-lea caz, este vorba de Vasile P. de 50 ani din com. Garcina, care în ziua de 23 Maiu 1938, se internează în spital penru fenomene de ocluzie intestinală, datând de 3 zile.

La examenul local, abdomenul balonat; la percuţie, timpanism exagerat peri şi sub ombilical. Starea generală este satisfăcătoare.

Se intervine (D-r Corneleac) sub rahianestezie cu novocaină 12 ctg.

La descidere se constată un colon enorm dilatat, iar ansa sigmoidului în V şi torsionată. Se detorsionează şi tranzitul intestinal porneşte chiar pe masă.

Ansa sigmoidă este foarte lungă şi dilatată (megdolicocolon). Se face colopexia, fără a se face simpatectomie.

Mersul post operator, normal şi la a 5—6-a zi părăseşte spitalul vindecată. Din informaţiile ce deţinem, se simte complect bine, având scaune regulate şi normale.

Al IV-lea caz este acel al femeii Elena U. de 33 ani, din P.-Neamţ, care la 2 Noembrie 1938, intră în spital pentru balonare intensă a abdomenului şi dureri periombilicale.

Istoric. Din copilărie a început să aibă dureri abdominale însoţite de balonări. Simultan cu aceste balonări s'a instalat o constipaţie, care s'a accentuat progresiv, astfel că în ultimul timp nu avea scaune decât cu purgative sau clizme. Din când în când se prezentau simptome de subocluziune. A consultat mai mulţi medici, stabilindu-i-se diagnosticul de ptoză gastrică, apendicită, pentru care a şi fost operată, fără a simţi vre-o ameliorare.

Este internată în serviciul nostru unde după examenul radioscopic (D-r Mudreac) se stabileşte că este vorba de un dolicocolon supraampular.

Se intervine chirurgical (D-r V. Ungureanu) şi sub rahipercainizare cu 7 miligr. percaină se face laparatomia şi se constată un dolicocolon interesând segmentul ilio-pelvian.

Se face o incizie paracolică şi se extirpă lanţul simpaticului cuprins între ganglionii 3 şi 4 din stânga, apoi se rezecă nervul presacrat şi se face sigmoidopexia parietală. Se închide complect.

Biblioteca Central University Library Cluj

După operaţie starea bolnavei se ameliorează, balonarea abdomenului cedează. Este de observat că în tot timpul mersului operator până la părăsirea spitalului bolnava n'a prezentat scaune spontane, recurgând la clizme, prezentând oarecare fenomene de hipoestezie perineală, apoi dureri în membrul inferior stâng, care însă sunt pe cale să dispară.

Al V-lea caz, este al lui Gheorghe T. de 64 ani, care intră în spital în ziua de 7 Dec. 1938, cu fenomene de ocluzie intestinală, datând de 4 zile.

Examinat de noi se constată o balonare accentuată a abdomenului cu un timpanism exagerat subombilical. Starea bolnavului este bună.

Din antecedente, nu se notează nimic particular. Vechi suferind de constipaţie, cu evacuări alvine la 4—5 zile şi numai cu administrări de clizme, alternând cu stări diareice intermitente. Este de notat că în timpul constipaţiilor de lungă durată, bolnavul acuză balonări ale abdomenului, însoţite de dureri, fenomene ce dispăreau odată cu evacuările alvine.

Este laparatomizat de urgenţă sub percaină 0.007 intrarahidian. (D-r Corneleac) făcându-i-se laparatomie supra şi subombilicală. Se constată un dolicocolon sigmoid torsionat. Se face detorsionare, urmată de simpattectomie lombară bilaterală, extirpându-se lanţul lombar, cuprinzând 2—4 ganglioni. Se extirpă apoi nervul presacrat, suturându-se breşa peritoneală. Colopexie parietală stângă, urmată de închiderea abdomenului în patru straturi.

Mersul post operator, a evoluat în condiţiuni bune. A treia zi a prezentat un scaun spontan după care evacuările alvine au avut loc zilnic. Părăseşte spitalul vindecat.

* * *

Dolicocolonul a fost definit în 1914 de către Lardennois şi Auburg, ca o alungire extraordinară a unei porţiuni sau chiar a întregului colon, obligând ansa interesată de a ocupa o poziţiune anormală, sau a se plia de mai multe ori în cavitatea abdominală.

Această alungire nu este acompaniată nici de mărirea calibrului şi nici de îngroşarea pereţilor ansei interesate, ceeace ne permite de a-l separa de megacolon. Totuşi există şi varietatea de megadolicocolon, care survine în urma unei ocluziuni a unui dolicocolon, ceeace are ca urmare o dilatare enormă a ansei strangulate.

Dolicoconul se localizează, în marea majoritate a cazurilor, asupra colonului stâng. După statistica lui Wihte, din 100 cazuri, 60 se observă pe colonul stâng, 30 pe transvers şi numai 10 pe colonul drept. Colonul pelvian este incontestabil cel mai atins şi cazurile noastre confirmă în mod indubitabil această constatare. Dolicocolonul se acompaniază foarte adeseori de mezenterită reprezentată prin dungi de cicatrice pe mezo, iar mai târziu prin o retracţie cicatriceală perpendiculară, asupra vaselor mezenterice (mezenterită retractilă).

Din punct de vedere etiologic, două opiniuni concurează la elucidarea producerii de dolicocolon: cea de origine congenitală şi cea de origine câştigată.

Originea congenitală este o anomalie de evoluţie a colonului şi a mezoului său; colonul infantil, care este mai lung ca cel de adult, persistă a rămâne lung, iar forţele mezoului nu se lipesc la înălţimea obişnuită, permiţând prin aceasta, alungirea şi cudura.

După teoria originei câştigate, această alungire s'ar forma exact cum se formează şi pe alte organe cavitare. După cum se ajungeşte o aortă scleroasă, o venă varicoasă, un uter metritic, tot aşa colonul se alungeşte sub influenţa diferiţilor factori: colita (Lardennois), disfuncţie endocrină (Nobécourt), afecţiune nervoasă (Bensaud, Finkenstein), alimentaţie cu substanţe bogate în feculente. Chiray, după ce a examinat o serie de bolnavi la începutul maladiei, interpretează faptele în modul următor: un dolicocolon nu se poate produce decât în prezenţa unei anomalii peritoneale. In aceste condiţiuni, ansa spânzurată de mezoul său, devine extenzibilă, fapt dovedit prin examenul radiologic, care în acest stadiu incipient, arată o ansă aproape normală la ingerarea pastei baritate şi o ansă foarte alungită la clisma baritată.

La cei mai mulţi dintre bolnavi, această afecţiune nu produce nici un drenaj, iar la alţii, sub influenţa cauzelor locale sau generale, dolicocolonul se instalează definitiv şi se manifestă prin simptome clinice.

Din punct de vedere clinic, primele manifestaţiuni ale dolicocoliei pot surveni la sugaciu, copil sau adult, cele mai adeseori după o perioadă de latenţă, absolut liniştită. Primul simptom în ordinea apariţiei, este constipaţia obişnuită, care nu cedează decât după laxative sau clisme înalte. In perioada de stare a afecţiunei, trei simptome se înfrăţesc: constipaţia, durerile abdominale şi aerocolia, care se grupează, dând loc la crize dureroase de obstrucţie intestinală mai mult sau mai puţin complectă (volvulus cronic sau acut).

Volvulus acut. Mult timp această complicaţie a fost considerată ca primul şi singurul accident, al anselor sigmoide anormal alungite. Mai târziu, frequenţa accidentelor abdominale care îl procedează, au fost puse pe socoteala dolicocolonului (perioada medicală a lui

BCU Cluj / Central University Library Cluj-Napoca

Roux şi perioada premonitorie a lui Forgue), însă Delbet pune aceste simptome pe socoteala unui volvulus cronic.

* * *

In rezumamt, cazurile noastre se prezintă în număr de 5, dintre care 3 bărbaţi şi 2 femei, variind ca etate între 23—64 ani, toţi suferind de aceeaşi afecţiune: dolicocolon. Doi sunt operaţi de urgenţă, pentru complicaţie de volvulus acut, iar trei operaţi în interval, pentru sindrom de volvulus cronic.

La patru din ei s'a făcut simpatectomie lombară, cu rezecţia plexului mezenteric inferior şi a nervului presacrat, iar la unul numai o colopexie.

Din cei simpatectomizaţi, trei s'au vindecat complect, având 6—8 luni dela operaţie, unul s'a reîntors pentru un nou volvulus, făcându-i-se colectomie, iar alta, — o femeie — mai prezintă şi acum simptome de ocluzie şi hipoestezie.

Rezultatele definitive, le vom judeca după câţiva ani.

Totuşi, încurajaţi de cele trei rezultate admirabile, suntem în măsură a recomanda simpatectomia ca metodă raţională şi fiziologică în tratamentul dolicocolonului.

Această metodă a fost aplicată de Atson dela Rochester, şi discutată pe larg la congresul internaţional dela Cairo, 1935. Leriche, în Presse Médicale din 22 Decembrie 1937, publică 4 cazuri de megacolon, complicate sau nu de dolicocolon, tratate prin acest procedeu, cu rezultate bune, iar la noi, d-l Prof. Nasta, a comunicat de asemeni un caz.

Concluziile practice însă, care se degajă din studiul cazurilor noastre, sunt că în faţa unui abdomen dilatat, cu constipaţie şi dureri, să nu neglijăm a ne gândi la această afecţiune, şi mai ales să nu atribuim toate simptomele unei colite sau apendicite latente, iar pentru chirurgi de a nu expune bolnavul la colectomii totale sau parţiale, care dau un procent mare de mortalitate, ci a încerca această metodă care este inofensivă şi bazată pe fiziopatologia colonului.

V. UNGUUREANU, E. CORNELEAC et C. MUDREAC: **Quelques cas de dolichocolon traités par sympatectomie lombaire transperitonéale avec des considérations sur les résultats post-opératoires.**

Les auteurs mettent en évidence les résultats extrêmement favorables de cette opération dans le traitement du dolichocolon, qui constitue une méthode inoffensive et basée sur la physio-pathologie du colon.

V. UNGUREANU, E. CORNELEAC und C. MUDREAC: **Einige Fälle von dolichocolon durch Lenden transperitonéale simpatectomie behandelt, und Betrachtungen über die nachoperativen Ergebnisse.**

Die Verfasser zeigen die ausserordentlich günstigen Resultate dieser Operation in der Behandlung des Dolichocolon, inofensive methode, auf der Fiziopathologie des Colon begründet.

# UN CAZ DE BRUCELOZĂ

de

D-r I. ZWILLINGER-Craiova.

Maladia, astăzi cunoscută sub numele de Brucelloză, nu este o entitate morbidă nouă, ci a fost cunoscută în ştiinţă sub mai multe denumiri: 1) De febră de Malta sau mediteranee, numire însă delăsată, ca inexactă, de carece maladia este răspândită nu numai în basinul mediteranian, ci în afara litoralului mărei, ea se mai găseşte în interiorul Franţei, Germaniei, Danemarcei, Americei şi la noi. Consiliul de igienă al insulei Malta, a protestat deci cu drept cuvenit în contra acestei denumiri. 2) Febră ondulantă, denumire dată de Kristensen, deasemenea incomplectă de orice, de foarte multe ori curba termică nu ia forma aceea ondulantă cunoscută ca caracteristică. 3) De melotococie după numele microbului melitococul Brucce, primul descoperit ca cauzatorul maladiei. Ea este o maladie infecţioasă generalizată-septicemică şi este datorită unui microb, care se transmite dela animal la om, fie prin contact direct sau prin consumarea laptelui nefiert. După sursa lui şi după tipul microbului, cunoaştem până acum 3 forme:

1) Brucelloza melitensis sau melitococie a cărui agent patogen micrococus melitensis a fost descoperit la om, în anul 1887, de medicul englez Sir David Bruce, de unde şi maladia a luat denumirea de Brucelloză, pe care o poartă acuma. Ea provine dela oi şi capre şi este răspândită în tot bazinul mediteranean, Franţa, Elveţia şi Germania; în anul 1897, Wright descrie seroaglutinarea în această formă, a 2-a formă datorită unui mic baccil, descris de medicul danez Bang în 1898, la avortul epizotic al bovideelor şi care se poate transmite la om prin contactul direct cu animalele bolnave, prin manipularea cărnei şi pieilor fie crude sau sărate, provenind dela vitele bolnave şi mai ales prin consumarea laptelui crud sau derivatelor acestui lapte. Maladia este acuma răspândită în mai toată Franţa, afară de Britania, Germania, fosta Ceho-Slovacia, Olanda, Danemarca, America de Nord şi la noi. Microbul febrei Abord. Bang a fost asimilat de Mis Evans în 1918, cu microbul lui Bruce. A 3-a formă este Brucelloza suis şi care provoca avortul infecţios la scroafe, datorită brucellei descrise de Traum în 1914, este foarte răspândită în America de Nord, câteva cazuri au fost des-

crise şi în Europa de Viviani şi Cesari, este o formă mai gravă şi cea mai contagioasă.

Din punct de vedere simptomatologic se descriu forme septicemice, formă gastro-intestinală mai frequentă la copii, formă nervoasă şi formă reumatoidă sau atralgică. Observând încă din 1934 un caz tipic de Brucelloză, abia acum m'am decis a-l descrie, influenţat fiind de articolul asupra Brucellozei al prietenului meu Generalul D-r Constantinescu C. Apărut în Nr. 1 şi 2 din 1939, al Revistei „Mişcarea Medicală Română". Sunt foarte rari cazurile descrise la noi de Brucelloza la om, deşi cred că ea este destul de frequentă, numai că ea se confundă cu alte maladii similare ca simptome. Voi descrie observaţia mea, adăugând încă una la cele două descrise în acest articol mai sus amintit şi ne vom limita numai a desvolta simptomatologia, diagnosticul diferenţial şi tratamentul, iar asupra etiologiei bacteriologice şi răspândirei geografice a maladiei la noi, rog a consulta articolul atât de remarcabil şi atât de complect al D-lui D-r Constantinescu.

La 20 Aprilie 1934, sunt chemat să văd pe colegul D-r G., medic veterinar din acest oraş. Pacientul în vârstă de 46 ani, de constituţie destul de robustă, este bolnav de 3 zile, cu febră mare; mai ales seara, când ajunge şi întrece cifra de $39^0$ şi scade spre dimineaţă când ajunge la $37^0$, cu frisoane violente, dureri mari astralgice în membrele inferioare şi regiunea lombo-sacrală, simulând un reumatism acut, transpiraţia profuză, trebue să schimbe 4—5 cămăşi în timpul nopţei, insomnie, abia spre dimineaţă când temperatura scade, poate dormi câteva ore. Dureri de cap pe care pacientul le localizează în regiunea occipitală. Sensoriul liber cu toată temperatura ridicată, iar nopţile cu insomnie bolnavul le petrece citind, el nu este de loc abătut. Diareie, 3—4 scaune zilnice, subţiri glairoase. Examenul bolnavului: Antecedentele hereditare şi colaterale fără nici o importanţă, faţă de maladia actuală. Bolnavul de constituţie robustă, are o uşoară scolioază dorsală, deformaţia de la naştere:.

Tegumentele prezintă pe membrele superioare, mai ales braţul drept şi mai puţin pe membrele inferioare, o erupţie de eritem multiform, cu aspect de pété de purpură, petele de mărimea unui bob de mei, până la cel al piesei de 1 leu, răspândite neregulat mai mult pe faţa dorsală a braţului şi antebraţului drept şi mai puţin pe cel stâng şi pe membrele inferioare. Restul corpului este indemn. Petele sunt de culoare roşie vişinie, nedureroase şi nu provoacă mâncărime. Temperatura $37^8$ dimineaţa şi $39^6$ seara. Pulsul 78. Din partea plămânilor câteva rale bronchiale la ambele baze, uşoare tusă. Cordul, bătăile normale şi regulate, şi cu toată temperatura mare, pulsul este mai mult bradicard, 78 pe minut. Ficatul uşor mărit de volum. Splina percutabilă, palpabilă şi dureroasă la presiune. Din partea tubului digestiv, limba saburală, timpanism abdominal, uşoară diareie, 3—4 scaune zilnice, subţiri, glairioase şi nedureroase. Dureri mari la ambele articulaţiuni coxo-femurale şi genunchii, fără să presinte vre-o tumefacţie articulară, mişcările sunt libere, dar dureroase. Transpiraţia profuză, tegumentele umede. Urina în cantitate mică şi foarte concentrată, 400—500 gr. zilnic, foarte închisă, nu conţine albumină, nici zahăr, urme pronunţate de urobilină. Dureri de cap pe care bolnavul le localizează în ceafă şi occiput. Nu există redoarea cefei, nici Kernig. Bolnavul nu este de loc abătut, sensoriul normal. In faţa acestui tablou clinic mă gândesc la 3 maladii şi în primul rând la o febră tifoidă sau mai de grabă la un paratific A sau B; la o febră palustră sau la o gripă deşi în acel timp nu exista nici un caz de gripă în oraş. Tratamentul întrebuinţat, injecţii cu omnadin, intern chinină şi urotropină, Decoct quinquina cu digitala. — Dieta: Lapte. Contra temperaturei cearceafuri reci. Temperatura în zilele următoare merge crescând, spre seară ajunge şi depăşeşte $40^5$, frisoane zilnice între orele 6 şi 7 p. m., pulsul se menţine între 72 şi 80. Dimineaţă temperatură sub $38^0$. In ziua 4-a temperatura seara $40^5$, frisoanele corespund cu creşterea temperaturei, iar noaptea, transpiraţia cu scăderea ei. In dimineaţa următoare, observ apariţia unei orchite duble, pielea testiculelor roşie aedemaţiată, ambele testicule mult mărite de volum, deasemenea

epididimul, tunica vaginală distinsă prin puţin lichid. Canalele diferenţiale nu sunt îngroşate. Testiculele dureroase la presiune. Nu există nici o secreţie uretrală, nu are şi nu a avut vre-o gonorée. Starea generală mult mai serioasă, ia aspectul unei stări septicemice, îi fac o hemocultură în timpul frisonului, care rămâne negativă după 48 ore. Numărătoarea globulelor sanguine Gl. R. 4.800.000, Gl. A 5400 valoarea globulară 1.

Laveran în picătura groasă şi frotiu negativ. Tratamentul acelaşi ca mai sus, dela a 6 zi temperatura începe să scadă şi la a 10-a zi, ajunge dimineaţa la 37² şi seara 37⁸ Bolnavul se simte bine, totuşi transpiraţia persistă şi este foarte slăbit. Petele au dispărut, iar orchita este în descreştere. Îi fac o seroreacţia Widal pentru tific şi paratific, rezultatul negativ. Dupe 5 zile de linişte, aproape apiretice; din nou apar frisoanele şi temperatură de seară iar creşte şi variază între 39 şi 40°, cu aceiaşi stare de septicemie de mai înainte, tesitculele din nou tumefiate. Eritemul însă nu a mai apărut. Văzând această stare gravă care revine din nou, mă gândesc la o stare septico-infecţioasă luată dela animalele bolnave, cu care el este în contact permanent prin meseria lui şi îl cercetez cu ce animale a fost în contact, înainte de a se îmbolnăvi, atunci el îmi spune între altele, că cu 8 zile înainte de a se îmbolnăvi, a asistat un avort al unei vaci, unde a extras manual resturile placentare rămase în uter. Mă gândesc deci la o brucellosa abortus Bang, care infecţiune a contractat-o prin contactul cu vaca bolnavă. I se face o seroaglutinare Wright. de regretatul D-r Savopol şi este positivă $^1/_{800}$. Tratamentul întrebuinţat a fost cel prescris de autori germani. Injecţiuni de 2 ori pe zi cu Lantol şi Omnadin şi am avut bucuria ca după 8 zile de febră, aceasta să scadă în formă ondulantă, ajungând după 8 zile la normal, dimineaţa şi seara sub 37°, fără să se mai urce vreodată. Testiculele se desumflă, deasemenea starea générală devine bună. Bolnavul deşi în cele 23 zile de boală, nu a scăzut din greutate, totuşi ca forţa este extrem de slăbit, într'o stare de anemie şi astenie nervoasă profundă şi abia după un concediu de 2 luni petrecut într'o localitate muntoasă revine pe deplin refăcut.

Digitized by Central University Library Cluj

* * *

Cazurile publicate în străinătate asupra Brucellozei tip Bang la oameni, s'au înmulţit foarte mult în ultimul deceniu. Este vorba în aceste descrieri de stări patologice, ce se apropie foarte mult de aşa zisa şi cunoscuta febră de Malta, sau melitoccie şi sunt cauzate de baccilul provocator al avortului infecţios la bovine. Cu 15—20 ani în urmă se nega chiar posibilitatea transmisiunei acestei afecţiuni la om, de oarece faţă de numărul de vite infectate cu baccilul Abort Bang, în Germania aproape 40% din vaci sunt bolnave şi consumarea frequentă în străinătate a laptelui crud, ar urma ca infecţiunea să fie extrem de frequentă, s'au făcut încercări de Nicolle, Burnet şi Conseil, ca prin injecţiuni de culturi vii la om să se transmită maladia, dar ele au rămas negative. Toate aceste teorii au căzut în faţa cercetărilor Mis Alice Evans în 1918 şi confirmate de lucrările lui Karl. F. Meyer, Shaw, Carpenter, Orpen, Skory şi alţii, cari au constatat că baccilul Abortului infecţios al bovideelor, descoperit de Bang şi Stribolt în 1896 şi micrococus melitensis descris de Sir David Bruce în febra de Malta în 1887, exista o înrudire apropiată şi că ele ar face parte din aceeaşi familie microbiană. La ambele varietăţi se găsesc mici coci, cari sunt Gram negativ şi cari posedă după spusele bacteriologilor caractere biologice negative. Au proprietăţi comune, ele se aglutinează prin serul pacienţilor şi al vitelor bolnave de această maladie. Ele crează infecţiuni experimentale, la aproape toate animalele de laborator şi la cari au o predilecţiune specială pentru localizarea asupra organelor lor genitale, or-

chitele la masculi şi avortul la femeie. Ele provoacă la persoanele atinse o stare alergică, analoagă cu aceea din infecţiunile baccilare (tuberculoase). Burnet a descoperit în 1922 un produs al culturilor liquide de Brucelloză, trecute prin filtrul de porcelan şi căruia i-a dat numele de melitină, această substanţă nu este o toxină, căci ea nu poate nici sensibiliza, nici intoxica animalul sănătos. Ea este aproape identică pentru toate tipurile de Brucelă şi provoca la animalul sau omul bolnav, prin injecţiuni practicate intradermice aceeaşi reacţiune inflamatorie în formă de sticlă de ceasornic şi care durează 2 zile, ca şi tuberculina în reacţiunea lui Pirquet în tuberculoză. Brucelloza este înainte de toate o maladie rurală, a fost dela început de origină caprină, în urmă ovină, ea devine din ce în ce mai mult o maladie de origină bovină şi bovideele cari se contaminează în contact cu oi, fac acuma o infecţiune nu cu baccilul Bang, mai puţin virulent pentru om, ci cu micrococus melitensis mult mai virulent (Sedaillan). Asupra altor noţiuni mai ample, asupra bacteriolgoiei, epidemiologiei şi răspândirii geografice a maladiei la noi, raportez la lucrarea D-lui D-r Constantinescu, publicată în „Mişcarea Medicală Română" Nr. 1—2/1939.

Calea pe care se introduce microbul la om, pare a fi în primul rând calea digestivă prin consumarea de lapte crud sau derivate ale laptelui nefiert şi în al doilea rând pe calea cutanată, prin contact direct cu animalele bolnave sau carnea şi pielea dela vitele bolnave. Foarte repede fără a determina o leziune locală, microbul invadează căile limfatice şi de aci se răspândesc în tot organismul, şi astfel micrococul în perioada de stare realizează o septicemie, care se atenuează în zilele apiretice şi renaşte în zilele de febră, determinând de fiecare dată acele unde febrile caracteristice maladiei.

**Simptomatologia.** — După o perioadă de incubaţiune, care durează dela 8—15 zile şi uneori şi mai mult, debutul maladiei se face brusc prin apariţia de frisoane urmate de febră. Febra este caracteristică ca în febra de Malta, cu oscilaţiuni mari zilnice de aproape 2—3 grade de diferenţă. Cu maximul temperaturei de seară unde ajunge uneori şi la 41°. Cu toată temperatura ridicată, starea generală a bolnavului este prea puţină atinsă şi el o suportă destul de bine. Nu este abătut. Febra ia caracterul ondulat, de unde şi denumirea de febris undulans Bang şi febris undulans Bruce, dată de Christinsen din Copenhaga. Febra poate dura în această stare uneori luni şi chiar ani.

După un timp de 1—14 zile cu febră zilnică, apar pauze de câteva zile aproape apiretice, pentru a relua apoi iar acel ciclu febril progresiv. Acest ciclu se poate repeta de 5—6 ori şi chiar mai multe ori.

Transpiraţia este abundentă şi nu lipseşte niciodată. Ea este mai marcată în timpul nopţii, necesitând schimbarea rufăriei. Nopţile în genere sunt rele din cauza insomniei, iar ziua bolnavul se plânge de dureri de cap, localizate mai ales în ceafă şi occiput. Uneori există o angină catarală, cu apariţia de vezicule aftoase pe mucoasa bucală şi faringe. Eritemele cutanate la începutul maladiei nu sunt rare, mai ales în maladiile luate prin contagiune directă. Splenomegalia este aproape constantă la percuţie, uneori depăşesc şi falşele coaste şi este atunci du-

reroasă la palpare. Ficatul este şi el foarte des mărit de volum şi poate fi acompaniat de subicter sau hemoragii. La ascultaţia pulmonară câteva raluri diseminate de bronchita acută, cari dacă ar fi localizate la vârf, unite cu febra, slăbirea şi astenia bolnavului simulează tuberculoza.

Dureri artralgice mai ales în articulaţia coxofemoralei şi la membrele inferioare, genunchii şi glesnele, dureri în regiunea sacrolombară; astfel pot fi confundate cu un reumatism articular acut, începutul unei coxalgii sau al unui morb al lui Pott incipient. Leziunile osoase sunt tardive, ele au fost studiate de Roger din Marsilia, în Présse Médicale, 1926, sub denumirea de spondilite melitococice.

Complicaţiuni nervoase, afară de algiile mai sus descrise, s'au publicat de Roger, Eyre şi Cantaloub, adevărate forme meningitice sau de mielită melitococică tardive, urmate de paralizii spastice, hemiplezii sau paraplegii.

După aceşti autori arterio-scleroza şi intoxicaţia cu alcool la adult, ar favoriza localizarea infecţiunei la creer. Din partea rinichilor se observă albuminuria şi urobilinuria, cari sunt complicaţiuni destul de frequente, dar simptomul cel mai caracteristic îl formează localizarea leziunei asupra organelor genitale, producând orchita cu sau fără hidrocel la bărbaţi şi ophorita la femei.

Tabloul hematologic: la început şi mai ales în timpul maximului de febră se observă o leucopenie pronunţată, urmată apoi de o limfocitoză şi monocitoză. Cu toată slăbirea şi cachexia pe care o produce această maladie şi complicaţiile multiple, la care ea poate da naştere, totuşi vindecarea este terminarea de regulă, iar cazurile mortale observate variază între 2—3%. Convalescenţa este lungă şi recidivele observate, chiar după un timp îndelungat sunt destul de frequente.

Digitized by Central University Library Cluj

După gravitatea simptomelor, ele se împart: 1) **Formele maligne**, din fericire foarte rare, unde dela început apare temperaturi mari de 41 grade şi cari pot deveni fatale chiar din primele zile.

2) **Formele obişnuite subacute şi cronice** şi cari pot dura dela 15 zile, la mai multe luni şi chiar ani.

3) **Formele fruste sau ambulatorii**, cari nu pot fi diagnosticate decât prin examenul de laborator făcut pentru a decela cauza unor fenomene maladive uşoare, ca accese febrile trecătoare cari revin, sau o bronchită persistentă sau o artrită fugace.

**Diagnostul clinic** al brucellozei este de cele mai multe ori un diagnostic delicat, dacă în stări epidemice, clinica singură ne permite a pune un diagnostic sigur în cazurile sporadice, cum se întâmplă de cele mai multe ori la noi, numai analizele de laborator ne pot da siguranţa unui diagnostic precis.

**Diagnosticul diferenţial**, în prima linie trebue făcut cu o febră tifoidă sau paratific A şi B. In Brucelloză, febra are oscilaţiuni mari de 2—3 grade, între temperatura de dimineaţă şi cea de seară, pulsul nu este dicrot, iar semnele gastro-intestinale mai puţin marcate. Petele rozacee lipsesc. Ne putem gândi atunci că ne aflăm în faţa unei febre tifoide atipice, însă seroreacţia Widal şi hemocultura negativă, ne face să eliminăm acest diagnostic. O altă maladie cu care se poate confunda este tuberculoza, mai ales acolo unde există oarecari feno-

mene pulmonare, însă absenţa baccilului Koch în sputa şi absenţa leziunilor caracteristice constatate la examenul radiologic, unite cu perioadele de zile apiretice ne face să excludem şi acest diagnostic. Deasemenea se poate face diagnosticul diferenţial cu o endocardită lentă, cu o septicemie streptococică sau de altă natură microbiană, aci însă, hemoculturile repetate în timpul maximului febril, pot mai întotdeauna izola agentul patogen. Alte maladii cu care se poate confunda, sunt febra palustră şi limfogranulomatoza maligně incipientă, în perioada înainte de apariţia ganglionilor hipertrofiaţi, în care analiza sângelui fie pentru găsirea hematozoarului, fie pentru stabilirea formulei hemoleucocitare, ne poate pune pe calea diagnosticului. Maladia reumatismală poate da loc la un diagnostic dificil, mai ales în formele altralgice ale Brucellozei. Aci frequenţa leziunilor cardiace şi acţiunea favorabilă a salicilatului de sodiu, asupra curbei termice ne permite a nu confunda o maladie a lui Bouillaud cu o brucelloză. Dintre maladiile exotice s'ar putea confunda cu Kala Azar sau cu Sodoku, care neexistând la noi nu ne interesează. La copii mici se poate confunda cu o gastroenterită, dar în faţa persistenţei febrei şi a stărei gastro-intestinale, ne dăm seama că nu poate fi vorba de o gastroenterită banală şi atunci ne gândim fie la o febră tifoidă sau la o disenterie. In asemenea cazuri ar trebui să ne gândim la posibilitatea unei brucelloze, de unde necesitatea cum scrie Benmussa şi Uzan: „când o gastroenterită presupusă banală se prelungeşte mai mult de timpul obişnuit sau când febra persistă chiar după trecerea fenomenelor gastro-intestinale, este datoria noastră între alte examene să facem un sero-diagnostic Wright sau o reacţie cutanată Burnet, care ar putea decela prezenţa unei febre melitococice, mai ales la copii hrăniţi cu lapte crud sau nu bine fiert".

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Mijloacele de laborator cari ne ajută la stabilirea diagnosticului brucellozei sunt în număr de trei. Hemocultura, seroreacţia lui Wright şi intradermoreacţia lui Burnet. Hemocultura este pozitivă dela debutul maladiei şi rămâne persistentă atâta timp, cât temperatura este superioară de 38 grade.

La executarea ei trebue să luăm însă 2 precauţiuni principale:

1) Sângele însămânţat în bulion trebue să fie în cantitate mare, de cel puţin 20 grame şi repartizat în mai multe baloane şi al doilea, balonul însămânţat trebue lăsat mult timp la etuvă, căci desvoltarea micrococului în cultură este foarte lentă şi cere un minimum de cinci zile şi adeseaori 8, 10 şi 15 zile şi într'un caz a lui Lemierre chiar o lună a fost necesară pentru desvoltarea lui. Poate din aceste cauze, hemocultura la bolnavul nostru a fost negativă, de oarece nu a stat decât 48 ore la etuvă. Valoarea hemoculturei în cazul unui rezultat pozitiv este absolută şi nici o altă metodă nu se poate compara cu ea, în ceeace priveşte siguranţa diagnosticului, ea trebue însă repetată de mai multe ori pentru a căpăta un rezultat sigur.

Seroreacţia lui Wright, devine pozitivă între a 8-a şi a 15-a zi a boalei şi persistă mult timp după vindecarea ei, o aglutinare în diluţiune 1/100 şi deasupra se poate considera ca pozitivă, ea se poate găsi pozitivă până în diluţiuni de 1/3000. Kristensen a atras atenţiunea

asupra unui fapt paradoxal în unele cazuri de seroreacţiune, de unde cu un ser în diluţiuni între 1/25 până la 1/100 rezultatul poate fi negativ, cu acelaş ser în diluţiuni mult mai mari, el poate să devie pozitiv.

Intradermoreacţiunea lui Burnet se face cu melitină, care este un filtrat, pe filtrul de porcelan al unei culturi vii cu melitococ, de 20—30 zile. Melitina se injectează intradermic în doze de 1/10 până la 2/10 de c. c. la braţ şi când ea este pozitivă se observă dela 6 ore şi atingând maximul după 24 de ore, o roşeaţă, oedem şi durere, la punctul de inoculare pe un diametru, care variază dela mărimea sticlii de ceasornic, până la cea a podului palmei. Această reacţiune persistă timp de două zile.

Dacă pacientul se află în perioada apiretică, un puseu de temperatură ne poate indica atunci o reacţiune generală. Reacţia Burnet devine pozitivă dela 7—10 zile a boalei şi durează chiar mai mulţi ani după vindecarea ei, permiţându-ne astfel un diagnostic retrospectiv. Evoluţia maladiei se face în mod favorabil, aşa că de obiceiu prognosticul este benign, totuşi sunt rare cazuri descrise cu terminare fatală, datorită fie direct boalei sau a complicaţiunilor ce ea a determinat. Numărul lor însă nu trece de 2—3 la sută.

Din cele descrise până acuma, rezultă că brucelloza este mai mult o maladie rurală şi atinge persoanele cari se află în contact cu animalele bolnave, ca medicii şi agenţii veterinari, grăjdari, măcelari, tăbăcari şi alte persoane, cari manipulează fie carnea, fie pielea dela vite bolnave, sau în al doilea rând persoane cari consumă lapte de vacă crud sau derivate din laptele care se fabrică nefiert, cum este smântâna, frişca, untul şi brânzeturile albe. Sexul masculin este mai frequent expus la maladie ca cel femenin după Kristensen din Copenhaga, la 222 cazuri observate de el; au fost 166 bărbaţi faţă de 56 femei, iar Hardi găseşte la 83 cazuri, 63 bărbaţi şi 20 femei. Din cazurile lui Kristensen erau 74 de origină urbană şi 146 locuitori dela ţară.; 209 aveau ca agent cauzator al boalei bovidee, iar restul îşi trăgeau origina maladiei lor dela alte animale. Din cele 209 cazuri, 60 s'au infectat prin contact direct cu vite bolnave şi 68 prin consumarea laptelui, sau derivate din laptele provenind dela vite bolnave, iar la rest nu s'a putut constata filiera (origina) infecţiunei. Cele mai frequente cazuri de brucelloză se găsesc la persoane între 15 şi 50 ani. Copii sub un an par imuni la maladie. Până acuma în ultimul timp se credea că brucelloza, nu ar putea produce abortul spontan la femeile gravide şi bolnave de această infecţiune. Profesorul Janbon şi Caderas, şef de clinică la facultatea din Montpellier, într'o lucrare recentă publicată în Presse Medicale din 25 Martie 1939, au publicat un caz de abort spontan în cursul unei brucelloze şi au izolat brucella melitensis în sângele mamei, în sângele şi viscerile foetusului avortat, în placenta şi în lochii, confirmând astfel că abortul spontan se poate produce la femeile gravide ca o consecinţă a brucellozei.

**Profilaxia.** — Brucelloza, deşi este o maladie, care foarte rare ori poate fi mortală, totuşi prin durata ei lungă şi prin slăbiciunea pe care o lasă în urmă, este destul de supărătoare, de aceea ar trebui luate măsuri de combaterea întinderei maladiei, prin izolarea animalelor bolnave de această maladie şi chiar pe purtătorii de microbi, lucru care

Biblioteca Centrală Universitară "Lucian Blaga" Cluj

este foarte greu de executat şi anume: 1) Din cauza numărului mare de vite care prezintă microbii virulenţi în laptele lor şi cari au reacţia lui Burnet pozitivă. 2) Că aceste vite deşi în aparenţă perfect sănătoase, pot fi purtătoare de microbi. Deci laptele nu trebue niciodată consumat crud, ci trebue fiert la cel puţin 65 grade şi un timp mai îndelungat, iar animalele bolnave pe cât este posibil izolate de contactul cu alte animale sănătoase, iar oamenii cari îngrijesc de ele, să-şi ia toate precauţinuile de desinfectare.

Tratamentul brucellozei este simptomatic şi specific.

Tratamentul simptomatic: Intrebuinţarea antitermicelor şi analgezicelor obişnuite în doze mici în contra durerilor şi al temperaturei, deşi foarte necesare, prezintă însă desagramentul că măresc încă transpiraţia inerentă acestei maladii şi care şi aşa este destul de supărătoare. Băile temperate, cât şi cearceafurile reci în timpul febrei, sunt foarte indicate.

O hrană uşoară, substanţială şi tonicile vor servi pentru menţinerea forţelor pacienţilor.

Tratamentul specific: Neexistând o seroterapie eficace, de oarece microbii brucellozei nu conferă o imunitate, suntem siliţi să ne adresăm vaccinoterapiei. Se întrebuinţează stockvaccinuri produse prin culturi de microbi şi apoi sterilizate fie prin căldură sau prin adăugare de eter, iod sau fluor. Ele dau o reacţiune generală apreciabilă şi o reacţiune locală, foarte slabă ca şi orice stockvaccin. Eficacitatea lor este însă mult discutată, unii autori neagă orice rezultat folositor vaccinoterapiei şi cred chiar că ea ar fi periculoasă în anumite cazuri, alţii din contră descriu rezultatele fericite, ce au obţinut prin acest tratament. Perioada cea mai indicată pentru facerea injecţiilor cu vaccin, ar fi la sfârşitul primei perioade febrile şi începutul celei apiretice (Roziers). Roger totuşi afirma, că vaccinul trebue rezervat numai pentru cazurile (trainante) prelungite şi ar fi periculos de încercat în timpul perioadei febrile acute.

Autovaccinul este mult mai puţin experimentat şi nu a dat rezultatul dorit, în toate cazurile în care a fost întrebuinţat, totuşi Lisbonne şi Devéze au obţinut afirmă ei, prin întrebuinţarea lui 60% de vindecări. Alte produse specifice întrebuinţate în tratamentul brucellozei, sunt melitina, de care am vorbit şi endoproteina bac. abortiv.

Melitina lui Burnet întrebuinţată în scop terapeutic în injecţiuni intramusculare, în doze progresive de $1/4$, $1/2$, $2/3$ şi 1 c. c., au dat lui Burnet spune el rezultate bune de vindecare. Injecţiunile se fac odată pe săptămână şi acţiunea medicamentului este foarte înceată şi durează luni până la încetarea complectă a febrei.

Endoproteina bac. abort. Bang, preparată după metoda lui Reilly, a dat în ultimii ani, rezultate foarte bune lui Curtois Suffit, Garnier şi Liege şi lui Cambessedes şi Garnier, cei din urmă au publicat rezultatele obţinute în Paris Médicale, 1929. Ei au obţinut 24 vindecări rapide prin întrebuinţarea acestor injecţiuni, cari lucrează prin şoc, extrem de puternic şi trebue deci întrebuinţat cu precauţiune şi numai la persoane robuste şi cu un organism rezistent.

Alte forme de medicaţiune întrebuinţate sunt acelea cari lucrează prin şoc, de oarece brucelloza este o septicemie. S'a întrebuinţat autohemoterapia, autoseroterapia sau seroterapia cu ser de reconvalescent,

lactoterapia, injecţiuni intravenoase cu vaccinuri nespecifice şi, în fine abcesul de fixaţie.

Toate aceste procedee sunt brutale şi cu rezultat nesigur.

Chimioterapia: S'a făcut apel la diverse preparate chimice anteinfecţioase, cu mai mult sau mai puţin succes.

Iodobizmutat de quinină în injecţiuni intramusculare, 2 pe săptămână, pe lângă unele eşecuri, s'au obţinut şi câteva vindecări sigure.

Novoarsenbenzol sau neosalvarsan în injecţiuni intravenoase întrebuinţat simplu de Vidal şi de Şcoala din Montpellier sau acompaniate cu injecţiuni intravenoase cu salicilat de sodiu, cum o face Bürger şi Habs, s'a obţinut o întrerupere a curbei termice cu scăderea temperaturei, totuşi uneori *întrebuinţarea lui a fost ineficace mai ales în formele prelungite* şi nu a fost întotdeauna inofensivă, atunci când exista o insuficienţă hepatică anterioară. Intrebuinţarea metalelor coloidale au fost foarte en vogue, acum 10 ani, dar rezultatele înregistrate erau mai mult datorite şocului extrem de violent în injecţiile intravenoase.

Ultimile preparate întrebuinţate şi cele mai bune rezultate, s'au obţinut cu compuşi acrinici ca tripaflovina şi în ultimul timp cu derivatele sulfamidice, ca: Prontosyl, Rubiazol, Septazina, Deseptil, etc.

Tripaflovina în injecţiuni intravenoase, a fost întrebuinţată în brucelloze, cum a fost întrebuinţată în combaterea a mai tuturor infecţiunilor septicemice, rezultatele au fost foarte îmbucurătoare, deşi s'au înregistrat şi rare eşecuri. Se fac la 3 zile câte o injecţie intravenoasă cu doze progresive 0.10, 0,20, 0,30 şi 0.50 ctgr., tatonând susceptibilitatea bolnavului şi starea lui renală. Rezultatele au fost mai întotdeauna bune.

SC Editura Enciclopedică Română

Sulfamidele întrebuinţate după procedeul cunoscut în tratamentul a mai tuturor boalelor septico-infecţioase datorite coccilor, fie pe calea bucală, fie prin injecţiuni. Ele au scurtat mult durata maladiilor şi au dus la o vindecare mai rapidă. In rezumat conduită de urmat în faţa unui caz de brucelloză ar fi următoarea: o terapeutică simptomatică banală şi una antiinfecţioasă prin derivate sulfamidice; o alimentaţie uşoară şi substanţială pentru a lupta contra slăbiciunii generale, acesta va fi tratamentul obişnuit. Numai în cazuri grave sau prelungite vom recurge la injecţiunile cu tripaflavină, injecţiuni cu stock sau autovaccine, sau dacă avem la îndemână la injecţiuni cu melitină sau endoproteină.

In ultimele numere ale revistei franceze, Presse Médicale din 9 Mai, văd rezumatul unei comunicări făcute de Rimbaud, Serée, Boucement şi Sarau, la societatea medicală din Montpellier, în care este vorba de un caz de melitococie cu tip de febră tifoidă. Terapeutica întrebuinţată a fost la început vaccinoterapia cu stock vaccin, care nu a produs nici o ameliorare, apoi o transfuziune cu 150 c. c. fără rezultat şi în fine s'a apelat la chimioterapie cu septazină doze zilnice de 3 gr. Această medicaţiune pare a avea o influenţă netă asupra temperaturei, căci după administrarea ei, ea revine la normal. După încetarea tratamentului se notează o revenire a temperaturei care nu este deloc influenţată prin injecţiunile intravenoase cu produsele sulfamidate, dispare însă după administrarea a 3 grame de septazină zilnic per os.

Concluziuni: 1) Brucelloza sau febra undulans este o infecţiune la om produsă de baccilul abortus Bang sau de micrococus melitensis Bruce. Diagnosticul este numai atunci sigur când tabloul clinic, rezultatele serologice şi al hemoculturei corespund.

2) Cazurile de brucelloză în ţara noastră, sunt mult mai frequente decât credem, şi multe cazuri etichetate de febră tifoidă sau paratific A sau B, deşi rezultatele lor serologice Vidal au fost negative, ca şi cazurile aşa zise de gripă trenante, malarii sau septicemii, unele din ele nu sunt altceva decât brucelloze. Aşa că ar fi de dorit, ca ori de câte ori facem o seroreacţie Vidal, unui pacient unde bănuim existenţa unei febre tifoide atipice, să o acompaniem şi de un serodiagnostic Wight.

3) Deasemenea în gastro-enteritele infantile cari durează mult timp şi cu temperatură persistentă, o intradermoreacţiune Burnet ar putea decela o infecţiune brucellară.

4) Profilaxia prin depistarea cu ajutorul poliţiei veterinare, a cazurilor de infecţiune de brucellă la vite, izolarea cazurilor constatate şi eliminarea laptelui infectat din consumul zilnic.

5) Relaţiunile între brucelloza Bang şi brucelloza melitococică, caşi înrudirea ce ar exista între micrococus melitensis şi baccilul abortus Bang, cer încă multe studii şi cercetările nu sunt încă încheiate.

**Un cas de Brucellose avec mise au point des connaissances actuelles.**

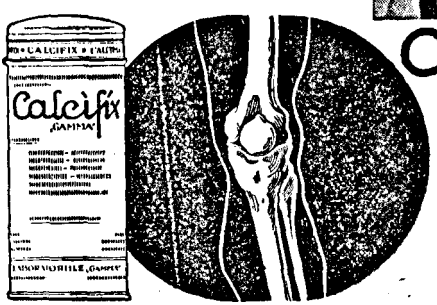
**Ein Fall von Brucelloze mit Beurteilung der jetzigen Kentnissen.**

**Un caso di Brucelloze esposito coi mezzi scientifico moderni.**

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. BUCUREŞTI, AVRAM IANCU 32

# LIPSURI ŞI DEZIDERATE PENTRU O BUNA IGIENA ŞCOLARA ŞI ASISTENŢA MEDICALA IN MEDIUL ŞCOLAR RURAL

## (Observaţiuni culese din Circ. Rovinari-Gorj)

de

D-r ANA BUSTEA-COSTOVICI

Medicul Circ. Rovinari (Gorj)

In cursul inspecţiilor şi vizitelor făcute în comunele şi satele ce ţin de circ. Rovinari, m'am interesat de mediul şcolar în care trăesc circa 1500 elevi, constatând următoarele neajunsuri:

In cele mai multe sate şcolile sunt insalubre. Ele nu respectă condiţiile de construcţie proprie unui local de şcoală primară. Nu s'a ţinut seamă de suprafaţa minimă necesară atât localului şcoalei cât şi curţii pentru jocuri. In circumscripţia mea majoritatea localurilor de şcoală nu ating nici jumătate din spaţiul cerut de legile Higienei şcolare. Unele şcoli funcţionează în case închiriate şi nu au deloc curte (Cârbeşti şi Tămăşeşti). Clasele în general sunt mici pentru numărul de elevi ce-l conţin. Ele sunt rău aerate şi prost încălzite. Cubajul de 5 metri cubi de aer de elev nu este respectat.

Ar fi de dorit ca o sală de clasă cu un număr de 50 copii, să aibă 9—10 metri lungime, 6,50 metri lărgime şi 4,50 metri înălţime, fie 1,25 m. suprafaţa de elev. (In Belgia se cere 1,50 m. suprafaţa minimă de elev). In alte ţări, de exemplu Franţa, minimul de spaţiu necesar unui local de şcoală este de 500 metri patraţi, iar în Anglia unde se dă o mare importanţă Higienei şi Sporturilor 1000 metri patraţi.

Localul cantinei şcolare să fie destul de încăpător ca să poată fi întrebuinţat pentru recreaţie când timpul este ploios. Fiecare clasă să fie prevăzută cu un termometru pentru controlul temperaturei (optima, 16—18 grade), şi aeraţia să se facă pe larg în timpul recreaţiilor când clasa rămâne fără elevi.

La şcolile din circ. Rovinari, în anotimpurile reci elevii îşi petrec recreaţiile în clasă. Ele nu se pot aera bine din cauza frigului şi aerul rămâne vicieat.

Un alt neajuns dăunător sănătăţii elevilor şi a profesorilor este praful ce se ridică în clasă după recreaţie. Pentru înlăturarea lui propun ca fiecare şcoală să-şi procure la începutul anului şcolar brado-

lina necesară pentru ştergerea duşumelelor cel puţin odată pe săptămână. Dacă şcoala este săracă, ar fi de dorit ca fiecare învăţător să prevadă în nota de spese pentru cărţi şi 5 lei de fiecare elev pentru bradolină. Varul şi creolina necesare pentru menţinerea curăţeniei şi desinfectarea latrinelor să fie date la aceste şcoli de către Serviciul Sanitar.

Apa de beut se ţine în găleţi ori hârdaie care sunt rareori acoperite. Copiii se servesc la rând bând din 2—3 ulcele puse la îndemâna lor, ceeace în caz de epidemii uşurează răspândirea lor.

Fântâna este ceva greu de obţinut la fiecare şcoală, din lipsa de fonduri. Ar fi de dorit ca orice şcoală să aibe pentru păstrarea apei de beut un butoiaşi prevăzut cu un robinet şi fiecare elev să aibă ulcica individuală.

Curăţenia corporală a copiilor lasă mult de dorit. Noţiunea de bae este de multe ori absentă. Posibilităţile de baie acasă sau în comună lipsesc în anotimpuri reci pentru marea majoritate a elevilor.

Mulţi dintre ei au insecte, ba uneori chiar râie. Ar trebui să se dea o mai mare atenţiune curăţeniei corporale de către domnii învăţători şi profesoarele de gospodărie. Copiii să fie instruiţi cum să se spele, iar celor săraci să li se dea la şcoală posibilitatea unei îmbăieri. Idealul ar fi dacă fiecare şcoală ar avea o cameră de baie unde să funcţioneze un sistem de duşuri (chiar rudimentar) cu apă caldă şi rece. Săpunul şi eventual gazul pentru deparazitări să fie dat de către instituţie sau chiar de Serviciul Sanitar.

Să fie prevăzut în programul săptămânal o zi anumită pentru baie, când agentul sanitar, moaşea şi profesoara de gospodărie să supravegheeze baiea şi deparazitarea elevilor, astfel baiea ar deveni obligatorie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Medicul de circ. să primească dela Serviciul Sanitar o cantitate suficientă de soluţie antiseptică şi oleiul gomenolat, pentru a le putea pune la dispoziţiunea şcolilor în caz de epidemii. Măsurile de profilaxie să fie luate de către elevi de cel puţin de 2 ori pe zi, ei fiind supraveghiaţi de către învăţători, agentul sanitar sau moaşe. Astfel s'ar înlătura o bună parte din bolile infecto-contagioase ce se propagă atât de uşor în mediul şcolar rural.

Cu ocazia examenului individual al elevilor pentru întocmirea fişei de sănătate am constatat că trei pătrimi dintre elevi nu au talia, greutatea şi indicele toracic corespunzători vârstei lor. Neavând un cântar la dispoziţie care să-mi permită să cunosc exact greutatea copiilor, nu am putut stabili indicele de creştere, greutatea lor fiind evaluată aproximativ. Ar fi de mare folos ca fiecare dispensar să fie prevăzut cu un cântar medical indispensabil pentru supravegherea creşterei copiilor de şcoală.

După Combi înălţimea unui băiat de 7 ani este 1,15 m., iar a unei fetiţe de 1,14 m., creşterea este de circa 4—5 cent. pe an, iar greutatea ar fi de 19 kilograme cu un spor de 1,600 grame pe an.

Creşterea anuală a taliei pentru băieţi şi fete dela 7—10 ani este de 5 centimetri, iar dela 11—14 ani este de 6—7 centimetri pentru fete şi 4 centimetri pentru băieţi, iar dela 14—16 ani de 4 centimetri pentru fete şi 7 centimetri pentru băieţi.

Creşterea în greutate ar fi până la 8 ani pentru băieţi şi fete între 1550—1700 grame pe an, iar dela 8—12 ani pentru fete este de 3000 grame şi pentru băieţi 2000 grame, dela 12—14 ani de 4000 grame pentru fete şi 6000 grame pentru băieţi, dela 14—16 ani de 3000 grame pentru fete şi 4000 grame pentru băieţi. In rezumat la vârsta de 10 ani, un băiat trebuie să aibă talia de 1,30 m. şi greutatea de 25 kgr., iar o fată trebuie să aibe 1,29 m. talia şi 26 kgr. greutate; la 12 ani un băiat trebuie să aibe 1,37 m., 1,38 m. înălţime şi 30 kgr. greutate, iar o fată 1,41 m. înălţime şi 33 kgr. greutate; la 14 ani un băiat să aibe înălţimea de 1,54 m. şi 42 kgr. greutate, iar o fată 1,52 m. înălţime şi 43 kgr. greutate; la 16 ani un băiat să aibe talia de 1,60 m. şi greutatea de 47,500 kgr., iar o fată 1,54 m. înălţime şi 46 kgr. greutate.

La şcolile pe care le-am vizitat, numai un număr relativ mic de copii (352) aveau talia şi greutatea corespunzătoare datelor de mai sus, restul erau cu creşterea întârziată cu 3—4 şi chiar 10 centimetr, greutatea lor fiind în raport direct cu talia.

Majoritatea elevilor duce o vieaţă de lipsuri. Creşterea lor întârziată este în directă legătură cu hrana lor insuficientă şi condiţiile de promiscuitate în care trăiesc. De cele mai multe ori elevul când ajunge acasă, este trimes cu vitele la câmp ori supus la o serie de îndeletniciri casnice care îl obosesc, îi răpesc timpul de odihnă şi de pregătire şcolastică, dăunându-i atât sănătăţii cât şi desvoltărei lui intelectuale.

De aceea copii dela sate ar avea nevoe de o raţie alimentară superioară celor dela oraş, căci ei pe lângă eforturile intelectuale mai au şi oboseala fizică datorită diverselor munci la cari sunt supuşi acasă.

Făcând o anchetă asupra alimentaţiei am constatat că raţia alimentară ce o primeşte fiecare copil, este mult scăzută faţă de nevoile fiziologice ale organismului pentru o devoltare normală fizică şi intelectuală. In unele comune unde este pelagră multă am observat primăvara, la mai mulţi elevi eriteme pelagroase (Ceauru, Bălăceşti, Cârbeşti). Alţii în număr mare sunt anemici, debili, prezintă turburări digestive datorită alimentaţiei cu „turtă şi acrituri" ce constituie hrana lor de căpetenie.

25—30% dintre elevi dela 7—12 ani, au vegetaţii adenoide, amigdalite cronice, iar aproape 35% cari dentare multiple. Ştim că dăunează sănătăţii şi desvoltării fizice şi intelectuale vegetaţiile şi adenoidele; copii sunt distraţi, somnolenţi chiar leneşi, memoria lor este mult scăzută. Cariile dentare sunt cauza a multor afecţiuni ale tubului digestiv. Toate aceste neajunsuri sunt datorite lipsei de hrană raţională şi suficientă.

Raţia alimentară de creştere pe care trebuie s'o primească un copil între vârsta de 7—10 ani este de 1400—1600 calorii evaluate în alimente ce stau la îndemâna oricărui sătean (după datele lui Sherman) şi anume, ca alimente ocrotitoare:

Lapte 1000 grame. Un ou. Carne sau brânză 30 grame. Vegetale cu foi verzi 100 grame. Cartofi sau alte rădăcini vegetale 150 grame. Fructe crude şi alte zarzavaturi verzi 100 grame (Vitamina C). Untură de peşte 3 grame. Şi grăsmii diverse de preferinţă unt 20 grame. Cereale 100 grame, care aduc resturi de energie necesare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Iar la copii între vârsta de 12—14 ani pentru fete, raţia de creştere este de 2600 calorii, iar pentru băieţi de 3200 calorii, traducându-se în alimente ocrotitoare, ca:

Lapte 1000 grame. Un ou. Carne sau brânză 90—100 grame. Vegetale verzi 250 grame. Cartofi sau alte rădăcini 300 grame. Zarzavaturi şi fructe crude 150 grame (Vitamina C). Untură de peşte 3 grame. Grăsimi (unt 30 gr. şi cereale ce ar completa numărul de calorii necesare).

Insist asupra utilităţii unturei de peşte, ca fiind sursa cea mai bogată în iod şi vitamina D. atât de necesară creşterei.

Ce mănâncă din toate acestea copii noştri dela sate? Turtă, murători şi fasole, rareori cartofi. Prea puţini consumă lapte, ouă sau brânză, iar vegetalele sunt aproape neîntrebuinţate. Pâinea este înlocuită cu făina de porumb ce constituie baza alimentaţiei lor ajungând să consume până la 500—700 grame de mălai pe zi. Copiii ţin posturile la fel ca adulţii, reducându-şi încă generaţia atât de scăzută.

De multe ori copiii sosesc dimineaţa la şcoală fără să fi luat vreun aliment. Ei intră într'o clasă care este insuficient de încălzită şi încep lecţiile (după un drum mai mult sau mai puţin lung şi îmbrăcaţi destul de sumar). Este oare posibil ca aceşti elevi să fie atenţi în timpul orelor? Şi trebuie să ne întrebăm care este profitul ce-l iau dela şcoală?

Pentru a remedia acest neajuns, s'au luat măsuri demne de toată lauda şi s'au înfiinţat cantine şcolare. Dintre toate şcolile ce ţin de circ. mea, singura care are o cantină ce funcţionează în tot timpul anului şcolar în mod raţional este aceea dela Rovinari. Copiii primesc graţie ajutorului dat de Doamna A. Tătărăscu şi energiei învăţătorului, la orele 10 câte un fel de mâncare sau lapte cu pâine. In alte sate cantina funcţionează o lună sau 2 pe an, când numai 30 de copii iau la orele 10 câte un ceai cu pâine. Cele mai multe şcoli nu au cantine din lipsa de fonduri şi deci serviciile aduse de ele sunt iluzore.

Ar trebui ca la fiecare şcoală, cantina să funcţioneze în mod permanent şi obligatoriu, copii să primească cel puţin o cană cu lapte şi pâine de preferinţă la orele 8 dimineaţa. Fiecare şcoală ar trebui să aibe câte un cuptor pentru pâine unde elevele din cursul supra primar să înveţe să pregătească pâinea necesară cantinei şcolare.

Copiilor limfatici sau cari sunt anormal desvoltaţi, să li se dea untură de peşte. Cei săraci să primească acest medicament în mod gratuit de către Serviciul Sanitar cel puţin timp de 2 luni, de preferinţă iarna. In acest mod s'ar da un ajutor real adăogându-se alimente de prima necesitate raţiei lor alimentare atât de scăzute. Rezistenţa lor fizică ar creşte, desvoltarea lor s'ar îmbunătăţi şi epidemiile s'ar răspândi mai greu. Cele mai puţine cazuri de boli infecto-contagioase s'au ivit la şcoala dela Rovinari, unde cantina nu este utopie.

Asistenţa medicală la şcoli se reduce şi ea la minimum, de oarece de cele mai multe ori copiii nu pot urma tratamentul prescris, fie că nu au posibilitatea materială pentru a-şi procura medicamentele necesare, fie că nu se pot deplasa la spital pentru a se supune unor operaţiuni de prima necesitate, ca: amigdalectomi, extirparea vegetaţiilor adenoide, extracţie şi tratamentele dentare, etc.

Ar fi bine ca pe lângă orice dispensar medical să fie detaşat câteva zile pe lună un medic specialist de nas, gât şi urechi, şi câte un dentist care să efectueze la dispensar sus numitele operaţiuni, atât de utile pentru desvoltarea normală a unui copil.

Tot atât de necesar ar fi la începutul fiecărui an şcolar vizitarea elevilor de către un medic specialist de ochi şi după avizul său să fie repartizaţi în bănci (miopi de multe ori stau în ultimele bănci mărindu-şi astfel infirmitatea).

Atât păzirea copiilor de boli cât şi mărirea rezistenţei lor organice printr'o hrană mai bună, ar da repede rezultate aşteptate. Deşi învăţământul primar este obligatoriu, mulţi dintre ei sunt incapabili să facă eforturile fizice şi intelectuale ce li se cer din lipsa unei hrane insuficiente.

Dacă în şcolile noastre dela sate s'ar lua câteva măsuri ca cele menţionate mai sus, s'ar pregăti elemente mai capabile şi mai rezistente şi am atinge nu numai un scop social ci şi unul naţional, pregătind generaţia de mâine mai aptă pentru a beneficia de toate eforturile ce se fac azi pentru redresarea naţională.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

# PROBLEMA NATALITAŢII ŞI MORTALITAŢII INFANTILE IN SATELE DIN CIRCUMSCRIPTIA ROVINARI

de

**D-r ANA BUSTEA-COSTOVICI**
*Medicul Circ. Rovinari (Gorj)*

Cu ocazia ofensivei sanitare şi a popasurilor mele în satele din circ. Rovinari (Gorj), pe lângă celelalte probleme de geniu sanitar, de igienă colectivă şi individuală pe care le-am avut de soluţionat, m'am interesat să cunosc procentul de natalitate şi mai ales de mortalitate infantilă în fiecare sat în parte.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

M'am ocupat în special de femeile de vârsta între 20—40 de ani, excluzând din anchetă pe cele suferinde de sifilis.

Au fost examinate amănunţit 1459 de femei, dintre care 230 sufereau de următoarele afecţiuni ginecologice, cauză de sterilitate:

42 cu perimetro-salpingite. — 61 cu endometrite post abortum. — 17 cu uter fibromatos. — 2 cu neoplasme ale colului. — 23 cu metrite ale colului. — 59 cu salpingo-ovarite bilaterale. — 45 cu insuficienţe ovariene. — 21 cu diferite deviaţii uterine pronunţate.

Dintre celelalte femei sănătoase din punct de vedere genital, 90 erau gravide, iar: 182 au avut 1 singur copil. — 187 au avut 2 copii. — 193 au avut 3 copii. — 134 au avut 4 copii. — 111 au avut 5 copii. — 46 au avut 6 copii.

Iar 29 au avut un număr mai mare de copii (7—10).

Din cele arătate mai reese că 2/3 din aceste femei s'au mărginit la 1—2—3 copii, iar numai o treime a avut mai mult de 3 copii. In satele de lângă oraş şi în cele unde există o moaşe, sunt multe femei fără copii, iar o bună parte din ele mi-au mărturisit cu ocazia acestei anchete avorturi fie spontane, fie provocate. Exemplu: Rovinari, Iaşi şi Dăneşti.

Mortalitatea infantilă până la 1 an a atins un procent la sută de: 34 la Cârbeşti, 0,7 la Urecheşti, 11 la Iaşi, 2 la Rovinari, 22 la Dăneşti, 20 la Roşia, 18 la Temişani şi 10 la Ceauru şi Bălăceşti.

Iar între vârsta de 1 an la 5 ani, la sută: 15 la Cârbeşti, 10 la Urecheşti, 0,7 la Iaşi, 5 la Rovinari, 3 la Dăneşti, 7 la Roşia, 4 la Temişani şi 15 la Ceauru şi Bălăceşti.

Datele de mai sus arată marea cifră pe care o atinge mortalitatea

infantilă atât în prima cât şi a doua copilărie. In satele Cârbeşti, Ceauru, Bălăceşti, Roşia, unde 25 până la 50% din copii mor până la vârsta de 5 ani, pe când în celelalte comune procentul mortalităţii infantile până la 5 ani este de 6,10—6,12%. Exemplu: Iaşi, Urecheşti, Rovinari.

Tot în comunele Ceauru, Bălăceşti, Cârbeşti, Dăneşti, Roşia, mortalitatea ajunge la 0,5%, pe când la Iaşi, Rovinari, Urecheşti, numai la 0,05%.

Comunele cu mortalitate mare sunt şi cele cu cel mai mare număr de pelagroşi, de alcoolici şi de tuberculoşi din circ. medicală Rovinari.

Dintre cele 89 de bolnave cu tuberculoză pulmonară aflate în circ. 18 sunt din Cârbeşti, 17 din Ceauru şi Bălăceşti.

Iar dintre 185 bolnave cu pelagră, 52 sunt din Cârbeşti, 78 sunt din Ceauru, 29 din Bălăceşti, 36 din Dăneşti şi 28 din Roşia.

Reaua alimentaţie şi lipsa totală de higienă atât a mamelor cât şi a copiilor. Alcoolismul foarte răspândit în aceste comune, sunt cauzele mortalităţii infantile atât de ridicată.

Copii fiind debili rezistă mai puţin maladiilor primei copilării.

Mulţi mor de debilitate congenitală, gastro-enterită, diaree infantilă, broncho-pneumonie, rujeolă şi tusă convulsivă.

Maladiile infecto-contagioase se întind cu uşurinţă şi fac mai multe victime (epidemii dese la Ceauru, Bălăceşti, Cârbeşti, rare la Rovinari, Iaşi şi Urecheşti). Toate aceste rele se datoresc lipsei de timp şi neştiinţei femei care munceşte la câmp 12—14 ore pe zi. Ea nu mai are timp să se ocupe de gospodărie şi de copii. Nu ştie să se folosească şi să pregătească pentru hrana familiei alimente cu o valoare nutritivă mare, ca: lapte, ouă, pâine, zarzavaturi şi pe care le are la îndemână.

Cea mai mare parte din săteni se hrănesc cu turtă de mălai, murători şi fasole. Laptele, ouăle şi păsările sunt duse la oraş. Construirea de cuptoare pentru pâine, fie la şcoli, fie la primării şi îndemânarea populaţiei să consume cât mai multă pâine şi lapte, ar fi cel mai util leac contra pelagrei.

Murdăria intervine şi ea în mare măsură la răspândirea bolilor infecto-contagioase. Lipsa de cămăşi, de schimburi şi mai ales de cearşafuri se resimte în orice gospodărie. O propagandă cât mai intensă a cânepei în aşa fel ca femeile să primească instrucţiunile necesare atât pentru a o folosi la nevoile casnice cât şi pentru aşi scoate un cât mai mic câştig ar fi de mare folos.

Am crezut util să relevez această stare de lucruri, unele măsuri ca: suspendarea cârciumelor, ajutorarea mamelor sărace, cel puţin în timpul alăptării, lupta contra moaşelor ce practică avorturi, construirea de cuptoare pentru pâine în fiecare comună, fiind de prima necesitate pentru a reduce mortalitatea infantilă şi pentru a stimula mamele să aibă cât mai mulţi copii.

BCU Iasi / Central University Library Iasi

# ACTUALITAŢI MEDICALE

**Afte bucale.**

## TRATAMENTUL AFTELOR RECIDIVANTE ALE GUREI. ACŢIUNEA VITAMINEI P. P.

Intr'o comunicare făcută la Soc. méd. des Hôp. de Paris din 27 Martie 1939, R. Cachera comunică observaţia unui bolnav, ce suferea de 2 ani de afte bucale recidivante, care erau rebele la orice tratament. In urma tratamentului per os de acid şi amida nicotinică în doză zilnică de 0 gr. 40, după 10 zile de tratament ulceraţiile bucale au dispărut şi pentru prima oară după doi ani nu s'a mai produs nici o recidivă.

Intr'o comunicare şi mai recentă făcută tot la Soc. Spital. din Paris (3 Martie 1939) Chevalier şi Brumpt au adus noţiuni în tratamentul aftelor recidivante ale gurei cu extract de ficat antianemic, — în acelaşi timp insistă asupra turburărilor digestive şi a diarei ce însoţeşte aftele şi aseamănă această boală cu avitaminozele.

In cazul lui Cachera amida nicotinică (vitamina P. P.) a făcut să dispară aftele, ce erau rebele ori-cărei terapii.

Recent L. Justin-Besançon în Mouvement biologique din Presse méd. No. 47/1939 arată rolul metabolic al acidului nicotinic, rezultatele satisfăcătoare în colite cu factorul antipelagros. In acelaşi timp Besançon arată bogăţia în vitamine P. P. a extractului hepatic.

Deci dacă succesul lui Chevalier şi Brumpt în tratamentul aftelor bucale se datoreşte cantităţei mari de amidă nicotinică din extractul de ficat şi rezultatul satisfăcător a lui Cachera se datoreşte unuia şi aceluiaşi produs, amidei nicotinice; — de aci importanţa vitaminei P. P. în tratamentul aftelor bucale.

*R. H.*

**Alcoolism cronic.**

## TRATAMENTUL ALCOOLISMULUI CRONIC

„Le Siècle Médical" din 1 Aug. 1939, publică un lung articol despre procedeul de tratament al alcoolismului cronic pus în practică de către D-rul Léon Bruel, medic al Spitalului din St. Germain-en-Laye.

Autorul a ajuns la acest procedeu printr'o întâmplare: In spitalul

ce conduce este internat un bolnav febril, delirant, oliguric, cu diagnosticul de abces pulmonar. In scop terapeutic se fac injecţiuni intravenoase cu alcool 30%. Bolnavul îşi revine repede. O radiografie şi un examen complect înlătură diagnosticul de abces pulmonar; în schimb se constată un grad înaintat de etilism. Delirul, starea febrilă şi oliguria au survenit în urma unei dispepsii cu vomismente cari au dus la o „înţărcare" bruscă.

Dela acest caz a observat numeroşi bolnavi alcoolici cronici, cari internaţi în spital pentru accidente de muncă sau boli diverse, prezentau delir, oligurie şi febră tot ca urmare a suprimării bruşte a alcoolului.

Practicând injecţiuni intravenoase de alcool 30%, starea bolnavilor s'a îndreptat imediat.

A continuat cu injecţiunile intravenoase de alcool, în doze descrescând şi a ajuns la o desobişnuire complectă.

Această metodă a fost aplicată cu succes în numeroase cazuri de alcoolism cronic, dovedindu-se superioară ca rezultate şi uşurinţă de aplicat tuturor metodelor preconizate până acum.

*I. Rosenstein.*

**Alimentaţia.**

## LAPTELE ACIDULAT IN ALIMENTAŢIA SUGARULUI.

Numărul mare de metode de transformare şi preparare a laptelui de vacă în alimentaţia sugarului dovedeşte în primul rând că, niciuna nu este atât de bună, încât să poată înlocui în toate cazurile şi cu succes alimentaţia naturală.

Din experienţa pediatrilor cu renume mondial în America, Germania, Elveţia şi mai puţin în Franţa se poate constata totuşi că laptele acidulat a dat pretutindeni rezultatele cele mai mulţumitoare, fiind în acelaş timp uşor de preparat, ieftin şi bine acceptat de către copii.

Aceleaşi rezultate bune l-a dat laptele acidulat pediatrilor români, *între cari numărăm cu precădere pe D-l D-r Oreviceanu, care* întrebuinţează de mult timp şi exclusiv laptele acidulat în Institutul de puericultură dela „Leagănul" şi a obţinut rezultate extrem de favorabile.

In 1937, D-l D-r Hortopanu, medic primar al Spitalului epidemic din Oradea, în „Vestul Medical" Nr. 10/1937, insistă asupra avantagiilor de ordin practic ale întrebuinţării, indicaţiilor, contraindicaţiilor arătând la ce se datoresc calităţile lui.

Intr'un număr recent al revistei „Medicina Infantilă", Directorul publicaţiei D-r Prof. T. Gane şi D-ri Coman şi V. Petrescu-Coman revin asupra acestei metode, arătând cum ea este aplicată la Institutul de puericultură din Bucureşti.

**Prepararea laptelui acidulat:**

**Metoda Marriott:** La 1 litru lapte de vacă se adaugă 1/10 din volumul său de „Corn-Syrup" (un amestec de dextrină, maltoză şi glucoză), e pus la fiert 5 minute, se lasă să se răcească la 36°—37° şi se adaugă picătură cu picătură 6—8 cmc. din soluţia de acid lactic 75% agitând tot timpul puternic cu un tel, ca să nu se coaguleze caseina în grunji mari. Spre a-i mări valoarea calorică se adaugă 2% făină de grâu, de orez sau de porumb.

© Cluj Central University Library

**Metoda Institutului de puericultură:** Intr'o cantitate mică de lapte rece, se adaugă 2% făină şi 5% zahăr, frecându-se cu lingura, până se face o pastă moale. Se pune cantitatea necesară de lapte integral la foc şi în timp ce fierbe se adaugă, încet compoziţia de mai sus amestecând uşor; se lasă să fiarbă 5 minute. Dacă sunt grunji prea mari, se trece printr'un tifon fin. Se lasă să se răcească la 36°—37° (cu termometrul) şi se adaugă, agitând bine tot timpul, 6 cmc. din soluţia de acid lactic 75%.

După **D-r Hortopanu:** se ia un litru lapte, i se adaogă 50 gr. zahăr (sau zahăr nutritiv Soxhlet-Nährzucker) şi 20 gr. făină de grâu, făină de orez sau făină foarte fină de porumb.

Este preferabil să torefiem în prealabil făina, prăjind-o în cuptor pe o farfurie până se rumeneşte, luând o culoare cafenie deschisă.

Se înmoaie mai întâi făina în puţin lapte, amestecat bine ca să nu se formeze grunjuri; se toarnă apoi în cantitatea totală de lapte, se fierbe la foc lin până dă în clocot, se lasă să se răcească până la sub 35°.

Se procedează în urmă la o acidifiere turnând acid lactic oficinal în cantitate de 5 gr. la litru, picătură cu picătură şi amestecând necontenit, bătând laptele cu un tel, adică bătător de frişcă, ca să se evite formarea de grunjuri; este preferabil să se dilueze în prealabil acidul lactic, făcând o soluţie de 10%, din care vom pune 50 gr., tot picătură cu picătură.

Laptele reuşit nu prezintă chiaguri ori cât de mici şi are un gust plăcut; închegarea în masă sau în chiaguri mari arată că prepararea n-a reuşit, fiind de vină poate nu modul de preparare dar laptele, cum am constatat de multe ori la Azilul de sugari „Sofia Caneciu" din Craiova.

Valoarea calorică a unui litru de lapte acidulat preparat ca mai sus, este de 980 calorii.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Laptele acidulat se poate prepara şi degresa după metoda preconizată de Saldun în 1931.

In comerţ se găseşte lapte acidulat în pulbere (Pelargon) sau acidulat cu acid clorhidric (Kutan-Milch).

## Modul de administrare:

După Marriott: Se administrează integral calculând în prima lună 1/6 din greutatea corpului în 24 ore, în 5 biberoane; în luna II-a şi a III-a 1/7 din greutatea în 5 biberoane; iar în luna IV-a 1/7—1/8 din greutate în 5 apoi în 4 biberoane. Nu se va depăşi 700 gr. lapte acidulat în 24 ore.

**Metoda Institutului de puericultură:** Se calculează raţia după nevoile calorice şi de lichide pro kgr. corp. Intrebuinţează diluţia 1/2 în primele zile până se stabileşte toleranţa; apoi se trece la diluţia 2/3; în luna III-a se dă lapte acidulat 3/4; după 4 luni lapte acidulat integral şi se introduce după 5 luni împlinite grişul cu lapte şi supa de carne cu purée.

D-l **D-r Hortopanu** calculează raţiunea alimentară în calorii, ţinând seamă de coeficientul energetic mijlociu, care după Heubner, este:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 110 | calorii | pe Kilo-corp | în | I | trimestru |
| 100 | „ | „ | „ | II | „ |
| 90 | „ | „ | „ | III | „ |
| 80 | „ | „ | „ | IV | „ |

formulă, după care un copil de 5 ani cântărind 6,500 kgr., are nevoe de 6,5 × 100 = 650 calorii, cifră la care corespunde 725 gr. lapte acidulat integral.

D-sa insistă că, atunci când dăm pentru prima dată lapte acidulat, să procedăm progresiv, diluându-l în proporţie de 1/2, micşorând apoi treptat cantitatea de apă, încât după 5—10—15 zile să ajungem la lapte integral.

Valoarea energetică a laptelui acidulat fiind mare, după luna 6-a

să nu depăşim 750 gr., ci să înlocuim un biberon de lapte cu pireu subţire de legume (spanac, cartofi, morcovi) preparată fără lapte sau cu 200 gr. supă de zarzavat cu 10 gr. griş.

In hipotrepsii mai ales, prin turburări digestive sau dispepsii cronice recidivante, să procedăm lent, seriind dieta la nevoie, precum urmează: dietă hidrică — lapte uman — babeur — lapte acidulat diluat — lapte acidulat integral.

Indicaţii (după D-r Hortopanu): ca hrană obişnuită sugarilor sănătoşi, chiar din prima lună;

în momentul înţărcării, înlocuindu-se câte un supt matern cu cantitatea corespunzătoare de lapte acidulat;

copiilor întârziaţi în creştere cu greutate sub normală, copiilor hipotrepsici şi distrofici;

celor la cari ne temem de rachitism, din cauza carenţei solare sau a condiţiilor higienice insuficiente, şi atunci putem înlocui cele 5 gr. acid lactic cu 50 gr. zeamă de lămâie (sucul dela 1 sau 2 lămâi) bine strecurată şi tornată tot picătură cu picătură.

Rezultate: Laptele acidulat a dat cele mai bune rezultate în alimentaţia sugarului normal, sănătos, atunci când nu a fost posibilă alăptarea maternă.

S'a dovedit indicat în alimentaţia distroficilor şi a debililor congenitali, mai ales asociat cu laptele de femee, când acesta din urmă este în cantitate insuficientă.

Este eupeptic, stimulează secreţia gastrică şi intestinală şi prin aceasta este indicat în turburările secundare din cursul bolilor infecţioase.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Inlătură dispepsia laptelui de vacă prin faptul că, în timpul preparării, caseina sufere o transformare fizică importantă, iar calciul laptelui nu se uneşte cu caseina ci este separat şi se leagă în parte cu acidul lactic, dând lactatul de calciu, compus solubil, deci mai uşor asimilabil.

Pe lângă digestii excelente, sugarii hrăniţi cu lapte acidulat, prezintă o creştere în greutate normală şi regulată şi o stare de euforie.

Coagularea fină înlocueşte şi măreşte atacul sucului gastric; digestia începe de vreme şi nu se prelungeşte ca la alimentaţia cu lapte artificial, pentrucă aciditatea crescută a sucului gastric prin acidul lactic adăugat se opune rolului de neutralizare — tampon al sărurilor humorale mai bogate în laptele de vacă.

Adăogarea zahărului apropie de asemenea compoziţia laptelui acidulat de aceea a laptelui uman.

*M. C. şi I. R.*

**Anestezia cutanată.**

## ACŢIUNEA ANESTEZIEI TEGUMENTELOR CRANIENE ASUPRA CEFALEELOR ŞI TURBURĂRILOR VASO-MOTORII CEFALICE

Cercetările Profesorului Danielopolu, care a arătat că se pot suprima crizele dureroase tabetice ale stomacului prin anestezia nervilor spinali ai aceluiaşi metamer, ca şi acelea ale lui Lemaire şi Sicard, cari au obţinut suprimarea tuturor durerilor viscerale prin anestezia tegumentelor „loco dolenti" au adus pe D-nii D-ri E. Aburel şi J. Gruber

la întrebuinţarea anesteziei tegumentare „loco dolenti" contra cefaleelor, din considerentele şi cu technica expusă în Nr. 2—4/1936, al Buletinului Soc. române de Neurologie, Psichiatrie şi Endocrinologie. Cefaleele sunt considerate de autori ca visceralgii, adică suferinţe resimţite de conştiinţă la periferie, la nivelul tegumentelor, graţie racordului existând între căile sensitive ale viscerelor şi căile sensitive ale tegumentelor aceluiaşi metamer. Suferinţa, la nivelul tegumentelor craniene (regiunea occipitală, frontală, temporală sau parietală) poate fi determinată fie printr'o incitaţie cerebrală (spasm vascular encefalic), fie printr'o incitaţie vagală datorită unei afecţiuni a viscerelor abdominale (ficat, stomac, uter, ovar).

După diferite cazuri, anestezia tegumentelor craniene, suprimă cefaleea:

— fie amuţind spina irtiativă periferică, atunci când există;

— fie modificând cronaxia centrilor şi împedicând deci recepţia influxului nervos algogen, plecat dela un viscer sau dela encefal;

— fie suprimând hiperestezia corticală considerată drept cauză a migrenei (Jacquet);

— fie modificând tonusul vaso-motor al encefalului, graţie racordului bulbo-protoberanţial între nucleul sensitiv al trigemenului şi centrii vaso-motorii ai encefalului.

Această ultimă interpretare e aceia care a dus la întrebuinţarea cu succes a anesteziei tegumentare craniană nu numai contra cefalelor, ci şi contra bufeurilor de căldură, vertigiurilor, insomniilor şi stărilor de anxietate.

**Technică:** S'a întrebuinţat ca anestezie soluţia de percaină Ciba 1°/₀₀ uşor adrenalinată, remarcabilă prin intensitatea şi durata acţiunei sale.

Se poate anestezia pielea „loco dolenti" cu 2—3 cmc. de soluţie. Cea mai mare parte din cefalei cedează la infiltraţia subcutanată a celor 2 regiuni temporale, cu un total de 4—5 cmc. Injecţia se face de fiecare parte în punctul unde se întretaie o orizontală ce trece prin comisura palpebrală cu verticula părului. Cel mai bine beneficiază de anestezia mai sus spusă acele cefalei cari cedează la presiunea acestor puncte speciale sau la presiunea arterelor temporale.

Uneori pentru evitarea injecţiilor s'a făcut anestezia conjunctivelor oculare prin instilaţii de soluţie anestezică; injecţiile rămân încă incontestabil mai active.

Cu această metodă, autorii au obţinut rezultate remarcabile în 70% din cazurile tratate de cefalei post-rachidiene, cefalei gravidice, ovariene, migrene, ca şi în cazurile de vertigii, insomnii, bufeuri de căldură.

De regulă ajunge o injecţie de fiecare parte, în alte cazuri infiltraţiile trebuesc repetate de 2—4 ori.

Autorii insistă ca sfârşit asupra faptului că în procedeul acesta expus, anestezia tegumentelor craniene diferă de aceia obţinută prin întrebuinţarea Impletolului Bayer, întrebuinţat de regulă intravenos, uneori şi „loco dolenti" şi care ar acţiona prin proprietatea sa spasmolitică generală.

*M. Paraschivescu*

Digitized by Centrul de Cercetare pentru Istoria Medicinei

**Anestezia locală.**

## ANESTEZIA LOCALĂ CU APĂ DISTILATĂ

Pornind dela publicaţiile lui Burlănescu, cari cuprind 33 operaţiuni oftalmologice şi 40 extracţiuni făcute cu anestezie prin apă distilată, precum şi dela încercările făcute de Kyugi Okae, la Clinica chirurgicală din Kioto, D-rul Porumbaru face o serie de intervenţiuni chirurgicale, în special apendicite şi hernii, folosind apa distilată ca anestezic local.

Rezultatul acestor încercări sunt publicate în Revista de Chirurgie Nr. 7—8 (Iulie-August) 1938.

**Technică:** pentru a face ca sensibilitatea bolnavului să diminue în timpul injecţiei de apă distilată, se face o injecţie dilaudid-scopulamină sau pantopon. Se face apoi infiltrarea ţesuturilor cu apă distilată. Serul fiziologic nu a dat aceleaşi rezultate.

Pentru a înlătura durerea cauzată de tracţiunea cocului, se infiltrează mezo-apendicele cu apă distilată.

Trebue notat că nervii abdomino-genitali întâlniţi în cursul unei cure de hernie nu au putut fi anesteziaţi nici prin contact nici prin infiltraţie; anestezia prin apă distilată este deci tissulară şi nu troncular ă.

**Rezultate:** Anestezia obţinută a fost mulţumitoare. Durerile reapar la câteva ore după operaţie şi par mai atenuate decât prin alte feluri de anestezie.

Nu se constată nici o turburare generală în urma acestei anestezii, nici hipotensiune, nici cefalee, nici vomismente. Curba termică păstrează aspectul normal. Cicatricele obţinute au fost normale.

*I. Rosenstein.*

**Astm.**

## TRATAMENTUL STĂREI ASTMATICE PRIN ŞOCURI INSULINICE REPETATE

Incă din anul 1936 Jean Minet şi H. Warembourg aplică în tratamentul astmului şocuri insulinice şi după o experienţă suficientă comunică în Paris méd. No. 17 din 29 Aprilie 1939 rezultatele ce au obţinut, — indicaţiile şi technica acestei metode.

In stările astmice rebele la tratamentele obişnuite se va face şocuri insulinice şi nu sunt contra-indicate de cât la cei cu insuficienţă cardiacă şi renală.

**Technica:** se va *injecta intra-muscular* în *fie-care dimineaţă* bolnavului à jeun câte 10—20 *unităţi de insulină*, ce se va mări în fie-care zi cu câte 10 unităţi.

Intre 60—90 unităţi realizăm şocul insulinic, bolnavul e aproape în comă, dispneea bolnavului dispare.

Nu se vor înceta injecţiile de 60—90 unităţi de cât după 12—15 şocuri insulinice ca astfel să obţinem maximum de efect terapeutic. Este necesar de a supraveghia bolnavul în timpul tratamentului de astm în clinică sau spital.

In general Jean Minet şi Warembourg obţin încetarea de rău astmatic după şocuri insulinice repetate, criza de astm nu a revenit la unii după un an, un an şi jumătate, la alţii la cari a revenit după 3-5 şocuri

insulinice a dispărut. Dintre teoriile ce ar explica acţiunea binefăcătoare a insulinei, autorii cred că hypoglycemia privând de glucoză celula nervoasă, aceasta numai poate utiliza oxigenul, de aci ar rezulta o asfixie a celulei nervoase ce ar excita simpaticul, excitare care favorizează vindecarea astmului.

In concluzie această metodă terapeutică de o acţiune durabilă, o inocuitate complectă, este foarte simplă, se poate întrebuinţa pe o scară întinsă într'o afecţiune ca astmul.

L. Langeron, V. Cordonnier şi B. Baude (Soc. méd. des Hôp. de Paris 19 Maiu 1939) tratează de asemenea cu metoda lui Wegierka (Mişcarea Medicală Română No. 7—1938) pe vechii astmatici la cari nu se cunoaşte o etiologie netă şi cărora terapeutica specifică este ineficace.

**Technica:** Scopul este de a provoca o stare de hipoglycemie, o sub-comă ce se întrerupe de îndată ce apar convulsiile, injectând intra-venos ser zaharat hipertonic 20—30 cc.

Pentru a injecta insulina autorii recomandă a se cunoaste glycemia iniţială, astfel pentru o glycemie de 1, 12, întrebuinţează 60 şi 70 unităţi de insulină ce scoboară glycemia la 0.50 şi 0.36; cu o glycemie de 1,02, 30 unităţi pentru a obţine o glycemie de 0.34; într'un caz de glycemie de 1,12, 20 unităţi au fost suficiente; în alt caz de 1,10, 50 unităţi au fost suficiente. Administrând doze succesive de 15 unităţi se va fixa doza necesară pentru a obţine hipoglycemia.

Indată ce bolnavul îşi pierde cunoştiinţa i se face injecţie intra-venoasă cu ser glucozat.

Autorii recomandă a se face acest tratament în clinică sau spital cu un personal bine exersat, ca să se poată supraveghia bolnavul cinci şase ore; — imediat ce apar convulsiile se va injecta ser zaharat.

După 5—6 şedinţe crizele de astm au dispărut. Cercetările biologice ce au făcut în plină comă le-au arătat o cădere a glycemiei. La unii bolnavi a observat palpitaţii care se pot evita cu coramină ce se dă odată cu insulina. Este o metodă activă şi inofensivă, s'ar putea aplica şi în urticarie, eczemă edem tip Quincke etc. Sunt o serie de manifestări patologice care par influenţate de metoda hipoglycemiei insulinice.

In astm această metodă este una din cele mai bune ce avem în prezent.

*R. Hirsch.*

**Dermatoze.**

## TERAPEUTICA LOCALĂ A DERMATOZELOR

Intr'un interesant articol apărut în Journal de Médecine de Lyon din Mai 1939, S. Gaté, P. Cuilleret şi M. Gattefossé aduc fapte cari deschid orizonturi noui în terapeutica locală a dermatozelor.

Autorii pleacă dela principiul că pentru a fi raţională şi utilă, terapeutica dermatologică locală a dermatozelor trebue să ţină seama de echilibrul intim fizicochimic normal al tegumentelor şi de perturbările pe cari procesul lesional le poate provoca acestui echilibru.

In acest scop autorii reiau studiul fizicochimic al pielei şi arată în primul rând importanţa Ph cutanat local; apoi studiază variaţiile pH-ului în diferite dermatoze.

Astfel stabilesc printre altele că eczemele infectate sau nu, pruriturile intense de tipul nevrodermitelor circumscrise sau difuze, acneea,

procesele gangrenoase locale, scabia, înaintea oricărui tratament sunt în fază alcalină, în timp ce în psoriasis sau micoze există o adevărată acidoză locală.

După ce fac o critică a formulelor dermatologice actuale, autorii caută să stabilească o terapeutică rațională, care să țină seama de perturbările pH-ului local.

Astfel pentru a prepara pomade sau creme neutre, destinate să conțină corpi activi chimic-neutri, au adoptat stearatul de triéthanolamină. Acest excipient prezintă un Ph. 7,5 și poate suporta adăugarea de alcaline care să ridice Ph alcalin la 10—12 pentru tratamentul mycoselor acide.

Pentru a obține excipiente ușor acide (cu Ph. 6,5) au întrebuințat ether-alcoolii seriei grase.

In acest excipient se pot încorpora și vitamina sau extrase opoterapice cari nu-și conservă activitatea decât în mediu acid.

Astfel, la corpurile și excipientele clasice, utilizate în dermatologie, au adăugat corpuri noui cari le-a făcut alcaline, ușor acide, acide după necesitatea tratamentului.

A reda formulele propuse și rezultatele obținute, însemnează a reproduce în întregime articolul.

Il semnalăm pentru calea nouă ce deschide terapeuticei dermatologice.

*I. Rosenstein.*

## TRATAMENTUL MANIFESTAȚIUNILOR CUTANATE DE ORIGINĂ OVARIANĂ PRIN INJECȚIUNI INTRADERMICE DE FOLICULINĂ ȘI GLUCONAT DE CALCIU

D-r I. Borgovan publică cu titlul de mai sus în „Ginecologie și Obstetrică" Nr. 9—10/1938, rezultatul a 21 cazuri de manifestațiuni cutanate de origină ovariană tratate prin injecțiuni intra-dermice de foliculină și gluconat de calciu.

Metoda a fost găsită întâmplător: autorul, pentru a se edifica asupra originei ovariene a diferitelor manifestațiuni cutanate, practicând reacțiuni intradermice cu foliculină, a observat ameliorări locale. Continuând injecțiunile intra-dermice a observat rezultate mulțumitoare.

*Technica.* Autorul injectează intra-dermic, lent, zilnic, 1/2 cmc. de lichid conținând circa 20 unități foliculină și gluconat de calciu. Injecțiile se fac cât mai aproape de leziunea cutanată sau, când aceasta este generalizată, în regiunea abdominală. In general, 6—10 injecțiuni sunt suficiente pentru a da un rezultat satisfăcător.

Rezultate: Autorul a tratat în acest fel 21 cazuri de reacțiuni cutanate la dismenoreice și anume: prurigo simplex 4 cazuri; urticaria 3 cazuri; eczema 5 cazuri; pitiriasis Gibert 2 cazuri; dysidrosis supurat 1 caz; acnee vulg. 3 cazuri; eritem circinat 1 caz și purpura cronică a gambelor 1 caz.

A obținut 16 rezultate bune cu vindecare locală. Ameliorarea s'a observat dela a 3-a injecție. In cele 5 cazuri tratate fără rezultat, alte cauze morbide întreceau turburările ovariene.

*I. R.*

**Electro-fango-terapia.**

# O NOUĂ METODĂ DE APLICARE A NĂMOLURILOR: ELECTRO-FANGO-TERAPIA

Bunele rezultate terapeutice obţinute la Govora cu nămolul extras din sonde, datorite atât calităţilor fizice, cât şi iodului conţinut de acest nămol — ca şi faptului că absorbţia prin piele a acestui iod, astăzi bine constatată — au făcut pe D-nii Prof. D-r P. Nicolescu şi D-r L. Chiosa să conceapă şi să realizeze o introducere mai masivă prin piele a iodului conţinut în nămol, graţie curentului electric, adică graţie unei asociaţii a fangoterapiei cu ionoterapia. Metoda aceasta şi aplicaţiile ei în diverse cazuri sunt redate de autorii ei în Buletinul Academiei de Medicină din România, anul III, Nr. 6, după cum urmează.

**Metoda:** Se aplică pe regiunea de tratat o compresă de nămol cald. Se mulează apoi pe această compresă o placă de Pb. (electrodul activ) care se leagă printr'un fir conductor de polul negativ al sursei de curent. Electrodul pozitiv sau indiferent este plasat într'o altă regiune a corpului, de preferinţa pe rădăcina nervului şi pe col. vertebrală dacă e vorba de articulaţii şi apoi se trece un curent electric continuu prin organism. Sursa curentului, la început un dinamo de 220 v., ulterior de 80 v., furnizat de o baterie de acumulator. Aparatele de reglaj de măsură, aceleaşi ca în ionoterapia.

Electrozii: Cei activi sunt formaţi de straturi groase de nămol, care acoperă regiunea de tratat, pe care se mulează plăci de Pb. de 1—1½ mm. grosime, cu forme şi dimensiuni variabile, după regiunea de tratat (obişnuit 15 × 25 sau 35 × 10 cm.) plăci prevăzute cu o bornă la una din extremităţi, pentru fixarea conductorilor. Dată fiind căldura nămolului, ca şi necesitatea unei aderenţe perfecte a lui de corp, se aplică mai întâi un strat subţire prin uşoară frecare, apoi deasupra acestui prim strat se aplică o cantitate de nămol până a se ajunge la o compresă de 8—10 cm. peste care se aplică apoi placa de Pb., care nu este astfel deloc în contact cu pielea. Electrodul astfel format este acoperit cu o pânză cauciucată pentru a se împedica pierderea căldurei.

Electrozii indiferenţi utilizaţi au fost fie asemănători celor activi, pe acelora utilizaţi în ionoterapie, adică formaţi din o placă de metal, înfăşurată în straturi numeroase de tifon, înmuiaţi în apă iodurată de Govora. Numărul electrozilor activi în cursul aceleaşi şedinţe a fost de maximum 3, cu un singur electrod negativ. Conductorii, bine izolaţi în cauciuc, trebuesc bine fixaţi în bornele electrozilor (pericol de scurt circuit).

Intensitatea curentului: variabilă după regiuni, suprafaţa electrozilor, starea pielei, sensibilitatea bolnavului, etc., variază obişnuit între 40 şi 80 M. A. Ea este de obiceiu regulată după sensibilitatea bolnavului (senzaţie de arsură, etc.).

Durata unei şedinţe 20'—30' — numărul şedinţelor în funcţie de boala de tratat.

Cazurile tratate astfel în ultimii ani au fost cca 200 cu afecţiunile cele mai variate, cele mai dese fiind:

**Reumatismele:** Căldura nămolului şi prezenţa iodului au făcut ca metoda aceasta să nu fie întrebuinţată în reumatismul articular acut. In schimb însă în artritele reumatice subacute au fost obţinute rezultate excelente; deasemenea şi în puseurile dureroase acute din cursul reumatismului cr. (în care a fost uneori de ajuns o singură şedinţă).

Reumatismele muşculare — formele acute şi formele cr. sunt deasemenea susceptibile de aplicarea electro-fango-terapiei. Numeroase cazuri de lumbago acut au necesitat numai 1—3 şedinţe, în lumbago-cronic 6—10 şedinţe.

**Nevralgiile:** Algiile în general şi nevralgiile în special cedază foarte bine prin e. f. t. Au fost astfel tratate sciatica, nevralgii intercostale, în care chiar dacă durerea nu înceta complect după prima şedinţă, ea prezenta totuşi o ameliorare remarcabilă, ca şi alte stări nevralgice: sequele reumatoide de traumatisme vechi şi aderenţe pleurale post-pleuretice.

**Guta cronică:** Cele mai bune rezultate au fost încă obţinute în guta cr., din care au fost tratate un mare număr de cazuri, cu aspecte destul de grave ale bolii cari au dat însă rezultate în întregime favorabile.

Cazuri dificile cu deformaţii articulare împinse până la impotenţă funcţională totală, au necesitat însă până la 20 şedinţe. Câteva cazuri din acestea au arătat şi acţiunea sclerozantă a acestei metode.

Patru cazuri de ankiloze articulare, urmare a infecţiilor au beneficiat deasemenea fericit de acest tratament, în care însă mecano-therapia urma totdeauna şedinţa de electro-fango-therapie.

**Indicaţiile şi contraindicaţiile metodei**, nu pot fi încă precizate definitiv până în prezent. S'a observat uneori o reacţie dureroasă în cazurile de artrite subacute cu revărsări intra-articulare, care nu pare totuşi a putea fi socotită ca o contraindicaţie.

**Modul de acţiune al electro-fango-therapiei** reuneşte proprietăţile agenţilor terapeutici cari o compun: nămolul şi electricitatea, propriu acestei metode fiind introducerea masivă a ionilor de iod în organism, ca şi a altor ioni din nămolul de Govora ($Cl_1$ Br.) al căror rol terapeutic nu este însă stabilit.

Acţiunea sclerozantă a iodului se exercită aci sub un regim special, creiat de prezenţa nămolului cald, care creiază la nivelul pielei o hiperemie intensă şi durabilă. Este foarte posibil ca această intensă hiperemie, la nivelul vechilor leziuni de scleroză, să ducă la o lyză a ţesutului conjonctiv de neoformaţie, lyză complectată prin prezenţa ionului de iod — în mare cantităţi — şi oarecum dinamic — dată fiind sarcina sa electrică.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Acţiunea analgezică prin excelenţă a e. f. t. se explică probabil prin aceia că ea realizează şi deplasarea ionului potasiu la exteriorul nervului, ion responsabil de întreaga activitate a nervului (Still).

Pe lângă aceasta, acţiunea curentului asupra permeabilităţii membranelor celulare ale ţesuturilor tratate este deasemenea de reţinut în explicarea acţiunei.

Date fiind considerentele expuse se poate spune despre electro-fango-terapie că este o metodă perfect justificată şi că ea se arată ca un adevărat mijloc de potenţializare a nămolurilor terapeutice.

*Marius Paraschivescu.*

**Febra tifoidă.**

## TRATAMENTUL FEBREI TIFOIDE PRIN ŞOC

Istoria tratamentului bolilor infecţioase prin şoc, începe cu Widal care l'a numit la început „choc anaphylactique" şi mai târziu, după câţiva ani „choc hemoclasique"; primele observaţii ale lui Widal au fost publicate asupra febrei tifoide, unde a întrebuinţat serul bolnavului, reîncălzit 24 ore la etuvă, la o temperatură de 38—39°.

S'au întrebuinţat apoi diferite substanţe heterogene: peptone,

laptele, extractele leucocitare, autoserum, derivatele albuminoase, vaccinuri, etc.

Vaccinul colibacilar a fost întrebuinţat în acest scop pentru prima dată în 1914, de Kraus şi Mazza.

Prof. Netousek publică în Annales de Médecine din Iunie 1939, un articol de ansamblu asupra lucrărilor asistentului său Kollar privind 200 cazuri de febră tifoidă tratate prin şoc obţinut prin injecţiuni intravenoase de vaccin colibacilar.

**Technică:** Se utilizează o cultură de bact. coli pe bulion, obţinută în condiţiuni constante şi omorîtă la etuvă timp de 6 ore la o temperatură de 60° C. La vaccin, a cărui sterilitate a fost controlată se adaugă o soluţie alcoolică de 3% albastru de metilen în proporţie de 4 cm. la 100 de cmc., pentru ca o coloraţie virând spre verde să arate o infecţie eventuală a vaccinului prin microbii din aer. Cu soluţia originală se prepară apoi ampule de diferite concentraţiuni dela 1—4 (1/20; 1/10, 1/5 şi 2/5).

In tratamentul febrei tifoide se începe cu doze mici (0,25—0,50 cmc.) din vaccinul diluat 1/20, mărindu-se apoi doza la 1 cmc. din aceeaşi soluţie sau 1/2—1 cmc. din soluţia 1/10. In cazuri excepţionale se recurge la soluţia III (1/5).

Când reacţia este prea violentă se reinjectează aceeaşi doză.

Injecţiunile se fac intravenos, la 2 zile, precedate printr'o injecţie intramusculară de 4 cmc. de coramine.

Reacţia provocată de injecţie este violentă. In timpul frissonului este absolut necesar să se dea bolnavului ceaiuri fierbinte, cel puţin 300 cmc., pentru a da hipertermiei evoluţia voită.

Biblioteca Universitară "Iuliu Haţieganu" University Library Cluj

Perioada de frisson fiind trecută, se încetează beuturile fierbinţi şi se aplică bolnavului comprese reci (14—16° C), până când temperatura scade la 39. După 2—3 ore încep sudori profuse şi temperatura scade la 37° sau 36° C: starea generală a bolnavului se îmbunătăţeşte caracterizându-se prin euforie şi apetit.

**Evoluţia** boalei după choc este diferită: Uneori o singură injecţie este suficientă. Alteori este nevoe de 2 sau 3 injecţiuni.

**Indicaţiuni:** Se subliniază, că acest tratament dă rezultate bune în prima sau a doua săptămână de boală. In a 3-a săptămână să fie utilizat cu extremă prudenţă şi la bolnavii a căror temperatură scade, cel puţin dimineaţa, la 39°.

**Contra-indicaţiuni:** 1. Formele hipertermice, ataxo-adinamice.

2. Formele grave cu complicaţiuni (anemii grave, pleurezii, meningo-encefalite, supuraţii).

3. Bolnavi cari au trecut de 30 ani.

4. In stadiul de declin al boalei.

Din statistica pe care autorul o publică, se constată în primul rând inocuitatea procedeului, apoi rezultatele bune obţinute.

Autorul subliniază totuşi că în aplicarea acestui tratament, oricât de bune ar fi rezultatele, trebue să se ţină seamă de personalitatea proprie a bolnavului, subliniind că hipervagotonia congenitală sau câştigată măreşte brutalitatea şocului.

*I. Rosenstein.*

# HEMATOPORFIRINA IN TRATAMENTUL STĂRILOR DEPRESIVE

Tratamentul melancoliei şi al stărilor depresive a fost, până la experienţele lui Hühnerfeld, pur simptomatic.

Acest autor, a constatat că animalele, la care injectase doze mici de hematoporfirină, deveneau agresive, hiperactive şi gâlcevitoare, în special după ce erau expuse la o lumină vie.

In 1931, trecând această terapie la om, publică rezultatele a 13 cazuri de stări depresive, ameliorate mult după tratament. Dela această dată au fost publicate numeroase lucrări, cari sunt concentrate într'o revistă generală a chestiunei, pe care o publică Henri Schaeffe în „La Presse Médicale" din 5 Aug. 1939.

Hematoporfirina este un produs de descompunere al hemoglobinei; este o substanţă analoagă bilirubinei, al cărei isomer este. Introdusă în organism, se elimină sub aceeaşi formă.

**Acţiune:** Hematoporfirina are în primul rând o acţiune **sensibilizantă**, provocând eriteme solare la locul de injecţie sau dând pielei obrazului o coloraţie rozată, ceeace a făcut pe Hühnerfeld să descrie „un obraz de hematoporfirină".

Hematoporfirina are o acţiune **stimulantă** asupra organismului. Bolnavii cari primesc acest tratament cresc rapid în greutate, creştere care nu se explică numai prin mărirea poftei de mâncare, ci şi prin intervenţia sistemului nervos vegetativ.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Hematoporfirina are o acţiune **hematopoietică**, comparabilă cu aceea a clorofilei, provocând o creştere rapidă a numărului hematiilor. Mai are o acţiune netă asupra sistemului nervos vegetativ şi asupra echilibrului electrolitc.

**Rezultate:** Rezultatele obţinute de diverşi autori sunt comparabile şi favorabile. Din acestea se pare că **stările depresive, oricare le-ar fi cauza, beneficiază de acest tratament.** Din statistica lui Hühnerfeld, 54% din cazuri s'au vindecat, 29% s'au ameliorat şi 17% au rămas neinfluenţate.

Ameliorarea stărilor depresive sub influenţa tratamentului, este în general precoce, adică în primele 15 zile dela începerea acestei terapii.

**Posologie:** Medicamentul se ia pe gură, utilizându-se o soluţie de 5%; se poate întrebuinţa în injecţiuni în soluţie de 2%. Hühnerfeld, recomandă o doză medie de 500—700 mlgr. pentru un tratament de 50—60 zile. Pentru un tratament combinat, recomandă 60 mlgr. în injecţie şi 300 mlgr. per os.

Tratamentul peroral se face începând cu XXX pic. pe zi, în 3 doze, se măreşte cu o picătură pe zi până la LX, LXXX sau C. picături pe zi şi apoi se scade zilnic doza, până la cantitatea iniţială.

In injecţiuni, doza este de 1 cmc. de 3 ori pe săptămână, asociate cu tratamentul per os.

**Contra-indicaţii:** Afecţiuni febrile acute şi hepatice, arterio-scleroza cerebrală. La tuberculoşi, cardiaci şi nefretici se va utiliza terapia per os.

*I. Rosenstein.*

**Hemofilie.**

## TRATAMENTUL HEMOFILIEI CU HORMONI SEXUALI FEMININI.

Kocsis şi Hassko (Budapesta), relatează în Deutsche medizinische Wochenschrift f. 64, No. 36, acest tratament.

Dat fiind ereditatea hemofiliei, autorii cred că are loc o ereditate patologică germinativă latentă la femei, ca o consecinţă a puterei inhibitoare a hormonilor ovarieni.

De aci tratamentul cu hormoni ovarieni în hemofilie, şi în tratamentul hemoragiilor rebele a hemofiliei masculine. Recomandă doze mari şi repetate de hormoni.

Intr'un număr mare de hemoragii hemofilice, administraţia de hormoni ovarieni per os, sub-cutanat, intra-muscular şi intra-venos a adus oprirea hemoragiilor ce nu s'a putut obţine cu alte mijloace terapeutice.

Birch în America a obţinut o remisiune a fenomenelor hemoragice la un bolnav, ce durau de 5 luni, cu o grefă ovariană. Lipoizii luteinici din extractele ovariene au putere anti-hemoragică. In vitro coagularea sângelui este mărită prin extractele ovariene. Local un pansament inbibat cu extract ovarian opreşte o hemoragie ginginală. K. şi H. recomandă acest tratament în hemofilie.

*R. Hirsch.*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

**Hemoroizi.**

## DOZE MARI MEDICAMENTOASE IN CRIZELE HEMOROIDALE.

Max Fillipi publică în Arch. des mal. de l'app. digestif, No. 7/1939, despre tratamentul crizelor hemoroidale acute prin doze mari de anumite medicamente.

Prin crize hemoroidale acute, autorul înţelege: sau un puseu congestiv de hemoroizi interni neprolabaţi şi hemoragici sau o exteriorizare totală a varicelor anorectale, reductibile sau o hernie largă a mucoasei rectale sângerândă şi ireductibilă.

Pentru tratamentul acestor stări autorul preconizează următoarea formulă :

| | |
|---|---|
| Intr. de marron d'Inde<br>Alcoolatură de anemona<br>*Tră* de piscidia | àà 10 g. |

Să se utilizeze în crize hemoroidale: 25 pic. la fiecare oră, de 10—12 ori pe zi sau 250—300 picături în total. Să se continue 5—7 zile în medie, întrebuinţându-se doze descrescânde, când ameliorarea a fost netă.

*I Rosenstein.*

**Intoxicaţia barbiturică.**

## TRATAMENTUL INTOXICAŢIEI BARBITURICE ACUTE

In prezenţa unui caz de intoxicaţie barbiturice acute; se va elimina cât mai repede otrava, ca să se evite fixarea pe centri nervoşi, vom susţine starea generală a bolnavului şi vom evita complicaţiile.

In Presse Médicale Nr. 31/1939, se relatează lucrările lui Ide, după care singurul antidot cu adevărat eficace al barbituricelor este stricnina.

După ce se va face o spălătură a stomacului cu o soluţie foarte diluată de permanganat de potasiu, se poate face şi o injecţie sub-cutanată de apomorfină.

Ide recomandă injecţii intra-venoase de o doză de 0.01—0,02 ctgr. de strichnină, ce se vor repeta zi şi noapte la 2 ore până ce reflexele tendinoase vor reapărea. Unii autori injectează la o oră 0.05 strichnină.

Imediat ce vor apărea fenomene de intoxicaţie cu strichnină, contracturi musculare, convulsiuni, tetanos strychnic se va reduce dozele la 0,005 sau chiar 0 gr. 001 miligr. pe injecţie.

*Când nu putem face dozele de strichnină, perzistând fenomenele de* intoxicaţie, vom face injecţii cu alcool 15 cm.$^3$ alcool la 30$^0$ la sută, — care se va repeta la 2 ore şi dă rezultate bune.

Cazurile cu intoleranţă la strychnină sunt foarte rare. La acestea se adaugă injecţii cu camfor, adrenalină, inhalaţii cu oxigen, — ser glucozat. După 48 ore şi dacă coma persistă se va micşora doza de strychnină şi se vor face injecţii sub-cutanate de strychnină 0,005 miligr. la 2 ore, apoi a 3 zi 0,003 miligrame până ce individul şi-a revenit.

Complicaţiile pulmonare se pot evita cu inhalaţii de carbogen timp de un sfert de oră în fie-care oră câte-va zile, ventuze, comprese cu muştar şi dezinfecţia rhino-faringelui.

Strychnina şi tonicele cardiace sunt singurele indicate într'o intoxicaţie barbiturică.

*R. Lirsch*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

**Metoda Bier.**

## APLICAREA METODEI BIER, PERFECŢIONATĂ, IN GINECOLOGIE.

Marcel Bordier în „La Semaine des Hôp. de Paris, 15 Mai 1939, după un istoric al încercărilor terapeutice al descongestionărei colului uterin cu ajutorul aspiraţiei cervico-uterine, descrie procedeul ce l-a aplicat spre a drena cavitatea uterină.

A aplicat o sondă intra-uterină în care se face vid şi care permite pătrunderea de aer, ast-fel obţine o aspiraţie moderată şi drenajul cavităţei uterine. Instrumentaţia cuprinde: un specul, un hystereometru, ventuza lui Jayle şi o serie de sonde intra-uterine de calibru diferit; cu ajutorul unui tub de cauciuc legate de o trompă cu apă se poate obţine vidul. Intre sondă şi sursa de vid se află un flacon ce primeşte secreţiunile ce se scurg din uter.

Efectele sunt ale ventuzei Bier: descongestionează ţesuturile congestionate, iar pe ţesuturi necongestionate le congestionează şi apoi ese o serozitate abundentă, drenează sistemul lacunar al uterului.

In metrite cronice; menoragii cu acest tratament autorul obţine bune rezultate. Dismenoreile, amenoreile sunt ameliorate deasemenea, sterilitatea poate fi vindecată dacă se modifică secreţia acidă a glandelor uterine şi se fac permeabile căile genitale cu ajutorul aspiraţiei.

Bordier recomandă a se face odată cu aspirația și o derivație bilointestinală cu ajutorul lui boldo în doze mari.

In rezumat, metoda aspirației uterine este vechea metodă a lui Bier perfecționată și cu care putem trata o serie de turburări gynecologice rebele tratamentului medical și la cari nu sunt indicate intervenții chirurgicale. Se recomandă mai ales a fi tratate cu ajutorul aspirației hemoragiile uterine, sterilitatea și dismenoreele dureroase.

*R. H.*

**Metoda Kutschera.**

## TRATAMENTUL TUBERCULOZEI PRIN VACCINARE CU BACILI VII VIRULENȚI. (METODA D-r KUTSCHERA-VIENA)

In Revista Spitalelor Nr. 9, 1938, D-r V. Apostoleanu arată punctele esențiale ale metodei D-rului Kutschera, iar recent în Clujul Medical Nr. 9/1939, comunică cercetările ce le-a făcut împreună cu Octavian Sonea.

Metoda lui Kutschera constă în provocarea de lupus cutanat artificial prin scarificații și aplicarea de cultură vie și virulentă de bacilii Koch tip uman.

Această metodă are de scop ridicarea pragului de imunitate la un nivel cât mai ridicat.

*Technica.* Pe fese se face o sacrificație cu bisturiul în linii orizontale și altele perpendiculare, pe o suprafață de 5 × 5 c. m., scarificațiile să atingă dermul, se opresc când sângerează; pe suprafața aceasta se picură 5—6 picături de ser fiziologic și dintr'o cultură recentă de bacili Koch se pune o ansă de platină, cu spatula se întinde această cultură pe suprafața scarificată. Se aplică un pansament cu 4—5 foițe de tifon și se fixează cu leucoplast în cruce. După 3—4 zile scoatem pansamentul.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

După 10—15 zile observăm o roșeață intensă, care după 30—35 zile are aspectul unui lupus ce poate fi și verucos, lupus ce durează 1—4 săptămâni când se vindecă. Dacă lupusul nu a prins, se va repeta scarificația după 8—10 zile.

Indicații: tuberculoza pulmonară, intestinală, osoasă, seroasă, laringeie, ganglionară, articulară, etc.

Contra-indicații: de acest tratament nu vor beneficia cachecticii, granuliile și formele galopante.

Autorii au obținut în 8 observațiuni 3 vindecări, 3 ameliorări și 2 cazuri staționare. Este o metodă inofensivă ce nu provoacă reacțiuni de focar și se poate aplica ambulatoriu.

*R. Hirsch.*

**Mononucleoza infecțioasă.**

## SERODIAGNOSTICUL MONONUCLEOZEI INFECȚIOASE

Sub numele de mononucleoză infecțioasă, autorii americani Sprunt și Evans au grupat un număr de sindrome caracterizate din punct de vedere clinic printr'o angină însoțită de micropoliadenopatie și hematologic printr'o creștere anormală a monocitozei sanguine.

Cunoscută în Franța sub numele de angină cu monocite și în țările de limba germană sub denumirea de „lymphoide Drusenfieber" boala poate lua caractere epidemice sau poate apărea în cazuri izolate greu de diagnosticat.

Asupra sero-diagnosticului monocitozei infecțioase publică E. Balgairies și L. Christiaens în Paris Médical (Iunie 1939), un articol de sinteză.

Nu vom intra în detaliile technicei de laborator, interesantă și pentru noutatea materialului ce utilizează.

Subliniem că după experiența de până acum, reacția permite un diagnostic precoce și exact, chiar când semnele clinice sau hematologice lipsesc sau sunt neconcludente.

Sunt cazuri, cum raportează Davidsohn, când diagnosticul este extrem de greu între sindromul agranulocitar sau leucemic și mononucleoza infecțioasă și când sero-diagnosticul lămurește problema.

De asemeni formele anormale sau atipice, atât de numeroase, mai ales la copii, unde mononucleoza poate fi fiziologică, sunt diagnosticate prin sero-diagnostic.

*I. Rosenstein.*

**Neurogliomul.**

## SINDROMUL NEUROGLIOMULUI LUI LERICHE

Importanța și consecințele medico-legale la marii amputați ale acestui sindrom, pus în evidență de Leriche, al cărui nume poartă, constitue o problemă de medicină socială, pe care evenimentele recente au făcut-o de actualitate.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cererile de indemnizație pentru pensii sau despăgubiri ale marilor amputați, provoacă expertize, cari pun în situații dificile pe experți.

Ce este **sindromul neurogliomului lui Leriche?** un sindrom morbid secundar, de ordin reflex, determinat de leziunea nervoasă periferică, care nefiind reparată chirurgical, se constitue pe locul traumatismului.

Sindromul este reprezentat de turburări vaso-motorii, de turburări trofice, de reacții dureroase locale și la distanță, în diferite grade.

Pe capătul central al nervului secționat se formează o tumoră, în neurogliom, ghem de tubi nervoși secționați, cari nu mai posedă teaca care să le permită o desvoltare normală.

Aceste neurogliome capătă o sensibilitate dureroasă extremă, pe care o deslănțue o atingere externă cât de neînsemnată; durerile locale și iradiate sunt așa de vii, încât pot determina o stare sincopală, sau întrețin bolnavului o stare de neliniște permanentă.

Neurogliomul situat pe membrele superioare poate determina o stare de angor pectoral, greu de identificat uneori de o leziune cardiacă concomitentă.

Profesorul Leriche a arătat că fenomenele dispar și bolnavul se vindecă, dacă se repară, cum trebue, leziunea nervoasă prin sutură directă sau prin grefă.

Fenomenele dispar repede, dacă de asemenea se anesteziază neurogliomul printr'o injecție locală de novocaină.

Pentru identificarea acestor turburări cardiace cari survin la marii amputaţi, pacienţi cari pot opune faţă de stat agravarea infirmităţi şi deci majorarea pensiei, se impune a se recurge la metoda anesteziei locale cu novocaină, şi această cercetare nu se poate face decât internând bolnavul în spital, spre a fi supus pe îndelete unei observaţii îndelungate.

Asupra ospitalizării interesatului, — care poata fi de bună credinţă sau un simplu revendicator care sufere de boala „pensionnite" cum îi zice Leriche — insistă pe larg P. H. Descoust în Presse Médicale Nr. 67/1939.

*M. C.*

**Oxigenoterapia.**

## ACŢIUNEA SOMNIFERĂ A OXIGENOTERAPIEI

Ch. Flandin, P. Breton şi R. Lemaire, comunică la Soc. des hôp. de Paris, în şedinţa din 7 Iulie 1939, o observaţie a unui bolnav în vârstă de 67 ani, care e adus la spital pentru o stare acută de delirium tremens de origină alcoolică survenită în cursul unei pneumonii acute a vârfului stâng şi care prezintă o anoxie respiratorie şi tisulară.

I-se administrează oxigen, aşezând bolnavul sub un cort cu motor, se stabileşte atmosfera cortului la un debit de 14 litri de oxigen pe minut, iar temperatura cortului se menţine la 6⁰ sub temperatura ambiantă: Foarte repede bolnavul se calmează şi adoarme. Micşorând debitul de oxigen după o oră la 10 litri pe minut, bolnavul se scoală şi se agită. Se reia debitul iniţial şi bolnavul adoarme.

In timp de 3 zile i se face bolnavului 3 şedinţe de inhalaţii de oxigen, şedinţa durează 3 ore şi jumătate, în acest timp bolnavul doarme şi temperatura scade la normal după a 3-a zi.

Observaţia aceasta are valoarea unei experienţe şi ne arată ce putem aştepta dela o oxigenoterapie bine condusă, supraveghiată şi adaptată după nevoile bolnavului şi variată după simptomele constatate şi rezultatele obţinute. Graţie corturilor cu motor oxigenoterapia ne poate da efecte diferite.

*R. H.*

**Paludism.**

## MALADIA PALUSTRĂ. RETICULO-ENDOTELIOZĂ PALUSTRĂ

Paludismul, conceput clasic ca boală parazitară a sângelui datorită hematozoarului, tinde să fie socotit azi ca o boală a ţesutului reticulo-endotelial, cu atingere secundară a sângelui, în favoarea acestei concepţii militând numeroase fapte noui.

Astfel este faptul că anatomo-patologic, în paludismul acut pigmentul melanic este particular de abundent în splină, ficat şi măduva osoasă, adică tocmai în sistemul reticulo-endotelial aşa cum îl înţeleg numeroşi autori moderni; deasemenea leziunile cronice ale paludismului, hiperplazia celulelor splinei, capilarelor ficatului şi tecilor lui Glisson, în

care se întâlneşte şi interpoziţia de „elemente embrionare" sprijină mai mult concepţia maladiei palustre, reticulo-endoteliozā palustră.

In afară de aceasta, există şi argumente de ordin experimental şi de ordin clinic care vin în sprijinul acestei reticulo-endotelioze palustre.

Astfel astăzi se admite că există un dublu ciclu al hemotozoarului în organism şi anume un ciclu sanguin şi un ciclu reticulo-endotelial ce poate să proceadă, să însoţească sau să urmeze celui sanguin.

Aceste concepţiuni noi sunt expuse de G. Sicault şi A. Messerlin în Presse Médicale Nr. 77/1938.

Autorii expun pe larg cercetările privind acest ciclu r. e. ca şi argumentele de ordin experimental clinic ale diverşilor autori, cari fac ca paludismul să fie privit ca o boală a s. r. e. cu faze sanguine.

După această concepţie la infestaţie, derivaţii sporozoitici se desvoltă în ţesutul r. e. şi dau naştere la schizonţi; lungile perioade de incubaţie se explică astfel uşor, prin perzistenţa acestor forme reticulo-endoteliale, a căror desvoltare nu se produce decât în urmă.

Această concepţie permite deasemenea de-a explica reşutele printr'un dublu mecanism, unele fiind datorite schizoniţilor din organele profunde sau în foarte mic număr în sângele periferic, pe când altele — şi în deosebi reşutele la lungă distanţă, ce survin cu ocazia diminuării capacităţilor de rezistenţă ale individului (oboseală, etc.), sunt datorite formelor reticulo-endoteliale (p. cari autorii propun denumirea de histiozoar).

Concepţia astfel expusă nu are numai un interes teoretic, ci duce şi la vederi terapeutice şi profilactice noui, din cari autorii expun pe larg încercările cu chinină, quinacrină, plasmochină şi cilional.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

*Marius Paraschivescu.*

**Paralizia infantilă.**

## TRATAMENTUL PARALIZIEI INFANTILE CU CLORATUL DE POTASIU

Acest tratament nou al paraliziei infantile, relatat în revista „La settimana medica", Nr. 29/1939, se datoreşte unei întâmplări, unui accident, Ch. Contal tratând un copil bolnav de boala lui Heine-Medin, care avea şi o anginā acută, cu clorat de potasiu, a observat că febra şi fenomenele paralitice au cedat foarte repede.

L. Angelini, la clinica de pediatrie din Messina, având ocazia să aplice cloratul de potasiu la 30 copii de paralizie infantilă, atribue acestei substanţe o acţiune specifică asupra virusului poliomielitei, acţiune care se datoreşte probabil acţiunei oxidante a cloratului de potasiu. Contat preconizează acest medicament şi în profilaxia boalei lui Heine Medin.

*Technica.* Se administrează pe os 8—10 ctgr. de clorat de potasiu pe kgr timp de 24 ore; nu a observat nici un fenomen toxic chiar de'l dau copiilor 5—6 zile. De alt-fel Angelini dă cloratul de potasiu per os în anghine acute şi stomatite cu bune rezultate.

Simplicitatea metodei, inocuitatea sa şi preţul redus al preparatului sunt factori pentru care îl recomandă în toate cazurile de paralizie infantilă. Poate se va desăvârşi astfel terapia acestei boli, ce constitue azi un adevărat flagel.

*R. Hirsch*

**Roentgenterapia.**

## ROENTGENTERAPIA ADENOIDITELOR LA COPII

Infecţiunea şi hipertrofia formaţiunilor limfoide ale cavum-ului ţin un loc extrem de important în patologia copilăriei.

Sunt destul de numeroase cazurile când adenoidectomia este contraindicată. Astfel operaţia nu trebue să se facă în stările de continuă infecţie ale cavum-ului, la sugari, la copii cu tendinţă la sângerare, la tuberculoşi.

In aceste stări roentgenterapia aduce importante servicii. La Congresul francez de Oto-rino-laringologie din 1937, J. M. le Mée şi P. Bernard au adus rezultate obţinute pe 93 cazuri (43 vindecări, 33 ameliorări şi 17 eşecuri).

Robert Clement, P. Gibert şi E. Clénet publică în „La Presse Médicale Nr. 41 din Mai 1939, rezultatele unei bogate experienţe în această materie.

**Technică:** Vârsta bolnavilor, grosimea mică a masivului facial, prezenţa organelor sensibile şi delicate cari trebuesc apărate, au făcut ca technica să fie dificilă.

Localizarea fascicolului de raze se face printr'un câmp centrat pe unghiul maxilarului inferior, evitând ochiul şi baza creerului. Ochii au fost apăraţi printr'un ţesut de cauciuc plombat, tăiat special pentru fiecare bolnav.

La început s'au întrebuinţat numai două câmpuri supra-angulo-maxilare îndreptate spre cavum; s'a văzut apoi necesitatea de a adăuga al 3-lea câmp median, cuprinzând nasul antero-posterior spre cavum. Cele trei câmpuri sunt de 6 × 8 cu mărime şi la o distanţă focală de 28 cm. Filtrele sunt ½ m. Cu, 1 m. aluminium şi 1 cm. lemn. Iradierea se face cu o tensiune constantă de 200 kilovaţi.

Se fac iradieri simultane pe 3 câmpuri, distribuind fiecărui câmp 120—200 r. internaţionale, după vârstă, 3 şedinţe la 4—5 zile interval.

Totalul pe câmp este deci de 360—600 şi pentru ansamblu de 1000—2000 r. internaţionale.

Se poate socoti doza primită în profunzime cam la 500—1000 r. internaţionale.

Cu cât copilul este mai mic, cu atât dozele iniţiale şi totale vor fi mai slabe.

Cu această technică nu s'au observat accidente,, nici imediate, nici tardive, experienţa autorilor bazându-se pe un material cules timp de 11 ani.

**Rezultate:** După autorii citaţi, rezultatele sunt excelente în ⅔ din cazuri, nu numai pentru perioada imediat următoare iradierilor, ci pe timp îndelungat. Reveniri nu s'au observat decât în 15% din cazuri.

*I. Rosenstein.*

## ROENTGENTERAPIA ANTI-INFLAMATORIE. — FURUNCULE, ANTRAX, FURUNCULOZĂ

Profesorul R. Desplats, în „Journal des Sciences Médicales de Lille", din 30 Noembrie 1938, comunică rezultatele satisfăcătoare ce le-a obţinut cu ajutorul roentgenterapiei în furuncule, antrax şi furunculoză.

Dela Heidenhain s'a precizat necesitatea dozelor invers proporţionale cu acuitatea infecţioasă, o doză slabă nu provoacă nici o modificare a procesului infecţios sau inflamator, mărind dozele vom obţine o ameliorare a simptomelor, o micşorare a durerei şi o cădere a temperaturei; aceasta este pragul inferior al dozelor eficiente. Desplats observă că această radioterapie este funcţională, care face apel la funcţiunile de apărare locală şi generală a organismului, ea nu necesită aparate prea puternice.

Comunică o serie de observaţii cu furuncule, antrax şi furunculoză tratate cu teleradioterapia segmentară.

Din cercetările făcute reese că: teleradioterapia lucrează prin intermediul sângelui circulant, este o radioterapie indirectă cu doze mici.

Faza reacţională pe care mulţi radiologişti au observat-o după iradiaţia furuncului şi antraxului nu o notează Desplats, de oarece acesta s'a mărginit a aplica doze slabe depărtate de pragul reacţional.

In furunculele feţei cu cât infecţiunea va fi mai gravă, cu atât vom scoborî doza.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Radioterapia se va aplica dela începutul boalei, astfel vom evita supuraţia şi necroza furuncului.

Probabil există şi reacţia la distanţă în radioterapia segmentară, nu ştim însă cât timp durează imunitatea în această terapie.

*R. Hirsch.*

## TRATAMENTUL POLYGLOBULIEI PRIMITIVE PRIN IRADIAŢIA PYLORULUI

Sub titlul de mai sus, Ravina face în Nr. 13/1939, al Presei Medicale, o complectă punere la punct a chestiunei.

După ce Casth şi Strauss au învăţat că pentru obţinerea unui efect hematopoietic, trebuesc 2 factori: unul intrinsec, de origină gastrică şi unul extrinsec, adus de anumite alimente s'a susţinut (Hitzenberger) că anemia şi eritremia sunt două boli diametral opuse, cari reprezintă respectiv rezultatul unei insuficienţe sau a unei hiperproducţii a factorului intrinsec, concepţie sprijinită pe un anume număr de fapte incontestabile. Astfel — între altele — polyglobulia primitivă a putut fi ameliorată prin reducerea factorului intrinsec (lavaje de stomac, aspiraţii de suc gastric) sau prin reducerea factorului extrinsec — diminuarea proteinelor. Hitzenberger încearcă apoi ca tratament etiologic al eritremiei rezecţia pilorului, care însă neputând fi aplicată decât în cazurile în care există şi-un ulcer al pilorului — a fost înlocuită de autor în cazurile de eritremie fără ulcer prin iradierea stomacului, apoi prin teleroentgenterapia totală, metodă care nu s'a generalizat însă.

Find Andersen, Tovben Geill şi Em. Sumuelsen reiau ulterior ideia tratamentului polyglobuliei primitive prin iradierea pylorului, iradiere care trebue în principiu să combată presupusa hyperproducţie a factorului intrinsec. Aceşti autori îşi propun un triplu scop:

— iradierea glandelor pylorice şi-a tuturor glandelor Brunner ale duodenului;

— limitarea pe cât posibilă a acţiunei razelor X asupra organelor vecine;

— şi aplicarea unei doze suficiente de raze, pentru ca funcţia glandulară să fie sigur suprimată.

**Technică:** Se iradiază reg. pilorică şi partea descendentă a duodenului, zonă de 9 cm. diametru, ce se determină foarte precis, astfel: se aşează bolnavul în poziţia pe care o va avea în timpul iradierei şi se determină prin absorbţia de barit zona de iradiat, servindu-se de un localizator format printr'un inel de metal, de 9 cm. diametru, inel care este aşezat sub ecran, astfel încât să circumcsrie zona pilorică, care se reperează pe piele cu un dermografic.

Se practică apoi iradiaţiile, la început 4, fiecare la 2 zile interval, cu o intensitate de 200 c. filtrul de Ca. de 0,5 mm. distanţa dela focar la piele 40 cm., 150 kw. şi 5 m. a. Bolnavul primeşte deci în total 800 r.

După o lună se face a 2-a serie, de 3 iradiaţii de 200 r. fiecare, serie care se repetă la fel încă de 2 ori, la câte o lună interval.

Ameliorarea sanguină obţinută în cazurile astfel tratate a fost evidentă şi ea a fost fără îndoială datorită iradierii glandei pilorice. Ea se explică probabil prin aceia că iradiaţia diminuă secreţia factorului intrinsec şi reduce astfel formarea factorului eritropoetic. Măduvă osoasă primeşte o stimulaţie mai mică, de unde reduce numărul celulelor roşii.

Această lipsă de stimulare a măduvei osoase are deasemenea drept efect de-a dirija hematopoieza către un tip ce se apropie de anemia pernicioasă, fapt care explică de ce căderea hemoglobinei este mai slabă decât aceia a numărului globulelor roşii.

Cu toate că nu se poate spune încă dacă starea sanguină a bolnavilor astfel trataţi, va rămâne mult timp stabilă, fiindcă este foarte posibil ca pilorul să-şi reia treptat funcţia şi să se producă reşute, radioterapia regiunei pyloro-duodenală aduce totuşi un sprijin util în terapeutica actuală a polyglobuliei.

*M. Paraschivescu.*

## TRATAMENTUL CONSTIPAŢIEI CRONICE PRIN RAZE X

Konchelewsky şi Milutine publică în Arch. des Maladies de l'app. digestif Nr. 9/1938, observaţiuni asupra tratamentului constipaţiei cronice prin raze X.

Tratând ulcerele stomacale prin raze X, autorii au observat dispariţia constipaţiei la bolnavii constipaţi cronici. Pornind dela aceste observaţiuni empirice, au căutat metode şi explicaţia acestei terapeutici.

**Acţiune:** Explicaţia acţiunii razelor X asupra funcţiilor intestinale, a fost bazată pe influenţa pe care o exercită razele X asupra sistemului nervos vegetativ al intestinului gros, în sensul că aduce la normal o vago sau simpaticotonie a plexului lui Auerbach şi a fibrelor parasimpatice a musculaturii intestinale. De aceia iradierea se face în

primul rând pe regiunea lombară în scopul de a acționa asupra plexului mezenteric superior și apoi, pe regiunea sacrală și pe intestin pentru a acționa asupra plexului lui Auerbach.

**Technică:** Razele s'au obținut cu un aparat de 130—140 kilovați, 4 mA și filtru de 0,5 cm. Cu 3 mm. Al, cu distanța de anticatod 30 cm. Câmpul de iradiere pentru regiunea lombară a fost de 8 × 15 cm., pentru regiunea sacrală de 10 × 15 cm.

S'au făcut 3 iradieri într'o serie cu un interval între ședințe de 2—3 zile.

De îndată ce rezultatul a fost obținut, s'au întrerupt iradierile, chiar dacă nu a fost necesară decât o singură ședință. Astfel doza varia dela 1/3—1 HED pentru o întreagă serie.

Când s'a făcut iradierea pe intestin, distanța anticatodului a fost de 40 cm. și doza de 1/5—1/4 HED.

Tratamentul se începe totdeauna prin iradierea regiunii lombare. Dacă după primele 3 ședințe rezutatlele bunq nu s'au arătat, se iradiază regiunea sacrată și apoi intestinul pe partea abdominală.

**Rezultate:** Radioterapia aduce vindecarea constipației cronice la aproape 84% din bolnavi, cu condiția să nu depășească vârsta de 50 ani.

*I. Rosenstein.*

**Scisurita.**

## SCISURITA MICEI SCISURI DREPTE

L. Filiol și Bliah din Havre descriu în „Paris Medical" No. 30, din Iulie 1939, un sindrom radiologic net individualizat, pe care-l denumesc scisurita micei scizuri drepte.

Biblioteca Universității din Iași

La dispensarul municipal au observat 32 bolnavi, prezentând o imagine radiologică identică descrisă în felul următor: „Din față se prezintă sub aspectul unui triunghiu isocel cu baza pe marginea dreaptă a cordului. Marginea superioară este oblică de sus în jos și dinăuntru în afară; vârful este situat aproape de bordul extern al toracelui. Intensitatea imaginei merge descrescând de sus în jos; marginea superioară este netă, lineară, în timp ce, cea inferioară este imprecisă.

In poziție oblică anterioară dreaptă, această imagine devine un triunghiu foarte turtit cu vârful posterior, oblic de sus în jos și dinapoi înainte. In această poziție limita inferioară este mai precisă.

Autorii au putut urmări și preciza aspectul clinic al acestui sindrom radiologic.

Se găsește aproape exclusiv în prima sau a doua copilărie. Din 32 bolnavi, numai 2 erau adulți. Maximum de frequență între 4 și 9 ani.

Sindromul este aproape latent. Bolnavii ereau tușitari, prezentând bronșite difuze frequente, dar nici un alt simptom nu atrăgea atențiunea.

Semne generale nu au prezentat, apirexia a fost constantă și creșterea în greutate normală. Semnele stetacustice au fost absente în afară de 3 cazuri, când s'au auzit crepitațiuni fine într'o zonă localizată anterior la baza dreaptă, dedesubtul și înăuntrul mamelonului.

Evoluția a fost favorabilă. In 13 cazuri rezorbția a fost com-

plectă; dar chiar în cazurile când imaginea radiologică a persistat, evoluţia spre tuberculoză nu a fost observată niciodată, deşi urmărită cu deosebită atenţiune şi cu toate mijloacele.

*I. Rosenstein.*

**Supuraţii pulmonare.**

## ACŢIUNEA SPASMOGENĂ ŞI VASOMOTOARE A BAZELOR AMINATE DIN SUPURAŢIUNILE PULMONARE

Anumite pneumopatii, supurative sau tuberculoase, dau reacţiuni de vecinătate sau la distanţă. Când reacţia este în apropierea focarului pulmonar, aceasta ca aspect spasmodic, vaso-motor, astmatiform, oedematos sau congestiv, având caracteristica generală că ivirea reacţiei este bruscă, paroxistică.

Când reacţia se produce la distanţă, în afara teritoriului pulmonar, se observă dilataţie pupilară, vaso-dilataţia feţei, hipotensiune.

Intr'o serie de lucrări, Maurice Loeper cercetează cauzele acestor reacţiuni şi le precizează împreună cu M. Perault şi J. L. Herrenschmidt în Nr. 7/939, al revistei „La Presse Médicale".

**Interpretare patogenică.** Pentru a interpreta patogenia acestor reacţiuni, autorii amintesc inervaţia aparatului respirator broncho-pulmonar, descriind 3 categorii de nervi:

1. Filete provenind din simpatic, vaso-constrictoare, adrenergice (acţionând prin liberarea unui intermediar chimic identic adrenalinei, symathina lui Cannon).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

2. Filete nervoase provenite din vag, destinate să menţină troficitatea plămânului. Nu provoacă nici vaso-dilataţie, nici vaso-constricţie, ci numai distrugerea endoteliului pulmonar. Se pare că excitaţia acestor libereazâ cholină acetilată.

3. Filete vaso-motorii proprii, venind din a IV-a cervicală, a căror excitaţie produce vaso-dilataţie, fenomene de exsudaţie şi ruptură vasculară. Aceste fibre par să pună în libertate histamină.

Din inhibarea sau excitarea acestor trei categorii de nervi rezultă reacţiuni diferite.

Cari ar fi posibilităţile de acţiune asupra acestor filete în cursul pneumopatiilor?

O alteraţie nervoasă anatomică a fost observată destul de des; dar nu totdeauna. Astfel trebue admisă acţiunea unui intermediar chimic.

Din numeroase cercetări întreprinse, autorii afirmă că prezenţa bazelor aminate în focarele pulmonare, având o acţiune indiscutabilă asupra filetelor nervoase, explică în bună parte reacţiile de apropierea sau de distanţa observată în cursul supuraţiilor pulmonare sau focarelor de tuberculoză.

Dozările făcute au demonstrat existenţa în cantitate mare a bazelor aminate şi în special a tyraminei, iar la autopsia unora din cazurile prezentate nu s'au constatat leziuni ale filetelor nervoase; astfel acţiunea patogenică a bazelor aminate în producerea reacţiilor însoţind pneumopatiile este demonstrată.

*I. R.*

# 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


*„Henning"*

# Hybridin

Camfor, Guaiacol, Phenylchinolincarbonic, Ol. Eucalipt Menthol.

**Toate afecţiunile inflamatorii ale plămânilor şi bronchiilor (Gripă, Pneumonie, Bronchectasie, etc.)**

*Fluidifică secreţiile. — Uşurează expectoraţia*

*

Fiole 1 cc. şi 2 cc. intramuscular.

**Codex S. A. R. Cal. Şerban-Vodă 41, Bucureşti.**

# CONGRESE

## PRIMUL CONGRES DE ENDOCRINOLOGIE

BUCUREŞTI, 4-6 IUNIE 1939

de

**L. COPELMAN**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In zilele de 4, 5 şi 6 Iunie, s'au desfăşurat la Bucureşti, sub preşedinţia D-lui Prof. C. I. Parhon, desbaterlie primului Congres de Endocrinologie. Se cuvine să menţionăm dela început că această manifestare de caracter internaţional s'a bucurat de un larg sprijin al autorităţilor şi a fost urmărită cu înţelegere deplină de medici, psihologi, chimişti şi în genere de toţi acei care se preocupă de studiul glandelor cu secreţie internă.

Comitetul de onoare al Congresului a fost alcătuit din D-nii: G-ral D-r N. Marinescu, ministrul sănătăţii; Prof. Petre Andrei, ministrul educaţiei naţionale; Prof. Victor Iamandi, ministrul justiţiei; Prof. G. Alexianu, rezidentul regal al ţinutului Bucegi; Dinu Şimian, rezidentul regal al ţinutului Olt; Prof. C. Rădulescu-Motru, preşedintele Academiei Române; General V. Dombrovschi, primarul municipiului Bucureşti; C. Stoicescu, rectorul Universităţii Bucureşti; D. Mezincescu, decanul Facultăţii de medicină; General Panaitescu, secretar general al ministerului sănătăţii; Prof. D. Combiescu, secretar general al ministerului sănătăţii; Prof. Simeon Mehedinţi, Prof. P. P. Negulescu, Prof. G. Ionescu-Siseşti, membrii ai Academiei Române; Prof. G. K. Constantinescu.

Comitetul de organizare al Congresului:

Prof. **C. I. Parhon**, preşedinte; Prof. **N. Ionescu-Siseşti**, D-na D-r **Medeea Niculescu**, vice-preşedinţi; D-ri **L. Mavromati**, **I. Şimian** şi **St. M. Milcu**, secretari generali; D-ri **C. Michăilescu** şi **Louis Copelman**, secretari; D-r **St. Tincu**, casier.

Şedinţa inaugurală s'a desfăşurat Duminecă 4 Iunie, dimineaţa, în marele amfiteatru al Facultăţii de medicină. Cu acest prilej, D-l General D-r **N. Marinescu**, Ministrul Sănătăţii şi Preşedinte de onoare al Congresului, a rostit următoarea cuvântare:

„Este o ocaziune prielnică să adresez în calitate de ministru al Sănătăţii salutul meu întregului corp medical şi îndeosebi colegilor cari au ţinut să ia

parte la acest congres.

Suntem obişnuiţi a vedea în aceste manifestaţiuni ale profesiunei medicale manifestaţiuni de ordin social care ridică profesiunea medicală pe un înalt plan moral.

Suntem obişnuiţi a vedea în aceste congrese locul unde se aduc, se culeg şi se adună armele cele mai eficace pentru apărarea umanităţii.

Este incontestabil, că numai graţie progreselor realizate de endocrinologie, ştiinţa medicală este astăzi în posesiunea a noui şi valoroase orientări asupra etiologiei, patogeniei, prognosticului şi tratamentului unora din maladiile cele mai importante. Deasemeni nu este nici o mirare dacă într'un viitor apropiat, graţie progreselor endocrinologiei, vom asista la mari şi profunde prefaceri în învăţământul medical.

Vom urmări cu cel mai mare interes lucrările acestui congres, fiind convins că graţie activităţii atât de competinte şi de devotată a dvs., vom fi în măsură să avem la dispoziţie noui achiziţiuni, pe care să se aşeze puternic acţiunea grea şi plină de răspundere a apărării sănătăţii publice.

Urez lucrărilor Congresului dvs. cel mai desăvârşit succes".

**După cuvântarea D-lui Ministru al Sănătăţii, D-l Prof. C. Stoicescu, Rectorul Universităţii, a ţinut următorul discurs:**

„Congresul de Endocrinologie care se deschide astăzi sub cele mai frumoase auspicii, adică în prezenţa d-lui Ministru al Sănătăţii, a d-lui Decan ai Facultăţii de Medicină şi sub preşidenţia marelui nostru specialist, d-l D-r Parhon, nu poate repurta decât cel mai desăvârşit succes. Sunt cu totul incompetent în materie şi să nu vă aşteptaţi din partea mea la un elogiu al acestei importante ramuri a ştiinţei medicale. Desigur că din desbaterile şi discuţiile dvs. vor decurge importante concluzii.

Dar nu aceasta voesc să subliniez. In bezna în care ne mişcăm apare în zarea îndepărtată o dâră de lumină şi de speranţă. Pe când anumiţi oameni de ştiinţă se trudesc să inventeze mitraliere mai perfecţionate, tunuri mai ucigătoare, mijloace de distrugere mai groaznice, alţi oameni de ştiinţă, medicii, caută. utilizând tot ştiinţa să aline mizeriile şi suferinţele trupului, neluând în seamă graniţele şi interesele trecătoare, ci gândindu-se la omenirea întreagă.

Nu e vorba de a distruge noţiunea de patrie, care e crezul nostru comun, dar de atingerea unui scop mai înalt şi mai generos. Căci acel ce vindecă relele corpului, tămăduieşte prin aceasta şi relele sufleteşti: dorinţa de răzbunare, nedreptatea, tendinţa celui puternic de a zdrobi pe cel slab.

Iată ţelul spre care trebue, graţie medicilor, să ne îndreptăm: solidaritatea socială şi, readaptând un termen căzut în desuetudine: frăţietatea".

**După discursul D-lui Rector Stoicescu, a luat cuvântul Preşeşedintele Congresului, D-l Prof. C. Parhon, tratând despre „Problemele actuale endocrinologice".**

Studiul Endocrinologiei, a afirmat oratorul, oferă un interes atât de considerabil, încât se poate compara cu interesul pe care-l prezenta Bacteriologia la începutul secolului. Dar, în timp ce Bacteriologia se ocupă mai cu deosebire de factorii extrinseci, Endocrinologia studiază factorii ce prezidează echilibrul morfologic, chimic şi funcţional al organismului Raporturile endocrinologiei cu celelalte ramuri ale medicinei devin din ce în ce mai evidente. Afecţiunile sistemului nervos, ca: migrena, miastenia, unele maladii familiale, (miopatia primitivă) prezintă apropieri cu alteraţiile endocriniene. Relaţiile patogenice dintre glandele cu secreţie internă şi psichozele afective sunt incontestabile. Acelaş lucru se poate spune despre relaţiile dintre Endocrinologie şi Dermatologie, mai ales dacă ne referim la urticarie, sclerodermie, peladă, ichtioză şi psoriasis. Este iarăşi cert că maladiile de nutriţie ca obezitatea şi diabetul

reprezintă afecţiuni glandulare, comparabile cu myxoedemul sau acromegalia. Turburările de creştere, tetania, rahitismul sunt în funcţie tot de glandele endocrine, într'atât încât o cercetătoare de seamă, D-na Randoin, a fost în măsură să afirme că vitaminele însăşi sunt „exhormone". Studiul neoplasmelor trebue deasemeni să ţie seamă de progresul endocrinologiei, deoarece legile care determină creşterea fiecărui organ, sunt legi endocriniene.

Chirurgia însăşi este datoare să cunoască rolul osteoporosei în geneza fracturilor, efectele tratamentului tiroidian în plăgile fără tendinţă la cicatrizare, etc.

Toate aceste fapte dovedesc că endocrinologia constitue terenul comun al tuturor specialităţilor medicinei, reprezentând în mod incontestabil, o ramură fundamentală a ei.

La încheierea şedinţei inaugurale, D-l General-medic N. Marinescu, Ministrul Sănătăţii, a dat citire unei telegrame de omagiu M. S. Regelui Carol II.

In dupăamiaza zilei de Duminecă, membrii Congresului au luat parte la serbarea oferită de D-l Decan al Facultăţii de medicină, Prof. D. Mezincescu.

A doua zi a Congresului s'a desfăşurat în Amfiteatrul cel mare al Spitalului Colţea. Şedinţa a fost prezidată de D-l Prof. C. Rădulescu-Motru, preşedintele Academiei Române, care a rostit următoarele cuvinte:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

„Cu plăcere iau parte la acest Congres de Endocrinologie, considerându-mă între domniile-voastre ca la mine acasă, între colegi psihologi. Dealtminteri, eu prevăd că nu va trece multă vreme până ce apropierea dintre Endocrinologie şi Psihologie v afi oarecum oficial recunoscută. Intre diferitele ştiinţe cuprinse sub numele de medicină şi psihologie, această apropiere a atras atenţia încă de mult. Sunt cercetări pe care medicul nu le poate duce la bun sfârşit, decât dacă este înarmat cu un anumit tact psihologic, şi sunt mai ales cercetări pe care psihologul le poate duce la rezultate ştiinţifice, numai dacă este înarmat cu cunoştinţe medicale.

Această apropiere care se păstrează în regulă generală între diferitele specialităţi ale medicinei şi psihologie, ia un caracter de strânsă intimitate între endocrinologie şi psihologie şi psihologie. Amândouă se întâlnesc, în cercetările lor, pe un teren, unde caracterele de fapt psihologic avute în vedre de psihologie şi caracterele de fapt fiziologic, avute în vedere de fiziologie, sunt aşa de asemănătoare între ele, încât interpretarea unora cu greu se poate face fără a ţine în seamă interpretarea celorlalte. Adeseori interpretarea le amestecă pe unele cu altele, fără ca cercetătorul să prindă de veste. Aşa, bunăoară, pentru diferenţierea funcţionărei exagerate în plus sau în minus a secreţiilor, endocrinologul se serveşte de simptomele psihice în mod curent, ca şi cum faptul psihic ar fi direct legat de cel fiziologic, fără a avea nevoe de altă explicare. Tot aşa face şi psihologul, care dovedeşte diferenţierea emoţiei subiective după simptomele endocrinologiei, ca şi cum psihicul ar lua direct naştere din fiziologic.

Cu un cuvânt, endocrinologia şi psihologia, în afară de apropierea pe care o au între ele ca ştiinţe ce se aplică la cunoaşterea omului, mai au între ele intimitatea pe care le-o dă terenul propriu al cercetărilor lor. Ele se întâlnesc pe terenul, unde fizicul şi psihicul nu s'au diferenţiat încă după caractere vizibile şi precise, pe terenul untimităţii psiho-fizice.

De aceea cred că legătura între ele are să devină din ce în ce mai strânsă pe viitor.

In speranţa că în congresele viitoare, — denumite, cum ar trebui, de Endocrinologie şi Psihologie — numărul psihologilor va fi mai mare, doresc tot succesul lucrarilor Domniilor-Voastre".

După cuvântarea D-lui Prof. C. Rădulescu-Motru, prima ședință științifică a Congresului a continuat prin expunerea D-lui Prof. **C. I. Parhon**, care și-a desvoltat **Raportul asupra Epilepsiei**. Raportorul a arătat că epifisa este o glandă neuro-endocrină, deoarece situațiunea, conexiunile anatomice și structura ei pledează în acest sens. Există un sindrom hipoepifisar, caracterizat prin macrogenitosomie și există un sindrom hiperepifisar, caracterizat prin lipsa de desvoltare a aparatului sexual. Aceste sindrome pot fi produse și experimental, ceeace infirmă rezervele emise de unii autori cu privire la rolul endocrin al epifisei.

Epifisa mai intervine în producerea cantitativă și calitativă a lichidului cefalorachidian și este foarte probabil că exercită și o acțiune diuretică. Tratamentul prin extracte epifisare este foarte indicat în menoragii, excitații sexuale și turburări psihice.

In legătură cu subiectul raportului, D-l Prof. **Parhon** și D-nii **Al Crăiniceanu** și **Louis Copelman** au arătat acțiunea inhibitoare a extractului epifisar asupra fecundației. Din cercetările experimentale realizate de acești autori se dovedește reducerea numărului descendenților în timpul administrărei tratamentului cu epifisă.

D-l D-r **Șimian** a prezentat două comunicări cu privire la acțiunea hormonei epifisare în pubertatea precoce și în enuresie.

D-l Prof. **Parhon** a arătat, în colaborare cu D-rul **Cahane**, efectul produs de cauterizarea epifisei asupra cholesterolemiei păsărilor și modificările glicogenului muscular în urma injecțiilor de epifisă.

D-l Prof. **Parhon**, în colaborare cu D-ra **G. Werner** au prezentat modificările glicogenului hepatic prin administrarea de epifisă.

Digitized by Biblioteca Universității "Lucian Blaga" din Cluj-Napoca

In afară de subiectul raportului, s'au mai prezentat următoarele comunicări: Conf. D-r **Al. Crăiniceanu**: Diagnosticul precoce al sarcinei prin ovarioscopie.

D-ri **St. Milcu** și **Ep. Tomorug**: Modificările metabolismului basal după radioterapia ipofisară.

D-r **T. Hornet**: Pinealom cu metastaze lichidiene.

Prof. D-r **Baliff** și D-r **E. Preda**: Iregularitățile ciclului oestral la șobolani și șoareci.

Prof. **C. I. Parhon**, Prof. **Aburel** și D-ra **Bogdan**: Cercetări asupra glandelor endocrine în timpul vieții intrauterine.

La aceiași ședință, D-l Prof. **N. Minovici** în colaborare cu D-nii D-ri Th. Vasiliu și I. Stănescu, au prezentat un raport asupra **„Timusul"** în medicina legală. Autorii au expus pe larg rolul timusului cu glandă endocrină și au arătat că „moartea timică" este extrem de rară. Atunci când se găsește timusul ipertrofiat la autopsie, trebue totuși să se cerceteze și alte cauze etiologice capabile de a provoca moartea.

La finele ședinței s'a dat citire comunicărilor trimese de cercetătorii străini: **G. Maranon**, **Ch. Richet**, **A. Pergola**, **R. Berovitch**, **I. Djuricic**, **B. Kovacevic**, **Leandre Cervera**, **Hermini Castels**, etc.

Ședința de după amiază s'a desfășurat în Amfiteatrul Spitalului Colțea, sub președinția D-lui Prof. **D. Danielopolu**.

Ședința s'a deschis cu raportul d-lui Prof. **Ar. Grădinescu**, asupra **„Capsulelor suprarenale"**. Raportorul, face o largă expunere a anatomiei și fiziologiei acestor organe, insistând asupra relațiilor dintre suprarenale

şi sistemul nervos. Un capitol aparte este consacrat problemei metabolismului glucidelor şi protidelor, în relaţie cu glandele suprarenale

In legătură cu subiectul raportului s'au prezentat următoarele comunicări:

D-r **Constanţa Parhon-Ştefănesc** şi D-r **I. Ornstein**: Acţiunea lipidelor supra-renale asupra glicemiei şi cholesterolemiei.

D-r **V. Grădinescu**: Acţiunea extractului cortico-suprarenal asupra lipolisei.

D-r **N. Santa** (Cluj): Desvoltarea capsulelor suprarenale la carnivore.

In seara aceleiaşi zile, congresiştii au luat parte la banchetul oferit de D-l **General V. Dombrovschi**, primar general al Municipiului Bucureşti.

Cu acest prilej au rostit cuvântări D-nii: Ministru **N. Marinescu**, Prof. **C. I. Parhon** şi D-na **Simonnet**.

A doua zi Congresul a continuat în amfiteatrul Clinicei Neurologice dela Spitalul Colentina. Şedinţa a fost prezidată de D-l Prof. **N. Ionescu-Siseşti**, care a adresat salutul de bun-venit Profesorului **H. Simonnet**, eminentul reprezentant al şcoalei franceze de Endocrinologie.

La rândul său, Prof. H. Simonnet a citit scrisorile de amiciţie adresate Congresului de membrii societăţii de Endocrinologie din Paris.

Şedinţa ştiinţfiică a fost deschisă de raportul Prof. **Simonnet**, care a tratat problema „Corpului galben". Autorul a susţinut părerea că progestina şi foliculina sunt capabile să reproducă experimental procesele endocrine ale corpului galben. Aceste substanţe prezintă analogii de structură, dar diferă din punct de vedere hormonal. Deşi suntem încă departe de o înţelegere largă a fisiopatologiei, rezultatele dobândite în special cu privire la hormonii luteinici sunt încurajatoare şi justifică eforturile endocrinologiei. La discuţia raportului au luat parte D-nii Prof. **C. I. Parhon** şi D-l D-r **Al. Crăiniceanu**.

A urmat vizitarea laboratoriilor Clinicei de Neuro-Endocrinologie. Cu acest prilej D-nii Prof. **N. Ionescu-Siseşti** şi D-r **Louis Copelman** au demonstrat utilitatea reflexului psihogalvanic în endocrinologie, realizând un test de „instabiltate galvanometrcă" pentru ipertiroidie.

D-nii D-ri **O. Sager** şi **A. Kreindler** au prezentat utilitatea „Electro-encefalogramei" (înregistrarea curenţilor de acţiune ai creerului) în endocrinologie.

Seria comunicărilor a fost deschisă de d-l Prof. **Simonnet**, care a prezentat cercetările realizate în colaborare cu D-l D-r **I. Petrescu**, tratând despre „Experienţa asupra parabiozei".

D-nii: Prof. **C. Bacaloglu**, Conf. **I. Pavel**, **St. M. Milcu** şi **A. Anghelescu**, au expsu starea glandelor endocrine în cursul cirosei lui Laennec.

D-nii Conf. D-r **State Drăgănescu** şi D-r **I. Tuculescu** au prezentat „Cercetări asupra lipidelor birefrigente ale glandelor suprarenale la om, în diferite stări patologice.

D-nii: Prof. **C. I. Parhon**, Conf. D-r **Marinescu-Băloi** şi **E. To-**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

**morug**: Studiu anatomo-patologic asupra unui caz de sclerodermie generalizată.

Agregat D-r **I. Jianu**: Contribuţiuni la chirurgia endocrinologică.

Prof. **I. Baliff**, D-ri **Gherscovici** şi **Petrescu**: Acţiunea corpului galben asupra tractusului genital la şobolani.

D-nii Prof. **Benetato**, D-ri **Oprean** şi **Munteanu**: Influenţa vârstei şi a unor hormoni asupra stării coloidale a proteinelor tisulare.

D-ri **A. Radovici**, **Papazian**, **P. Florescu** şi **L. Schwartz**: Un caz de maladia lui Lobstein.

Prof. **N. Ionescu-Siseşti**, D-ri **T. Atanasiu** şi **Zamfirescu**: Un caz de pelagră cu ipertiroidie.

Prof. **Benetato** şi **Ciurdariu**: Influenţa vârstei asupra potasiului din sânge.

D-ri **Al. Rudeanu**, **C. C. Parhon** (junior) şi D-ra **Tudoran**: Acţiunea insulinei asupra glutationului din sânge.

Conf. D-r **Kaufman-Kosla**: Acţiunea ionilor asupra hormonelor.

In şedinţa de după amiază, prezidată de D-l Prof. **C. I. Parhon**, s'a dat citire raportului d-lor Prof. **Cristea Grigoriu**, D-r **Petrescu** şi D-r **Purge**, asupra „**Glandei mamare**". Autorii au insistat asupra rolului endocrin al glandei, care nu poate fi contestat. Inceputul secreţiunii lactate este în funcţie de prolactinul ipofisar.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Acţiunea extractului mamar se exercită îndeosebi asupra aparatului folicular. Terapeutica extractelor mamare este indicată în special în meno şi metroragii şi în insuficienţa suprarenală.

*După lectura raportului s'au prezentat următoarele comunicări:*

Prof. D-r **Baliff**, D-ri **Gherscovici** şi **Petrescu**: Contribuţiuni la studiul colesterolemiei şi al metabolismului basal ca teste de ipertifoide.

Prof. **C. I. Parhon** şi D-na D-r **Pitiş**: Modificări istologice după injecţii de ovolipoide.

Prof. **C. I. Parhon** şi **E. Tomorug**: Alteraţiunile glandelor endocrine într'un caz de acromegalie cu ipersomnie.

Prof. **C. I. Parhon**, **T.** şi **M. Cahane**: Influenţa extirpării timusului şi a injecţiilor de extras timic asupra splinei.

Şedinţa a fost închisă printr'o cuvântare a D-lui Prof. **C. I. Parhon**, preşedintele Congresului, care a subliniat interesul comunicărilor şi a mulţumit tuturor acelora care au încurajat realizarea „Primului Congres de Endocrinologie". Seara, oaspeţii au luat parte la recepţia oferită de D-na şi D-l Prof. P. Niculescu.

Al doilea Congres de Endocrinologie va avea loc, foarte probabil, în 1941, la Paris.

*D-r L. Copelman.*

# Al III-lea Congres Național de Radiologie și Electrologie medicală

La al III-lea Congres Național de Radiologie și Electrologie medicală, care s'a ținut la Iași în zilele de 28—30 Mai 1939, s-au prezentat următoarele rapoarte și comunicări:

RAPOARTE:

Prof. D-r Negru: Roentgentherapia în arachnoidite.

Prof. D-r Severeanu și D-r Edelstein: Studiu comparativ asupra razelor gamma (radium) și a radiotherapiei profunde de mare voltaj.

Docent D-r Bistriceanu: Ionotherapia electrică în practica medicală.

Conf. Dr. Lăzeanu E.: Radiokimografia și aplicațiunile ei în afecțiunile cardio-vasculare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Conf. D-r Iovin: Radiodiagnosticul în tumorile osoase maligne primitive și secundare.

D-r Marius Hăngănuiz, Tiberiu Spirchez: Diverticolii duodenali, studiu clinic și radiologic.

Prof. D-r Radu, D-r E. Andronescu, D-r Costin Gh.: Radiotherapia funcțională.

COMUNICĂRI:

D-r Akerman și D-r Akerman Frida: Tomografie în serie.

D-r Akerman și D-r Levy: Un nou procedeu în radiodiagnosticul apendicitei.

D-r Brănișteanu D. și D-r Isac: Câteva cazuri de diverticole duodenale.

D-r Dabija și D-r Vernale N.: Rezultatele obținute prin radiotherapie cu raze X și ultrascurte în 2 cazuri de abces pulmonar.

D-r Dabija și Alexandrescu: Considerațiuni asupra aspectului radiologic normal pleuro-pulmonar în unele hemoptizii.

D-r Dimitriu: Câteva considerațiuni asupra pleureziilor controlaterale.

D-r Fiamboli: Rinichiu mastic luat drept un diverticol duodenal. Enormă hydronefroză a congenerului său.

D-r Grigoriu C. și D-r Akerman: Tomografia pulmonară, radiografii și tomografii în relief.

D-r Gheorghiu Stelian și D-r Dabija: Considerațiuni radiologice și chirurgicale asupra 3 cazuri de osteo-mielită a maxilarului.

D-r Herșcovici S.: Corp străin intraesofagien tolerat 8 luni. 2. Valoarea incidenței în Breton în radiografia simfizei mentoniere.

D-r Iliescu N.: Considerațiuni asupra unui caz de elefantiazis total interesând indicele și policele ambelor mâini.

D-r Katz Paul: De ce trebue aplicată maladiei lui Basedow röntgentherapia cât se poate de timpuriu.

D-r Mayer Beno: Asupra unui caz de hernie diafragmatică la un copil de 3 ani.

D-r Mayer Beno: Röntgentherapia în tratamentul hypertrofiilor amigdalene.

D-r Mayer Beno şi Mayer Simon: Dielectroliza cu venin de albine şi acetil cholină în tratamentul afecţiunilor reumatice.

D-r Meller O., D-r Zibalis şi D-r Boiangiu: 6 cazuri de mesenterium comunis.

D-r Meller: Rezultatele obişnuite prin röntgentherapie funcţională.

D-r Pinelles S.: Pneumonie cu început hilar.

Conf. D-r Popp Leonida: Modificările şelei turceşti în tumorile endocraniene intra şi extra selare.

Prof. D-r Radu şi D-r A. Volanschi: Peritonita frustă la copii.

Prof. D-r Radu şi D-r Costin: Röntgentherapia în amigdalite.

Prof. D-r Radu şi D-r Costin: Röntgentherapia în furunculoză.

Prof. D-r Radu şi D-r Costin: Tramita lui Bezancon şi Braun.

Prof. D-r Radu şi D-r Costin: Osteochondromatoza.

Prof. D-r Radu şi D-r Costin: Röntgenterapia în rinofima.

Prof. D-r Radu şi D-r Akerman: Stereo microfotoradiografie.

D-r Rusu Viorel: Diverticol al bulbului duodenal probabil congenital.

D-r Tarján Vartolomeu: Deplasarea veziculei biliare în examenul radiologic.

D-r Vasiliu O. Dem.: Diagnosticul röntgenologic al leziunilor meningocerebrale din epilepsie.

D-r Vasiliu O. Dem. şi D-r Bălescu: Semne radiologice patognomonice în tumorile cerebrale.

Medic Maior D-r Vascoboinic: Examen radiologic al ocluziei intestinale.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-r Inginer Wacsman Felix: Radiografii pulmonare indirecte obţinute după imaginile radioscopice.

D-r Weiss M. şi D-r Akerman: Acolarea unghiului hepatic al colonului ca factor etilogic al apendicitei.

Prof. Cosăcescu, D-r David şi Stănescu N.: Imagini radiologice de lichid liber în peritoneu.

D-r Eliescu Mihail: Rezultate cu röntgentherapie în periostite.

D-r Graur Emil Ştefan: Un caz de osteom al sinusului frontal.

D-r Lambescu Alex.: Câteva aplicaţiuni de actinotherapie în chirurgia generală.

D-r Ţiţescu Vasile: Un caz de neurofibromatoză cu leziuni osoase.

D-r Simeon M. Ciomag: Experimentări clinice în afecţiunile ginecologice cu noul aparat „ultra scurtul Dobion" pe 3 m lungime.

D-r Mihail Dobrescu: Un nou aparat ultra scurt „Dobion" cu undă fixă de 3 metri.

D-r Mihail Eliescu: Vizibilitatea apendicelui cu bariu.

D-r O. Meller şi D-r Boiangiu: Câteva cazuri de sinostoză vertebrală.

D-r Ion Popp: Radiotherapia în arachnoiditele cronice.

*M M. R.*

## Cărţi — Monografii — Teze

### MEDICINA ŞI FARMACIA IN TRECUTUL ROMÂNESC

**Vol. II: 1775—1834.**
**Vol. III: Asistenţa publică până la 1834.**

de

D-r POMPEI GH. SAMARIAN

**Tipografiile «Cultura» şi «Bucovina», Bucureşti, 1938, 300 lei volumul (750 lei câte 3 volumele), de procurat direct de la autor, în Călăraşi-Ialomiţa.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Volumul I al acestei trilogii, care reprezintă Medicina trecutului românesc, a apărut în 1935 şi a fost prezentat la timp cetitorilor revistei. Cuprinsul lor este următorul:

VOL I. **Medicina şi Farmacia în trecutul românesc, 1382—1775,** 444 pagini, tipărit în 1935. Prefaţat de D-l Prof. N. Iorga. Premiat de Academia Română. — Partea I: Indrumarea ideii medicale la Români. Practica medicală. Spiţerii şi medicamente. Partea II: Medicina şi nivelul cultural medical. Boalele oamenilor. Boalele animalelor. Moravuri. Note şi frânturi de note biografice despre toţi bărbierii, vracii, doctorii şi spiţerii cunoscuţi până la 1775.

VOL. II. **Medicina şi Farmacia în trecutul românesc, 1775—1834,** cu 720 de pagini. Prefaţat de D-l D-r V. Gomoiu. Conţine: Indrumarea ideii medicale la noi. Doctorii şi nivelul cultural medical. Note biografice despre toţi doctorii, hirurgii, hirurgomanii, clandestinii, empiricii, bărbierii şi moaşele cunoscute între 1775 şi 1834. Boalele. Medicina legală. Practica şi deontologia medicală. Medicina veterinară. Spiţeri, spiţerii, droguri şi droguerii. Reţetele vremii.

VOL. III. **Asistenţa publică în trecutul românesc până la 1834** cu 632 pagini. Prefaţat de D-l Eugen Cialic, publicist, literat, Primar al oraşului Călăraşi 1938—1939. Conţine: Evoluţia ideii de asistenţă în trecutul românesc. Asistenţa săracilor. Asistenţa mişăilor sau invalizii de răsboi. Frăţiile creştine. Breslele şi asistenţa mutuală. Asistenţa spitalicească: bolniţa, ospiciile, azilele, spitalele. — Reformele lui Alex. Ipsilanti şi Gr. Ghica cu creiarea asistenţei publice de stat. Cutia milosteniei şi creiarea medicului public şi a asistenţei edilitare. — Reformele lui Kiselef cu organizarea asistenţei publice în oraşe şi în ţară. Medicii cari au funcţionat până la 1834.

Pe aceste ultime 2 volume, cari au apărut în 1938, le prezintă cei cari le-au scris „Prefața" în termenii următori:

PREFAȚA LA VOL. II

Prefațându-i publicația din 1936 — în care acelaș D-r Pompei Gh. Samarian s'a ocupat de „Medicina și Farmacia în trecutul românesc din epoca 1382—1775", — D-l Prof. Iorga a apreciat că **„nu se poate o strângere de material mai îngrijită decât aceia pe care o dă autorul în aceste pagini".**

Impodobit cu astfel de certificat — care 'i-a fost desigur și un puternic îndemn — D-l D-r Samarian a pășit la cercetarea epocei următoare și a întocmit lucrarea de față — numerotată vol II — în care ne înfățișează clădirea noastră medicală dintre anii 1775—1834.

In acest chip, D-l D-r Samarian continuând opera începută de mine „Istoria Medicinei și a Invățământului medical în România", o complectează frumos, cu elemente noi culese de prin cărți și arhive, pe care le înoadă cu măestrie, reușind a țese pânza vechii medicini românești.

Urmând aceiaș normă — cronologică, — D-nia sa ne plimbă pe rând prin toate compartimentele anuale ale trecutului nostru medical din epoca citată, și, sfătos cum este, ne povestește ce se găsea în fiecare. Cu **„inteligență, răbdare, bun simț și mai ales o covârșitoare iubire"** — cum zicea D-l Prof. Iorga — D-l D-r Samarian s'a trudit să identifice pe înaintașii noștri și să le definească rostul, reconstituind figura fiecăruia în cadrul în care a viețuit sau opera pe care a săvârșit-o, scoțând astfel la lumină o sumă de figuri sau de fragmente — nume de medici și episoade din viața lor — cu totul ignorate până astăzi.

Ostenindu-se să grupeze ceia ce era risipit și să scoată de sub colbul vremei ceia ce era uitat, D-l D-r Samarian a făcut operă în fața căreia trebue să ne înclinăm, ca medici și ca Români, căci lucrarea de față este cel puțin tot așa de meritorie ca și volumul dintâi, asupra căruia s'a pronunțat D-l Prof. N. Iorga, că **„în totul este una din cele mai bune lucrări de istorie din ultimii ani".**

In fața acestei judecăți, a istoricului, nu mai are nici un rost aprecierea medicului — care, ar putea fi bănuită de influența confraternității sau a vechei prietenii. Trebue să accentuez însă că meritul D-lui D-r Samarian este cu atât mai mare cu cât D-nia sa — nefiind istoriograf de profesie și nici plătit pentru așa treabă, așezat într'un orășel de provincie — s'a găsit în foarte grele condițiuni.

Și totuși! In ciuda dificultăților, fără să cruțe osteneli și cheltueli, D-nia sa a căutat cu răbdare, a citit cu știință și cu atenție, și prin tenacitatea voinței a învins izolarea din provincie și a izbutit să realizeze o admirabilă operă de știință.

De aceia, oricine a învățat prin propria trudă ca să prețuiască munca altuia, trebue să se descopere în fața operei și a omului care a înfăptuit-o; iar eu, care am cunoscut și cunosc migala aceleiași munci și care, ca Președinte al „Societății internaționale de Istoria medicinei" știu ceia ce se face în celelalte țări în acest domeniu, sunt bucuros că mi se dă prilejul să aplaud pe D-rul Samarian, și să-l ajut la tipărirea acestui volum.

Fie ca exemplul D-lui D-r Samarian să servească de îndemn celor cu mai multe posibilități, dar mai ales să stârnească ambiția colegilor și a urmașilor, ca să desăvârșească ceia ce am început noi.

D-r V. GOMOIU
Președintele „Societății Internaționale de Istoria Medicinei"

PREFAȚA LA VOL. III

In prim rând, prefața mea trebue să înfățișeze biruința doctorului Pompei Samarian, față de mediul în care a fost obligat să trăiască și să activeze.

Ea trebue să însemne **biruința doctorului Samarian** față de sine și față de o anume tradiție care reușise să înstăpânească pretutindeni credința că provincia — luată în sensul peiorativ de periferie — nu e capabilă nici de eforturi, nici de creațiune. Credință, din nefericire, intrată în însăși conștiința provinciei românești, care își mutila singură avânturile.

Doctorul Samarian este însă un biruitor în adevăratul înțeles al cuvântului. **Trăind în provincie, nu s'a lăsat învins de ea, ci a învins-o.**

Astăzi numele doctorului Samarian — al acestui admirabil om, al medicului prob și doct, al savantului de european prestigiu și, mai ales, al prietenului cald și bun — s'a impus cu tărie pretutindeni în lumea noastră cărturărească. Studiile sale asupra trecutului nostru medical, cercetările sale migăloase și îndelungi, zelul și răbdarea de călugăr benedictin pe care a risipit-o în toată activitatea sa, entuziasmul său creator și mereu proaspăt, strădania necurmată de a cunoaște și înțelege și gândul și spiritul vechilor așezăminte ale țării, identificarea sa cu duhul vechilor zapise și isvoade, contopirea sa spirituală cu toată dărnicia și distincția sufletească a vechilor cititori l-au făcut cunoscut și l-au impus în lumea cercetătorilor de pravile și a celor cari reînviază prin studiile lor lumea de basm și noblețe a trecutului românesc.

Doctorul Samarian înfățișează prin strădania lui un aspect inedit al provinciei românești. Prin studiile sale, prin cercetările sale, prin prestigiul câștigat pe merit, autorul acestor masive volume de istorie a medicinei și farmaciei românești, luminează adevărata față a acestei hulite provincii, în care totuși se gândește și se lucrează sârguincios pentru adăogirea de noi valori la tezaurul culturii românești.

Biblioteca Universitară Central University Library Cluj

Dar doctorul Samarian nu este singur, nu este izolat în această strădanie menită să repună **provincia românească în lumina ei cea adevărată**. Numele celor la fel cu el e legiune. Activitatea lor risipită pe întreaga față a țării. Prin ei provincia românească își desăvârșește chemarea. Ea se dovedește un fericit mediu pentru cărturari și creatori de cultură.

Iată pentruce aprecierile d-lui profesor N. Iorga, din fruntea primului volum și cuvintele elogioase ale d-lui D-r V. Gomoiu, cu care se deschide cel de-al doilea tom al acestei opere, sunt cea mai strălucită dovadă a credinței mele în **provincia creatoare** pe care mi-am luat curajul de a o omagia de aci, — omagiind pe doctorul Samarian de pe piedestalul pe care mi-l pune la îndemână acest al treilea volum de sinteză și de largă perspectivă asupra trecutului nostru pe care-l dă la iveală un autentic reprezentant al provinciei românești, — **leagăn de adevărată cultură și vrednică spiritualitate românească.**

Dar doctorul Samarian a mai săvârșit o faptă care-i dă dreptul la întreaga mea recunoștință. **El a scos din anonimat și a dat o stare civilă orașului Călărași,** al cărui cetățean de frunte este de mai bine de 25 ani.

Dacă în „Medicina și Farmacia în trecutul românesc" d-sa a înfățișat vracii, doftorii, spițerii, leacurile și știința, așezămintele și tradițiile noastre medicale dela 1382 și până acum 100 ani cu „acea covârșitoare iubire, care poate înlocui migăloasa pregătire și seminariile universitare, care uneori seacă inima, fără de care nimic nu se poate face bun și temeinic", în „Istoria Orașului Călărași" doctorul Samarian a luminat trecutul așezării Călărașilor stafetari de odinioară și a reînviat vremurile Lichireștilor de demult, din care a ieșit capitala de astăzi a Ialomiței.

Iată un cuvânt în plus, pentruca prietenului să i se asocieze și primarul orașului Călărași, care vine să exprime de aci, din locul pe care doc-

torul Samarian i l-a pus la dispoziție, toată admirația pentru darul neasemuit ce l-a făcut acestui târg.

Doctorul care mai bine de un sfert de veac veghează la sănătatea celor de aci, bunul doctor care s'a bucurat cu toate bucuriile acestei aşezări, care a plâns cu toate durerile noastre şi care s'a identificat nu numai cu preocupările prezentului ci şi cu toată strădania trecutului acestui colț de țară, îşi încununează un popas sărbătoresc al activității sale cărturăreşti dedicată trecutului nostru medical cu acest volum, care este o prețioasă cunună nu numai pentru el, dar, mai ales, pentru noi.

EUGEN CEALÂC
Primarul oraşului Călăraşi

Lucrările medicale cari ni se trimet, pentru a le prezenta publicului medical românesc, ne simțim datori — față de munca autorului şi a bunelor intențiuni cari îi stau la bază — să le considerăm cu cea mai mare luare aminte.

Pe unele le cetim în întregime pentru a le desprinde valoarea; — pe cele cari depăşesc competința noastră, le judecăm după „Prefața" pe care autorul nu o poate solicita decât dela autorizați în materie, sau după „Cuvântul introductiv" ori „Lămurirea" ce însu-şi autorul ne dă asupra lucrării sale; — în orice caz şi pe acestea din urmă le cercetăm în mod mai mult sau mai puțin aprofundat.

Este aceasta, prima datorie de conştiință ce orice recensent trebue să-şi impună.

Reproducând „Prefața" mai manifestăm o atenție datorată personalității celor cari o scriu, pe lângă răspunderea ce nu putem să ne asumăm şi o lăsăm pe seama competinței lor.

Nu reproducem decât „Prefețele" autorizate, eloquente şi bine scrise, căci nu toate prefețele solicitate sau oferite spontan întrunesc aceste condițiuni.

Pe aceste prefețe le prezentăm integral sau parțial.

Prefața la vol. II al lucrării de față o scrie D-l D-r V. Gomoiu, considerat ca întemeietorul pe baze ştiințifice al Istoriei Medicinei Româneşti, care în aprecierea şi laudele ce aduce operei îşi însuşeşte pe cele aduse volumului I, în prefața ce i-a scris, D-l Profesor N. Iorga, cel mai mare şi din toate vremurile istoriograf al neamului românesc.

Prezentată de către aceste proeminente personalități şi astfel, valoarea lucrărilor de față ale D-lui D-r P. Samarian nu poate fi mai bine scoasă în evidență.

Dar în prefața scrisă a volumului III de către D-l N. Cealâc, primarul oraşului de reşedință al autorului, se pune în evidență, omul şi condițiunile neprielnice ale mediului de provincie, dar de „Provincie creiatoare" în care a lucrat el.

Pentru omagierea operei şi autorului ei, am reprodus integral aceste prezentări făcute de alții, cu toată competința de cerut, şi cu toată eloquența de dorit.

Ca D-l Primar Cealâc, este de dorit ca toţi primarii oraşelor mai mari sau mai mici din ţară să încurajeze şi să ajute la desgroparea trecutului, ca să dea „o stare civilă oraşelor" ce gospodăresc.

Este cel mai bun omagiu ce se poate aduce şi oamenilor de treabă din trecutul ţării.

*M. Cânciulescu.*

* * *

## REPERTOR DE MEDICI, FARMACIŞTI, VETERINARI

### PERSONALUL SANITAR din ŢINUTURILE ROMÂNEŞTI

**Vol. I**

**Inainte de anul 1870**

de

D-r V. GOMOIU

şi Farmaciştii GH. GOMOIU şi MARIA V. GOMOIU

Intr'o „Lămurire" — în loc de Prefaţă — aşezată la sfârşitul volumului — care se adresează mai bine la ce precede şi lămureşte pe unii cetitori cari au putut rămâne cu o nedumerire, dar care pentru răsfoitorul grăbit riscă să treacă nebăgată în seamă — autorul spune:

In anii 1921—1923, am publicat o lucrare de 1206 pagini, intitulată: „Din **Istoria Medicinei şi a Invăţământului medical în România** (înainte de anul 1870)". Dar, pentru motivele arătate în „Lămurirea" dela începutul său, acea lucrare s'a tipărit numai în una sută exemplare — care, s'au risipit uşor, şi astăzi nu se mai pot obţine nicăeri.

Cerându-se însă tot mai stăruitor, m'am hotărît să complectez acea „Istorie" şi să o retipăresc. Dar, fiindcă o nouă ediţie — alcătută după planul celei dintâi — ar fi ajuns la un volum de câteva mii de pagini, am socotit că este mai practic să desvolt, în câte un volum separat, fiecare capitol al vechii mele lucrări, şi la urmă să public o sinteză a întregii materii.

Pentru motivele arătate în „prefaţa" respectivă, am început tocmai cu par. IV al cap. I din partea III-a (pag. 631) — adică, cu **„Istoria Presei Medicale în România"**, volum de 740 pagini, pe care l-am publicat în 1936.

Cu ocazia alcătuirei acestei lucrări, am mai descoperit însă unele nume, pe care nu le întâlnisem până în 1921 — când am tipărit „Istoria Medicinei" — şi nici ulterior, iar despre altele am aflat amănunte pe care nu le cunoşteam atunci.

Faptul acesta, adăugându-se la amintirea dificultăţii pe care am întâmpinat-o când am reconstituit puţinele biografii pe care le-am publicat în volumul citat, iar pe de altă patre, convingerea că o asemenea lucrare se îngreunează tot mai mult, pe măsură ce ne depărtăm în timp — fiindcă amintirile se şterg, iar documentele se pierd — m'a determinat ca, mai înaintea altor capitole, să public acest „repertor" bio-bibliografic, pe care-l consider ca un monument moral închinat „personalului sanitar" din trecutul nostru.

Cu toată strădania pe care am depus-o, chemând în ajutor şi hărnicia tinerilor mei colaboratori: d-şoara farmacistă **Maria Gomoiu** şi farmacistul **Gh. Gomoiu**, sunt cel dintâi a recunoaşte că este o lucrare incomplectă, fiindcă datele (informaţiile) sunt relativ prea puţine şi mai ales foarte risipite. Totuşi, am hotărît să o public, având convingerea că ea va rămâne totdeauna

imperfectă — sau, mai bine zis, interminabilă — fiindcă ori când se va descoperi vreun act oficial (ca cel care urmează) sau o scrisoare de familie, din care să se poată culege vreo informaţie „nouă". Ba mai mult: nu rare ori, în trecut — ca şi în prezent — „publicaţiile", pe cari suntem înclinaţi să le considerăm drept „documente", au denaturat realitatea, atribuind unor persoane titluri sau merite pe cari nu le-au avut, şi ignorând complect pe altele, sau despuindu-le de ceiace era al lor, — iar la aceasta, se mai adaugă erorile de transcriere şi de transmitere, care pot să provoace confuzii.

Imi place însă să nutresc speranţa că, apariţia acestui volum va stârni ambiţia urmaşilor celor prea puţin amintiţi şi mai ales a celor omişi, şi că, pentru respectul înaintaşilor lor, aceştia ne vor comunica datele pe care le posedă, pentru complectarea lipsurilor noastre sau pentru rectificarea erorilor ce s'ar fi strecurat.

Nu mai puţin nădăjduim aceasta de la cei cari se interesează de Istoria medicinei româneşti şi în general de trecutul nostru, ca şi dela toţi cei cari îşi iubesc ţara — căci, medicii, farmaciştii, veterinarii morţi, fac parte din patrimoniul naţional, şi reconstituirea biografiilor lor contribue la luminarea unui trecut cu care avem dreptul să ne mândrim.

Graba de a strânge cât mai curând datele vechi — câte se mai află, până ce nu dispar complect — m'a determinat să fac o primă publicaţie de nume (acest vol. I) până la anul 1870, adică până când a început să funcţioneze Facultatea noastră de medicină. După această dată, s'a făcut mai multă publicitate şi prin aceasta, informaţiile sunt mai uşor de adunat sau de verificat. Totuşi, în vederea retipăririi acestui volum, sau măcar a unui „supliment", şi a tipăririi vol. II (cu epoca de după 1870), primim cu recunoştinţă orice biografie şi fotografie — bineînţeles, indicându-ni-se şi mijlocul prin care să se poată controla veracitatea celor afirmate.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In **Nota** de început aşezată în josul primei pagini — după care se perindă între pag. 5 până la 480 datele biografice şi bibliografice, pe cât cu putinţă, ale medicilor, farmaciştilor şi veterinarilor cari au format Personalul Sanitar al Ţinuturilor Româneşti înainte de anul 1870, dată când s-a introdus învăţământul medical universitar în ţara românească — autorul menţionează că a reprodus întotdeauna isvoarele din care s-a informat; că s'a ocupat în acelaş timp de medici, farmacişti şi veterinari, ba n-a omis nici chimiştii întâlniţi şi a înregistrat uneori şi numele de moaşe, fie că erau titraţi sau simpli empirici sau chiar „Şarlatani" — pentru-că pedeoparte a fost greu de stabilit cu preciziune specialitatea ce a profesat fiecare, iar pe dealtă parte aceiaşi persoană practica uneori cele trei profesiuni.

In **Nota** finală, aşezată la sfârşitul ultimei pagini care este 528, istoriograful conştiincios care a citat pe atâţia şi a menţionat atâtea, în credinţa că „alţii vor verifica arătările sale, vor complecta lipsurile şi vor rectifica erorile" constată cu regret că, încă în vieţă fiind, unii i-au folosit cartea, copiând chiar greşelile, fără a-l cita; — de aceea promite că în volumul următor va menţiona erorile verificate între timp.

La pag. 481 se prezintă **Arborele genealogic al neamului Gomoiu**, care începe după date controlate precis la anul 1668, — la Gogoşi în jud. Mehedinţi, înainte chiar de 1645; iar în nordul judeţului Buzău, unde există un sat Gomoeşti, tatăl autorului, preotul Gheorghe Gomoiu ajunsese la concluzia că primul Gomoiu (Gomoiu

e augmentativul dela Goma, vechiu nume românesc obişnuit prin sate — după D-l Prof. N. Iorga), trebue să fi fost un legionar roman, din Buzeu urmaşii emigrând în Mehedinţi dealungul unei linii Buzeu—Mehedinţi pe care se întâlnesc câţiva Gomoiu în Muscel, Argeş, Vâlcea.

Istoriograful eminent care a aşezat pe temeliile ei adevărate Istoriografia medicală românească, după ce face acest studiu privitor la neamul său după o metodă impecabilă, cu date şi citate controlate la fiece pas, prezintă personalul său Curriculum vitae, al vieţei de studiu şi studii neîntrerupte cari umplu 28 pagini de tipar, numai citarea celor peste 400 lucrări întinzându-se pe 19 pagini de tipar, iar demnităţile academice oferite de societăţile ştiinţifice din străinătate pe 1 pagină.

*

Nu este cazul să luăm în considerare prodigioasa activitate ştiinţifică, profesională şi socială ce se desprinde din aceste pagini, şi pentru motivul că ea este în plină desvoltare.

Dar vom atrage atenţia numai asupra muncei îndelungate, migăloase, conştiincioase depusă de către autor şi colaboratorii aleşi din propria sa familie în elaborarea acestui nou volum, care vine să se aşeze cu demnitate lângă celelalte numeroase din Colecţia sau Biblioteca scrisă de D-rul V. Gomoiu.

*M. C.*

* * *

BCU Cluj / Central University Library Cluj

## TRATAT DE ISTOLOGIE

**Vol. I**

**TECNICA — CITOLOGIE — ŢESUTURI**

de

**D-r ŞERBAN BRĂTIANU** şi **D-r VIRGIL ANGHELESCU**
Docent de Istologie — Asistent Universitar

1 Vol. de 578 pagini cu 264 figuri din care 93 în culori şi 20 planşe în 5 culori. — Editura Librăriei Jean Leon, Bucureşti. 1938. — Lei 680.

O lucrare monumentală, care apare în „Colecţia didactică" a Institutului de Istologie şi Istogeneză dela Facultatea de Medicină din Bucureşti, de sub direcţia D-lui Prof. D-r Ion Niculescu.

In Prefaţă autorii spun că acest volum, care reprezintă primul din tratatul de Istologie, apare după 4 ani de muncă.

La alcătuirea lui s-au bazat pe faptele câştigate ştiinţei prin activitatea clasicilor, cât şi pe rezultatele experienţei proprii; în orice caz pe noţiunile de ultima oră, cari constituesc „Adevărurile prime" adică cele din urmă, în orice ştiinţă.

Au dat o atenţie deosebită vieţei dinamice a celulelor şi ţesuturilor, adică Istofiziologiei, şi prin aceasta au mers în pas cu evoluţia disciplinei tratate şi a tendinţelor actuale în ştiinţele biologice.

Au adaptat capitolul I, de tecnică istologică, la necesităţile unei orientări rapide a celor cari îl consultă, iar pe toate celelalte le-au pre-

cedat de o tablă de materii analitice care definește și fixează conturul general.

Au dat o desvoltare enormă iconografiei, care în întregime este personală, pentru-că au socotit pe drept cuvânt că „Istologia este o disciplină în care rolul imaginilor este fundamental".

Acest Tratat de Istologie este la nivelul celor mai bune lucrări similare străine, ca cuprins și tecnică de executare.

El poate sta cu mândrie alături de cele mai bune lucrări apărute în ultima vreme în colecția de volume a „Bibliotecei medicale românești".

Tabla generală de materie prezintă:

**Capitolul I.** Noțiuni elementare de technică istologică. — **Capitolul II.** citologia. — **Capitolul III.** Noțiuni elementare de embriologie. — **Capitolul IV.** Țesuturi. Generalități. — **Capitolul V.** Țesutul epitelial de înveliș și glandular. Ț— **Capitolul VI.** Țesutul pheochrom sau paraganglionar. — **Capitolul VII.** Țesutul conjuncvti. — **Capitolul VIII.** Țesutul muscular. — **Capitolul IX.** Țesutul nervos. — **Capitolul X.** Țesutul interstițial neconjonctiv al sistemului nervos central și periferic. — **Capitolul XI.** Aparatul vascular. — **Capitolul XII.** Țesutul sanguin. — **Capitolul XIII.** Țesutul hemo-limfopoietic și hematopoieza. — Tabloul general al etapelor technicei istologice.

Volumul II, care cuprinde noțiunile de morfogeneză și istogeneză a organelor, va apare în curând.

El va fi întâmpinat desigur de către cunoscători cu aceleași cuvinte de laudă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

*M. C.*

* * *

## LES ERREURS ET LES FAUTES EN UROLOGIE

par

**L. STROMINGER**

Edit. Masson, Paris, 1939

Intr'un volum de 176 pagini, publicat în limba franceză de către Editura Masson din Paris, autorul, docent de Urologie la Facultatea de Medicină din București și Laureat al Academiei de Medicină din Paris, face un studiu critic, de ordin clinic și terapeutic, asupra Erorilor și Greșelilor în Urologie.

In **Introducere** autorul explică cum i-a venit **Ideia** lucrării de față, din ce motive, și **Metoda** de a o traduce în fapt, — care în esență constă în a se fi consultat pe sine și în urmă a se fi documentat amplu pe lângă numeroase eminente personalități din toate țările asupra materiei subiectului.

**Cap. I** tratează despre **Adevăr și Eroare în Științele Psichologice și în Biologie,** — capitol de erudiție profundă și care depășește importanța lucrării de față, interesând pe toți oamenii de știință și toate științele ca și practicele de orice natură.

**Cap. II** expune greșelile și erorile de **Semiologie.**

**Cap. III** pe cele de **Diagnostic,** trecând în revistă toate afecțiunile medicale, chirurgicale, interesând aparatul urinar.

**Cap. IV**, erorile şi greşelile de **Pronostic.**
**Cap. V**, pe cele de **Tratament medico-chirurgical.**
**Cap. VI**, erorile şi greşelile de **Radiologie.**

La sfârşit, se prezintă o **Bibliografie** destul de amplă, cu toate că autorul o socoteşte redusă prin însăşi natura subiectului — autorii preferând să dea publicităţii mai de grabă succesele decât greşelile.

**Prezentarea şi implicit recomandarea cea mai autorizată i-o face în Prefaţă, Prof. G. Marion în termenii următori:**

„Cette préface sera très courte; elle aura ainsi plus de chance d'être lue. D'autre part, une bonne chose n'a pas besoin de longues recommandations, et cet ouvrage est un livre excellent. J'engage tous mes confrères à le lire; comme moi qui l'ai lu, ils y apprendront certainement beaucoup de choses.

La lecture en est agréable et bien qu'écrit par un roumain, le français en est impeccable. — Il temoigne de la part de notre sympathique et estime confrère, le D-r Strominger, d'une grande expérience, d'une érudition remarquable et d'un parfait bon sens.

Strominger, pour nous dire ce qu'il importe de faire pour ne pas commettre d'erreurs en urologie, nous énumère précisément les fautes qui peuvent être commises et pourquoi elles l'ont été. C'est une excellente méthode et de même qu'il existe une collection des **„Vérités premières"** dans chaque spécialité, une **Collection des fautes et des erreurs susceptibles d'être commises** dans chaque spécialité aurait bien son utilité.

Comme il le dit parfaitement: „C'est un fait établi que les erreurs et les fautes sont plus instructives que les succès". Un succès ne fait que confirmer une notion que l'on connaît. Au contraire, c'est parce que nous ignorons un fait, la façon de l'étudier, etc., que nous avons commis erreur de diagnostic, de pronostic et de traitement, et si nous voulons bien y réfléchir nous apprenons tout ce que nous ignorions à ce sujet. Nous apprenons que telle affection peut exister et comment il faut nous y prendre pour la reconnaître et éviter l'erreur. Celle-ci nous aura donc été très profitable.

Toutes les erreurs ne sont malheureusement pas publiées. „Ne parler que des succès, c'est faire mauvaise école". Il est des chirurgiens qui pensant augmenter leur réputation ne publient que leur succès. Quelle erreur est la leur, „car n'a jamais péché que celui qui n'a rien fait" et précisément l'on arrive à douter de la véracité de leurs publications. Non, l'erreur, à moins d'être absolument grossière, est une source de profits pour son auteur et pour les autres; il n'y a pas de honte à la faire connaître et elle deviendra du plus grand profit si on en analyse soigneusement les causes, car alors nous apprendrons à l'éviter.

Je loue donc sans restriction le livre de Strominger et je ne puis que répéter ce que je disais en commençant: les urologues doivent le lire, sa lecture les instruira sur bien des points".

**Dintre recenziile elogioase cari i s'au făcut, găsim în vechea revistă belgiană „Le Scalpel" No. 24/1939, pe cea iscălită de D-r F. S.:**

„La majorité des médecins ressentent une certaine gêne à publier leurs erreurs et pourtant, le meilleur moyen d'éviter de les commetre est de les connaître, c'est pourquoi l'auteur s'est décidé à publier ce petit livre et ce faisant, il a rendu un grand service à ses confrères.

Maniant la langue française avec une rare élégance, il a fait précéder la partie pratique de son travail, d'un long et attachant préambule, sur la vérité et l'erreur dans les sciences psychologiques et dans la Biologie, car dit-il,

un diagnostic médical et une décision thérapeutique, ne sont, en dernière analyse, qu'une opération de l'esprit, basée sur un fondement scientifique et digée par une méthode sévère et étroitement précisée. Pour pouvoir parler avec une certaine autorité de l'erreur et de la faute, il faut être d'abord solidement documenté sur e qui signifie la vérité.

Se basant sur une longue pratique urologique, hospitalière et privée de 33 années ainsi que l'expérience de nombreux urologues consultés, qui ont confié à Strominger leurs impressions, l'auteur expose au cours des chapitres suivant les erreurs de semiologie, de diagnostic, de pronostic et surtout de diagnostic chirurgical, des erreurs physico-chimiques expérimentales et des valeurs biologiques. Le point culminant de l'ouvrage et de loin le plus important traite des erreurs radiologiques si grosses de conséquences diagnostiques et thérapeutiques.

Toute l'attention du lecteur est tout spécialement attirée sur les mesures à prendre non seulement pour éviter les erreurs mais encore pour les réparer quand cela est possible.

Cet important ouvrage, écrit en un style châtié et alerte fait le plus grand honneur à celui qui l'a conçu. Il trouvera tout naturellement sa place dans la bibliothèque des urologues qui y puiseront de précieux conseils et pourront éviter bien des erreurs et bien des écueils".

Ca şi contimporanii, localnicii îşi precupeţesc de regulă laudele, de aceea am reprodus părerile unui medic străin.

Amintim că D-l D-r L. Strominger, mai este autorul unei alte lucrări „La Colibacillose", întâmpinată la timp cu aceleaşi elogii cu care însoţim pe cea de faţă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

*M. C.*

* * *

## TEHNICĂ DE MICROSCOPIE
### CITOLOGIE — ŢESUTURI — SISTEM NERVOS

de

D-ri A. HAGI-PARASCHIV şi ION BAZGAN
Docenţi Universitari
Asistenţi ai Institutului de Istologie
al Fac. de Medicină din Bucureşti

Editura Librariei Jean Leon, Bucureşti, 1939
1 volum de 200 pagini cu 35 figuri şi 3 planşe
în culori — Lei 190.

Această lucrare reprezintă o monografie, a 7-ea, de tecnică istologică, din Colecţia de „Monografii istofiziologice" a Institutului de Istologie din Bucureşti, de sub direcţia D-lui Prof. D-r I. Niculescu.

In Cuvânt înainte, autorii arată că au desvoltat în această lucrare lecţiile făcute în cadrul activităţii didactice a Institutului de Istologie, spre a pune la îndemâna studenţilor şi medicilor un manual de cunoştinţe asupra tecnicei microscopice, cu care să poată face microscopie practică acasă şi în orice medii s-ar afla.

In capitole separate, uşor de găsit de către cercetători, sunt prezentate toate noţiunile relative la:

**Metoda de a examina structura microscopică a ţesuturilor — Fixarea şi fixatorii** (Decalcifierea, Disocierea pieselor) — **Incluzionarea pieselor — Secţionarea pieselor** (microtomul cu ghiaţă, de parafină de celoidină) — **Colorarea şi coloranţii** (Substanţele colorante, modul de preparare a subst. colorante) — **Metodele pentru studii citologice — Technicele de colorare a ţesuturilor** (Technice generale şi metode speciale) — **Metodele istologice pentru studiul sistemului nervos — Metodele pentru evidenţiat microbii pe secţiuni — Păstrarea pieselor macroscopice.**

La sfârşit, un Index al conţinutului — care trimite la elementele menţionate în capitolele sintetice ale materiei tratate.

Totul este expus în mod clar, cu concisiunea şi preciziunea manualelor didactice de tecnică, atât de apreciate de cei cari au nevoe de asemenea indicaţiuni.

Autorii, cari au mai publicat asemenea studii de tecnică microscopică, îndreptată asupra unui anumit ţesut — şi anume, D-l D-r I. Bazgan asupra Nevrogliei şi Microgliei, D-l D-r A. Hagi-Paraschiv asupra Sângelui — prezentate la timp în coloanele revistei, dovedesc o stăpânire desăvârşită asupra materiilor tratate, pentru-că cu adevărat le-au trăit viu.

Manualul acesta va avea succesul cuvenit, pentru-că răspunde în totul scopului urmărit.

*M. C.*

* * *

BCU Cluj / Central University Library Cluj

## INGRIJIREA COPILULUI MIC

de

**D-na D-r IMBODEN-KAISER** (Elveţia)

Traducere în româneşte de D-r EMIL DINESCU şi Farm. OLYMP GEORGESCU — 1 vol. de 84 pag., Tipografia «Lupta» Bucureşti, 1939.

Cea mai bună prezentare a acestei prea folositoare cărţi — care dă sfaturi de cum trebuesc îngrijiţi copiii mici, care explică la fiece pas de ce să dăm aceste sfaturi şi ilustrează cum să le dăm, care arată ce trebue să facă mama şi ce nu trebue să facă — o fac însă-şi rândurile ce autoarea, medică în Elveţia, adresează mamelor, scrisoare pe care o publică în fruntea cărţii, în care expune lapidar Felul de îngrijire a copiilor sugari şi pe care o reproducem integral:

**Iubite mame,**

„A avea copii în timpurile de faţă, când condiţiunile de vieaţă sunt atât de grele, a-i îngriji cu sacrificii şi devotament, să nu vă gândiţi că este pentru voi o împovărare. Să fiţi mame însemnează să luaţi parte la una dintre cele mai mari mulţumiri pământeşti, să îndepliniţi cea dintâi şi cea mai de seamă datorie de conştiinţă faţă de căminul, de familia şi de neamul vostru.

Vă revine, însă, o neţărmurită grijă şi răspundere pentru vieaţa şi sănătatea lor.

Trupul, sufletul şi înclinările spirituale ale copiilor voştri trebuie să înflorească neîntinate, aşa încât, ei să fie pentru voi şi soţii voştri o fericire. Sunteţi, însă, obligate să veghiaţi fără preget şi cu tot devotamentul la îngrijirea şi ocrotirea lor. Să nu vă încredeţi prea mult în pregătirea şi priceperea

voastră, căci se poate să greşiţi. Intotdeauna mai este ceva de învăţat. Acesta este motivul pentru care am alcătuit această cărticică, din care să aflaţi ceea ce nu ştiţi încă sau să vă reamintiţi cunoştinţe mai vechi.

Rudele, prietenele sau vecinele voastre, dintr'o aşa zisă experienţă, sunt gata oricând să vă sfătuiască. Copiii voştri devin astfel subiecte de experienţă în ceea ce priveşte îngrijirea lor. Aşa au căzut victime mii şi mii de vieţi fragede.

Ingrijirea şi în special normele de hrănire ale copiilor sugari sunt date în această carte ca urmare a unor cercetări ştiinţifice şi niciodată n'au dat greş, când au fost aplicate întocmai.

Ţările care s'au interesat de instruirea mamelor în ceea ce privşte creşterea raţională a copiilor, au o mortalitate infantilă simţitor scăzută. Este destul să luaţi seama la cifrele de mai jos, spre a vă convinge că, în ritm cu buna îngrijire a copiilor, mortalitatea a scăzut şi ea. In Elveţia de pildă, din 100 de copii născuţi vii, au murit în primul an de vieaţă:

15 în anul 1888; 11 în anul 1908; 5 în anul 1928.

Să nu credeţi însă, că n'a mai rămas nimic de făcut. Cu excepţiunea: oraşelor mari, a câtorva târguri şi comune rurale model, celelalte aşezări omeneşti au o mare mortalitate infantilă. Deaceea privirea noastră se îndreaptă în primul rând către populaţia dela sate, pe care trebuie să o îndrumăm.

Ar fi de dorit să se acorde o deosebită atenţie şi să fie încurajate acele societăţi a căror preocupare de căpetenie, este scăderea mortalităţii infantile.

Să se dea asistenţă: şi celui mai umil copil şi mamei. Mama, fiinţa mai apropiată de copil, să fie îndrumată şi pătrunsă de îndatoririle şi răspunderile ei de mamă. Lozinca tuturora să fie: **copii sănătoşi la trup şi suflet.**

Aşa dar, făurirea trupurilor şi a sufletelor tari cade în primul rând în grija mamelor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Iubirea de mamă nu se poate descrie. Este ceva sublim ce sălăşluieşte în sufletele voastre. Semănaţi-o cât mai mult, roadele ei nu vor întârzia să vă răsplătească!...

In gând, strâng mâna fiecărei mame, la care ajunge această carte, dorindu-i atât ei cât şi copilaşilor ei, ca Dumnezeu să le hărăzească din plin, bogatele şi binecuvântatele lui daruri".

Cuvântul introductiv la această lucrare „care încheagă atâtea sfaturi naturale şi practice" îl scrie D-l D-r C. Brătescu, specialist în boli de copii.

In Prefaţă traducătorii insistă că în Elveţia mortalitatea a scăzut în 40 ani dela 15% la 5%, rezultat favorabil la care a contribuit în largă măsură propaganda prin broşuri precum aceasta, din care s-au tipărit acolo 130.000 exemplare.

La noi copiii mor dela 20% în sus; — şi continuă să moară; — unica catedră de puericultură, cea dela Facultate de medicină din Bucureşti, s'a desfiinţat prin contopire, pe când catedre de puericultură ar fi trebuit înfiinţate la toate facultăţile de medicină din ţară, refacerea unui popor începând dela leagăn; — noţiunile de puericultură se predau, în subsidiar, studenţilor în câteva lecţiuni poligrafiate; — cei cari profită real nu sunt decât câţiva interni cari trec anual prin dispensare, creşe, leagăne sau Institutele de puericultură scoborîte la rolul de anexe pe lângă catedrele de puericultură.

La miile de medici din ţară, şi la câţi dintre acestea, nu parvin decât broşuri ca cea de faţă, de aceea sunt bine venite şi medicii ar

trebui să le treacă mamelor, recomandându-le la cât mai multe, pe aceasta ca şi pe „Călăuza mamelor" de D-rul M. Brezis, apărută la Cartea Românească în 1936 şi prezentată de noi în No. 11—12/1937 al revistei.

*M. C.*

* * *

## HIGIENA ALIMENTAŢIEI IN DECURSUL VIEŢEI

de

D-r S. DIAMANT

«Tiparul Universitar» Bucureşti, 1939

Un volum de 168 pagini, în care autorul expune în mod documentat, bazându-se pe Raportul stabilit de Comitetul Technic al Organizaţiei de Higienă al Societăţii Naţiunilor relativ la „Bazele fiziologice ale alimentaţiei", noţiunile referitoare la „Higiena alimentaţiei în decursul vieţei".

In PARTEA I se expune **ce mâncăm**, — ca alimente ocrotitoare (albumine, săruri, vitamine); — ca alimente energetice cari sunt hidrocarbonatele, grăsimile; — ca alimente cari transportă (apa şi alte băuturi, celuloza); — ca substanţe nefolositoare şi dăunătoare.

Partea se termină cu noţiunile cari privesc influenţa alimentelor, îmbolnăvirile prin alimente, valoarea alimentelor.

Biblioteca Universitară "Iuliu Haţieganu" / Library Library Cluj

PARTEA II-a arată **ce să mâncăm**, expunând în detaliu diversele criterii în alcătuirea unui regim şi regulele cari dictează alimentaţia în decursul dietei (la adult, gravide, sugar, copil, adolescent, muncitorul manual şi intelectual, sătean, bătrân).

In INTRODUCERE autorul denunţă neştiinţa şi lipsa de mijloace drept cauzele cari pricinuesc la noi anumite boale prin hrănire neîndestulătoare, şi publicând lucrarea de faţă a înţeles a contribui la lupta contra acestor cauze generatoare de suferinţă şi mizerie.

In ANEXE finale se prezintă raportul amintit mai sus de către Secţia de Higienă a Societăţii Naţiunilor, cu 6 tablouri, stabilind raţia alimentară la femeile gravide şi la cele cari alăptează, la copiii dela 0—1 an, dela 1—2 ani, dela 2—3 ani, dela 3—5 ani, dela 5—7 ani şi dela 12—14 ani.

Am apreciat în deosebi capitolul referitor la vitamine, substanţe al căror rol în alimentaţie pe zi ce trece se dovedeşte a fi mai folositor; — la cantităţile acestor vitamine în unităţi internaţionale, în micrograme şi în miligrame la 100 gr. alimente; — la concluziile, la cari s'a unit şi autorul şi cari stabilesc în general că:

„trebue să ne hrănim cu anumite alimente ca să căpătăm vitaminele necesare.

Astfel pentru vitamina A şi $B_2$ va trebui să luăm zilnic lapte, zarzavaturi, ouă şi fructe; — pentru vitamina $B_1$ va trebui să luăm pâine neagră care conţine cea mai mare cantitate; — pentru vitamina C va trebui să consumăm zilnic câteva sute de grame de zarzavaturi, cartofi şi fructe crude; — pentru vitamina D va trebui să ne hrănim cu ouă, lapte, unt, să ne expunem la soare, să luăm untură de peşte; — pentru vitamina E să ne hrănim cu pâine neagră".

In alte tablouri sinoptice se prezintă constituţia chimică şi valoarea energetică în calorii a tuturor alimentelor — ceea ce ajută foarte uşor la stabilirea unui regim.

Se expun şi îmbolnăvirilor prin alimente şi oare-cari măsuri de prevenire la alimentele conservate.

Este o lucrare interesantă, pe care o poate consulta cu folos practic orice intelectual, nu numai medicul.

*M. C.*

* * *

## GÂNDURI SĂNĂTOASE

de

**MIRCEA SUCIU-SIBIANU**

Vol. II. Astra-Braşov, 1938.

O culegere de cugetări cari, pornite dela un fapt întâmplat sau făcute cu privire la o noţiune abstractă, se întorc ca tot atâtea sfaturi sănătoase.

Ele se îndreaptă către individ în parte, având în vedere mulţumirea şi fericirea sa personală; şi către societatea din care face parte, — tinzând spre desăvârşirea trupească şi sufletească a ambilor.

De ordin strict medical, moral sau filosofic, firul conducător al mai tutulor acestor gânduri este de esenţă religioasă şi li se potriveşte mai bine titlul de „Gânduri creştineşti" din care autorul mai făcuse o culegere, apărută în revista „Vestea Domnului" dela Sibiu şi publicată în urmă în ediţie aparte de către I. P. Sf. Mitropolit Nicolae.

Asta înseamnă că sforţările autorului sunt apreciate de către cei mai în drept, între cari prenumărăm pe D-l Prof. N. Iorga care, prezentând publicului lucrarea de faţă, remarcă că autorul ei, care se ocupă de asemenea probleme morale în legătură şi cu viitorul neamului, este un medic, între alţi „scriitori favoriţi ai vremii noastre la cari se constată devieri catastrofale în cugetare".

Am cetit cu deosebit interes cartea aceasta, instructivă şi mai presus de toate reconfortantă; pe îndelete şi din scoarţă până în scoarţă; — ceea ce mi-a dat ocazie de a observa şi nenumăratele greşeli de ortografie şi nu numai de tipografie ce prezintă.

La „Erate" invocă autorul scuza cuprinsă în Molitfelnicul tipărit la Târgovişte în 1713, că „precum este cu neputinţă cerul a se vedea fără nori, aşa şi tiparul fără greşală", şi totuşi este cu putinţă, dar în orice caz, prea este înourat cerul lucrării de faţă, căreia îi scrie prefaţa tocmai D-l Prof. N. Iorga, care nu pregetă a-şi face singur corecturile.

*M. C.*

* * *

BCU Iasi / Central University Library Iasi

## TUBERCULOZA BOALĂ VINDECABILA

de

**D-r A. ŞAIM**

1 vol. de 127 pag., Tipografia «Industrie şi Comerţ» Bucureşti, 1939.

Autorul, medic primar de specialitate, reuneşte în volum o parte din articolele apărute în revistele medicale de popularizare.

In **Introducere** expune ce este tuberculoza;

— **Cap. I** tratează despre factorii hotărîtori ai boalei (microbul, terenul);

— **Cap. II:** Tuberculoza pulmonară (începutul, semnele de început, evoluţia, tuberculoza în diferitele etape ale vieţii, asociaţia cu alte boale);

— **Cap. III** cuprinde Tratamentul cu diferite procedee de tratament general şi local, între cari cură de aer, calciul, aurul, pneumotoraxul artificial, Iacobeus, dif. procedee de chirurgie;

— **Cap. IV** expune Lapte contra tuberculozei pulmonare, armamentul antituberculos, organizaţia antituberculoasă în România, vaccinarea cu B. C. G., depistarea cazurilor latente.

In **Concluziuni** se arată procentele de vindecare prin diferitele procdee de tratament şi se repetă că „tuberculoza pulmonară se vindecă, dar că este mai uşor să ne ferim de ea, decât să o vindecăm".

Prefaţa i-o scrie D-l D-r M. Nasta, care arată că „educaţia" este unul din punctele de căpetenie ale oricărui program de luptă antituberculoasă; — din acest punct de vedere, cartea D-lui D-r Şoim, bun cunoscător al acestor probleme, chemată să răspândească în public cunoştinţele necesare, este bine venită.

*M. C.*

* * *

## STUDIUL VITAMINEI C LA SUGARI ŞI MAME

de

**GABRIEL VASILIU**

„Scrisul Românesc", Craiova, 1939.

Această lucrare, care face obiectul unei teze de doctorat, susţinută la Facultatea de Medicină din Bucureşti, studiază vitamina C la sugari şi mamele lor.

Autorul expune în mod documentat:

**Vitamina C** (istoric, constituţie, metode de sinteză; proprietăţi fizice şi chimice; proprietăţi fiziologice; stare naturală şi distribuţie); — **repartiţia şi dozajul vitaminei C în umori** (metode de dozaj, consideraţiuni asupra valoarei metodelor de dozaj, vitamina C în sânge, urina şi lapte); — **corelaţiunile vitaminei C** (cu glandele endocrine, cu fermenţii, cu vitaminele); — **vitamina C în alimentaţia primei copilării** (placentă, lapte matern, lapte de vacă, după înţărcare); — **stările de deficienţă la sugari;** — **vitamina C la mame.**

Lucrarea poartă asupra a 137 sugari, internaţi în Institutul de puericultură din Bucureşti, de diferite vârste (dela 1 săptămână până la 2 ani), în diferite stări de alimentaţie, perfect normali şi anormali.

Prezenţa şi dozarea vitaminei C, de regulă în urină, s-a făcut prin reacţia Tillmans, urmărindu-se apoi la deficienţi saturarea organismului prin vitamina C din alimentaţie sau administrată artificial.

Numeroase tablouri expun protocolul cercetărilor, purtate simultan pe sugari şi mamele lor.

Datele cercetărilor clinice au fost controlate în câteva cazuri prin proba biologică la cobai.

La sfârşit, între alte concluziuni, autorul arată că:

Vitamina C este indispensabilă desvoltării sugarului, carenţa sau deficienţa ei determinând stări fruste de avitaminoza C; sugarul are nevoe de 6—7,5 mgr. de vitamină C pe kgr. şi pe zi; laptele de femee conţine 1—2,8 mgr. la 100 gr.; regimul femeilor cari alăptează trebue să conţină 80—100 mgr. vitamină C pe zi; —

organismul mamelor internate în azil fiind deficient, are nevoe pentru a fi săturat de 2000—3000 vitamina C, administrată pe gură, doza de întreţinere a săturării fiind în urmă de 50—100 mgr. pe zi; —

sugarii deficienţi au nevoe pentnu a fi săturaţi, de o doză globală de 300—1500 mgr. vitamină C, dată per os sau în injecţii, doza de întreţinere zilnică fiind de 25—100 mgr.; —

bogate în vitamina C sunt fructele şi legumele; în special cartofi, patlagelele roşii, spanacul, morcovii, ridichiile, sfecla, mazărea, merele, căpşunele; legumele să fie date cât mai curând după cules; prepararea culinară să se facă în vase mici, cu pereţi de cupru, legumele să fie numai opărite cu o apă fiartă şi sărată.

© Biblioteca Universitară Iaşi

O bibliografie bogată termină această lucrare interesantă, folositoare pediatrilor, la întocmirea căreia autorul a depus muncă conştiincioasă şi expus vederi personale.

*M. C.*

## DIVERSE — INFORMAŢIUNI

### RAPORT ASUPRA ACTIVITĂŢII INSTITUTULUI DE SERURI ŞI VACCINURI „D-r I. CANTACUZINO" PE ANII 1938—39.

Precum în fiecare an, este expusă în această dare de seamă, activitatea Institutului de sero-vaccinuri „D-r I. Cantacuzino" pe anul 1938—39, *arătându-se în mod detaliat:*

Scopul, compunerea şi activitatea fiecăreia din cele 13 secţiuni cari îl compun; budgetul în curs; compunerea grajdurilor; tablouri de calităţile de sero-vaccinuri eliberate gratuit şi contra cost; activitatea serviciului de publicaţii; noile investiţiuni, achiziţiile de material; bursele de specializare ale personalului; subvenţiile şi schimburile de material cu institutele streine; rezultatele vaccinării antiscarlatinoase cu toxina şi anatoxina Dich şi ale vaccinării cu B. C. G.; activitatea noii secţiuni antirabice, care din toamna anului 1938, a fost trecută dela Institul Babeş; graficele reprezentând cantităţile câtorva seruri mai principale dela 1921 până în Aprilie 1939; în fine lista publicaţiunilor în număr de 89, făcute de membrii şi colaboratorii institutului în cursul acestui an.

Sub direcţia pricepută şi energică a D-lui Profesor Ionescu-Mihăeşti, demnul urmaş al marelui Prof. D-r Cantacuzino, această instituţie *naţională continuă cu acelaş succes rolul higienic sanitar şi didactic* universitar ce a asumat în medicina românească.

*M. C.*

### ASUPRA „BALNEOLOGIEI" ROMÂNEŞTI.

O grupare de articole cuprinsă în revista „Iaşul Medical" Nr. 1—9/1939, constitue un recent studiu, dintre cele mai folositoare pentru medici, asupra balneologiei româneşti, despre numărul ce, revista „Mişcarea Medicală Română" i-a închinat în vara anului 1937.

Colaborează protagoniştii hidrologiei româneşti, D-nii: Prof. Marius Sturza, Prof. C. Mihăilescu, Prof. Gh. Tudoranu, Prof. P. Niculescu, şi mai aduc contribuţiuni preţioase D-nii Prof. I. Atanasiu şi Prof. E. Ţeposu.

„Cuvântul înainte" îl scrie D-l Prof. Gh. Tudoranu, eminentul Director al Institutului de cercetări balneo- şi climato-terapice al Fac. de Medicină din Iaşi şi Director medical al Staţiunei Slănic-Moldova.

Intre altele, D-sa arată că apele medicale românești și turismul românesc trebuesc practicate și favorizate, căci constituesc o bogăție de neprețuit a țării, pe lângă că, oferă calități neprețuite prin virtuțile lor terapeutice și frumusețea locurilor; apele mai sunt bine cunoscute prin neîncetatele studii, ce se fac asupra lor, după imboldul dat de răp. Prof. A. Theohari, părintele balneologiei românești; iar în prezent evenimentele externe și restricțiile valutare interzic frecuentarea stațiunilor străine.

Chiar lipsa de confort începe să fie remediată în câteva mai principale stațiuni.

Un capitol final este închinat **Clinicei termale românești**, în care sunt date în mod clar indicațiile și contraindicațiile apelor destinate boalelor tubului digestiv, hepato-biliare, ale ap. respirator, bolilor de rinichi, de nutriție, reumatismului și complicațiunilor cardio-vasculare, adică ale mai tutulor boalelor organismului uman.

**Hărți balneologice** eloquente și de uz practic, întocmite de D-l D-r Gr. Iamandi, grupează toate stațiunile cu ape similare, după indicațiile lor generale.

*M. C.*

## Chișinăul medical.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

O nouă revistă de ordin științific pe ogorul activității intelectuale românești; — locală, regională; — într'un ținut în care cultura românească se silește să reînvieze trecutul; — pe un teren, cel medical, în care s-a făcut foarte puțin până în prezent, cu tot imperativul categoric al vremurilor și științei.

Sosește încă la timp, chiar dacă cu întârziere, îi salutăm apariția cu toată căldura, pentru-că nu-i bănuim la bază entuziasm trecător și-i vedem ținuta serioasă.

După Vestul Medical, Cernăuții Medical, Sibiul Medical — nu menționăm aci Clujul Medical sau Iașul Medical, care apar într'un centru universitar medical ca și București Medical — Chișinăul Medical își propune a constitui o revistă medicală care să reprezinte în primul rând viața medicală a regiunei respective.

Această mărginire benevolă de orizont le îngădue mai bine a adânci obiectivul propus, grupând și interesând la o cauză comună corpul medical local.

Un program, care să intereseze pe toți, se impune și „Chișinăul Medical" care va apare de 6 ori pe an, în numere de cel puțin 32 pagini fiecare, își propune a cuprinde: memorii originale, fapte clinice, note de medicină practică, o revistă a revistelor și cărților, dări de seamă asupra societăților medicale științifice din ținut, istoric al medicinei, folklor medical, chestionar medical, greșeli de diagnostic, profesionale, diverse, informațiuni, etc.

Intre diverse publică în primul număr „Intrebări și răspunsuri" și „Humor medical".

Nu dă în „Resumés", „Zusammenfassungen" sau pe alte limbi cuprinsul lucrărilor publicate — modestie care denotă un solid bun simț medical și românesc la conducători, fiind dat scopul inițial propus și mijloacele la care trebue să recurgă.

In fruntea acestei publicaţiuni medicale româneşti stă un director, D-l D-r C. Sufleri, care reprezintă cea mai bună garanţie de reuşită.

Cunoaştem pe d-l D-r C. Sufleri, actual inspector general sanitar al Ţinutului Nistru, din anii internatului în care am fost camarazi şi colegi; şi păstrăm cea mai excelentă impresie asupra caracterului său demn şi integru, asupra energiei nedesminţite în nicio ocazie, asupra priceperii D-sale adânci în trebile sanitare cărora s-a consacrat din primii ani ai medicinei, în dauna practicei medicale pentru care avea multă aplicaţie.

In „Cuvântul înainte", ce scrie în fruntea primului număr şi pe care publicăm în întregime, se găseşte o întreagă profesie de credinţă şi întregul program:

„O **revistă medicală în acest Ţinut al ţării** e ceva nou, e un îndemn la muncă şi un nou progres pe terenul ştiinţific şi medico-sanitar.

Zic: e un îndemn la muncă, căci în acest colţ al ţării, fără îndoială se găsesc multe elemente capabile şi studioase, elemente productive, care s'ar manifesta mai uşor, mai cu curaj, dacă ar avea un organ de publicitate mai apropiat, ca să nu zic o revistă a lor proprie.

E un progres pe teren ştiinţific, pentru în arhivele spitalelor sunt multe observaţiuni clinice interesante, care constituesc un vast material util şi preţios, dar totuşi pierdut, dacă nu e adus la cunoştinţa lumii medicale.

E un progres şi pe terenul medico-sanitar, fiindcă sunt o mulţime de chestiuni sanitare şi de medicină socială, specifice acestui Ţinut, care interesează în momentul de faţă în cel mai înalt grad şi care vor găsi o largă desvoltare şi publicitate în această revistă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Prin publicarea revistei **„Chişinăul Medical"** trebue să ne gândim şi la medicul dela ţară, care nu are nici timpul, nici posibilitatea să se ţină la curent cu tot progresul medicinei.

Revista noastră va căuta să îmbrăţişeze toate specialităţile, ţinând pe colegii noştri la curent cu toată activitatea medicală din ţară şi străinătate, iar medicul dela ţară va găsi în ea oglindindu-se simţul medicului practician.

In ceea ce mă priveşte personal, am îmbrăţişat cu multă căldură această iniţiativă inimoasă a câtorva medici, pentrucă a strânge pe profesioniştii ştiinţei şi artei medicale în jurul unui organ de publicitate profesională, care să ţină viu contactul între ei, să menţină şi să întărească spiritul de camaraderie şi colaborare reciprocă, — a fost ţinta mea de totdeauna.

Acestea sunt în linii generale motivele, care ne-au făcut să luăm iniţiativa redactării unei reviste în acest Ţinut al ţării. Suntem pe deplin convinşi, că apariţia ei va umple un gol în **activitatea medicală din Basarabia** şi în felul cum e concepută, va putea răspunde tuturor cerinţelor medicilor.

Compunerea comitetului de redacţie, care are reprezentanţi din toate ramurile medicinei, cuprinzând **elita medicală a Ţinutului Nistru**, e o chezăşie suficientă pentru reuşita revistei noastre.

Acest organ de publicitate, prin chemarea la muncă serioasă şi productivă a tuturor medicilor din Ţinut, sunt sigur că va provoca o adevărată emulaţie a valorilor şi în acelaş timp o selecţiune a lor.

Astfel fiind, sunt sigur de o colaborare cât mai largă a medicilor din Ţinut şi a celorlalţi confraţi, pentru ca revista să trăiască, să înflorească şi să-şi ajungă scopul pentru mulţumirea corpului medical şi promovarea sănătăţii în comunitatea românească".

M. C.

## Principii actuale pentru practica desinfecţiei şi deparazitării

Intr'un studiu de mare valoare practică publicat în Buletinul Biopolitic din Cluj, Nr. 5-6/1939, D-l D-r Titu Turcu dă directive eficace asupra desinfecţiei şi deparazitării.

D-sa arată că măsura şablon a stropirii superficiale cu diferite substanţe iritante sau cu var stins, încă în vigoare azi, trebue socotită ca perimată.

Măsurile sumare prevăzute în Noul regulament pentru profilaxia şi combaterea bolilor infecţioase, publicat în „Monitorul Oficial" Nr. 77/1939 — asupra căruia am atras atenţia într'un număr precedent al revistei, trebuesc şi ele complectate cu cunoştinţe speciale şi adequate fiecărui caz sau obiect în parte.

Desinfecţia terminală, însăşi, la care se recurge cele mai adesea şi care de foarte multe ori nu face decât să răscoleasca germenii infecţioşi, trebue înlocuită cu desinfecţia continuă la patul bolnavului şi asupra mediului şi persoanelor înconjurătoare — ceea ce îngădue încă simplificarea, precum şi eftinirea acestor măsuri tardive.

Asupra principiului desinfecţiei continue a întreprins anchete şi emis concluzii eloquente însu-şi Oficiul internaţional de higienă în anul 1934.

In lucrarea de faţă, autorul trece în revistă **desinfecţia, desodorarea, desinfecţia în practică, deparazitarea în practică, biologia şi combaterea specială a insectelor** mai importante din punct de vedere epidemiologic; — menţionează **toate mijloacele aplicabile**, dând indicaţiuni rezumative pe grupuri de boale, după măsurile prevăzute în punctele 11 şi 12 ale menţionatului Regulament, dar complectându-le cu noţiuni şi indicaţiuni din cele mai folositoare pentru atingerea scopului urmărit; — în **tablouri sinoptice**, eloquente pune sub ochi sumar, clar şi adequat toate **mijloacele medicale pentru desinfecţie şi deparazitare** dupe: infecţiune, mediul extern contaminat cu agentul patogen, materialul infecţios eliminat de bolnavi sau eliminatori sănătoşi orice persoană eliminatoare, obiectele şi efectele utilizate de bolnav şi mediu proxim ambiant, îmbrăcăminte şi aşternut, personalul de contact şi îngrijitor, locuinţa cu tot conţinutul ei, mediul extern, la sfârşit indicând felul desinfecţiei şi valoarea metodelor preconizate.

Este o lucrare extrem de folositoare, care ar trebui scoasă în broşură şi pusă la dispoziţia nu numai a corpului medical, medici şi auxiliari, dar şi a marelui public.

*M. C.*

## Serviciul consultaţiunilor de medicină internă (1930—1938) dela Spitalul „Caritas" şi „Noua Maternitate" din Bucureşti

— COMENTARII, DATE ŞTIINŢIFICE —

Intr'o broşură de 31 pag., D-l D-r S. Iagnov, Doc. la Facultatea de Medicină, fost medic secundar al Spitalelor Eforiei şi medic primar al Spit. „Caritas" şi „Noua Maternitate" din Bucureşti, face o dare de seamă a activităţii Serv. de consultaţiuni a acestor spitale, date statistice pe cari le însoţeşte de comentarii interesante, reflectând opiniunea

sa personală asupra faptelor existente şi putând servi ca îndreptar pentru cele viitoare.

Aşezat într'un cartier cu populaţie evreiască densă, spitalul înfiinţat în 1932, deserveşte în special pe bolnavii săraci ai acesteia; acordă sprijin şi celor de altă religie, a căror majoritate o constitue ţăranii.

Serviciul de consultaţiuni funcţionează într'o singură încăpere, de 6/5 m., în care totuşi autorul a putut înfiinţa un mic laborator, să facă sondajii duodenale în serie, peste 300 sondajii gastrice fracţionate, să întocmească fişe pentru 200 hipertensivi, să dea în total 36.000 consultaţiuni ş. a.

Lucrarea cuprinde interesante reflecţiuni asupra rolului consultaţiilor medicale pe lângă serviciile generale de internare a bolnavilor, asupra desăvârşirii culturii medicale a studenţilor chemaţi să lucreze în aceste servicii de consultaţiuni, asupra desvoltării acestor servicii sub influenţa potenţii medicale a şefului asupra activităţii didactice şi ştiinţifice ce se poate desvolta în ele, ş. a.

Se termină cu tabele statistice lunare şi anuale, după maladiile cronice, după sex şi religie; grafice asupra frequenţei grupurilor de boale şi asupra procentuajului maladiilor acute; asupra bolnavilor spitalizaţi prin serviciul consultaţiunilor. făcându-se dovada de cât de mulţi bolnavi se pot trata ambulatoriu în comparaţie cu cei cari trebuesc neapărat internaţi; asupra felului examenelor de laborator; asupra lucrărilor ştiinţifice eşite din acest serviciu (în număr de 13, dintre cari 4 au fost publicate în revista aceasta); asupra tezelor făcute (în număr de 6); asupra lecţiunilor didactice ţinute elevilor; asupra personalului medical (doctori în număr de 14, studenţi în număr de 28), cari au frequentat serviciul.

Nu avem decât cuvinte de laudă pentru asemenea activitate.

Lucrarea confirmă propriile noastre păreri asupra rolului Serviciilor de consultaţiuni medicale şi chirurgicale; ele trebue să primeze în organizaţiile noastre spitaliceşti, Serviciile de internare devenind simplele lor anexe.

Azi, lucrurile se petrec invers, mai cu seamă la Spitalele din provincie, unde Servicii autonome de consultaţiuni gratuite aproape nu există, mai toate consultaţiile dându-se în sala de consultaţii de acasă a medicilor, când această sală n-a fost transportată chiar la spital.

*M. C.*

## Activitatea Serv. de Dermatologie şi Sifiligrafie din Spit. Militar „Regina Elisabeta"

### 1934—1938

D-l Medic Maior D-r S. Longhin, medic şef şi Medic Locot. D-r T. Bucşa, medic secundar, ai serviciului de dermatologie şi sifiligrafie din Spitalul Militar „Regina Elisabeta" din Bucureşti, expun într'o dare de seamă publicată în „Revista Sanitară Militară" Nr. 7/1939, activitatea acestui serviciu în decurs de 5 ani, dela 1934—1938.

Se expune pe rând: organizarea, metodele de lucru, rezultatele obţinute; metodele de tratament practic întrebuinţate, părerile personale şi lucrările originale efectuate.

Le prezentăm sumar:

Ca **organizare**: Serviciu de 91 paturi; laborator de bacteriologie, micologie şi anatomie patologică; secţie de fizioterapie; personal medical, un medic şef (D-l D-r Longhin), 2 medici secundari; 7 personal auxiliar şi de serviciu.

Ca **mişcare a bolnavilor:** dela 1 Ian. 1934 până la 31 Dec. 1938, au fost internaţi şi trataţi 6866 bolnavi, între cari ca, dintre cele mai frequente găsim la dermatoze parazitare: scabie 1013, favus 797, trichofitre 85; — dermatoze datorite protozoarelor: sifilis primar 187, sifilis secundar 1861, sifilis terţiar 96; — dermatoze microbiene: tuberculoză cutanată 78, tbc. ganglionară 70, tbc. atipice 70, streptococii 324, piodermite 453; — dermatoze prin virusuri filtrabile: Nicolas-Favre 278; — dermatoze artificiale: 28 eritrodermii arseno-benzolice; — eczeme 148; — ulcere cronice ale gambei 38; — pelagră 16; — ichtioză 95; — tumori şi naevi 16; — epiteliome 19; — ca boale ale anexelor pielei: acnee 34, peladă 54; — ca dermatoze neclasate: eritem polimorf 65, lichen plan 16, psoriazis 167.

Ca **Activitate a laboratorului:** examene citobacteriologice 3000, examene microscopice pentru micoze 1230, Frey 1070, ultramicroscopice 710, însemânţări de micoze 480, hemograme 340, biopsii 213, ş. a.; — **preparări de antigene şi vaccinuri:** fiole de endotoxină B. C. G. 4050, de antigen Frey 2760, de histamină 2900, de substanţa P a lui Oriel 2000, de autovaccinuri 1875, ş. a.

Ca **Activitate a secţiei de fizioterapie:** aplicaţii de raze superficiale 2376, aplicaţii de rază ultraviolete 4665, electrocoagulări 940, electrolize 30.

**Activitatea ştiinţifică** cuprinde 2 teze de doctorat; 49 articole originale, comunicări, prezentări de bolnavi.

Menţionăm între cercetările originale:

încercările de diagnostic, prin practicarea de intradermoreacţii, şi de tratament în trichofiţiile supurate, datorite trichofiton-ului asteroides, cu o substanţă biologică specifică; —

tratamentul cu endotoxină bacilară în forma ulceroasă a tuberculozei cutanate; —

identificarea unei noi afecţiuni cu aspect humoral, datorite streptococului, granulomul streptococic al limbei; —

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

precizarea modificărilor sanguine în diferitele stadii ale boalei Nicolas-Favre, cu deducţiuni de ordin prognostic, controlul biologic fiind făcut prin practicarea formol-gelreacţia şi dozarea proteinelor; —

controlul biologic practicat de autori al valorei vaccinoterapiei specifice introduse de d-l Prof. Ionescu—Mihăeşti şi elevii săi în limfogranulomatoză; —

introducerea de către D-l Prof. Ionescu—Mihaeşti şi colaboratori, între cari D-l D-r Longhin, al unei a doua metode biologice de tratament specific în limfogranulomatoză, anume seroterapia antilimfogranulomatoasă; —

cercetări de a lămuri prin intradermoreacţii natura accidentelor eruptive în trat. arsenical al sifilisului; —

practicarea epidermoreacţiei în dermatozele artificiale datorite tincturilor capilare; —

încercări de desensibilizare nespecifică prin histamină, împreună cu D-l D-r I. Marcu, după concepţia acestui autor că stările alergice se pot influenţa prin creşterea puterii histaminolitice; —

degajarea unei forme noi de prurigo, forma nodulară, datorată unei anemii grave, vindecate prin tratament cu extracte hepatice; —

cercetări asupra originei psoriazisului, stabilind precis, prin intradermoreacţii cu endotoxina B. C. G., conform concepţiei lui Poncet şi Sobouraud, natura tuberculoasă a acestei afecţiuni, cel puţin în unele cazuri şi influenţarea favorabilă a afecţiunei prin tratamentul cu endotoxina B. C. G; —

instituirea unei noi metode de tratament, prin piretoterapie, în ulcerele cronice ale gambei.

Mai semnalăm expunerile clare şi precise ale metodelor întrebuinţate de tratament, la grupele respective de afecţiuni.

Rezultă din această frumoasă activitate, de ordin practic şi ştiinţific, care merită a fi semnalată în modul cel mai elogios, prin adaptarea la o dermatologie biologică, o orientare precisă spre dermatologia fiziologică, pe care a pus-o la punct în Nr. 3-4 şi 7-8/939, ale revistei D-l Prof. S. Nicolau, despre care a ţinut de curând o conferinţă la Bucureşti D-l Prof. Pautrier din Strassbourg, şi care constitue dermatologia viitorului.

*M. C.*

## Mişcarea bolnavilor în spit. Aşezămintelor Sft. Spiridon din Iaşi pe decada 1925—1935

Intr'o broşură, publicată în Iaşul Medical din 1937, D-nii D-ri Gr. Gr. Iamandi şi Ştefăniu, medici ai Triajului şi Serviciului primirii bolnavilor şi Gh. Băileanu, director al Asistenţii Sociale din Epitropia Spit. Spiridon, expun mişcarea bolnavilor din instituţiile acestor aşezăminte, pe anii 1925—1935:

Au fost consultaţi peste 250.000 suferinzi, dintre cari 90% în mod gratuit, la majoritate dându-se şi medicamente gratuite.

Dintre aceşti consultaţi 142.000 au fost şi internaţi; 117.000 dintre ei în mod complect gratuit, din rest mulţi bucurându-se de reduceri la taxele de internare.

6 grafice ilustrează eloquent aceste date; global şi detaliat — după internarea pe clase, pe sexe, pe serviciile generale.

Această intensă activitate s'a făcut cu toate că veniturile aşezămintelor au scăzut dela 3.750.000 lei aur (adică, la cursul de azi, 220.000.000) în 1914—1915, la 74.742.790 lei (adică 1.170.000 lei aur) în budgetul din 1936; deci o reducere de 2/3 din budgetul normal; venituri actuale cu cari Epitropia întreţine 1250 paturi zilnice (800 în Iaşi), pe lângă orfelinate, crescătorii de copii, azile, biserici, orfani; — 18.000.000 cheltueşte Epitropia numai cu întreţinerea clinicelor; Ministerul de Instrucţie, care îşi luase obligaţia întreţinerii integrale, contribuind numai cu lei 6,50 în loc de lei 132 cât costă un bolnav dintr'o clinică pe zi.

In această decadă, Epitropia a realizat îmbunătăţiri mari, dublând capacitatea de ospitalizare a instituţiunilor sale, creând servicii noi, înmulţind numărul de paturi al altora, făcând rezerve, sanatorii pe clase.

Autorii denunţă vitregia cu care a fost tratată această mare instituţie de binefacere a Moldovei.

*M. C.*

## Activitatea Serviciului de Malarioterapie dela Spit. de boli mintale şi nervoase din Bucureşti

Serviciul de Malarioterapie al Spitalului Central de boli mintale din Bucureşti constitue unul din serviciile spitaliceşti de mare importanţă, atât pentru rostul lui medical ca şi pentru activitatea sa socială.

Direcţia ştiinţifică a lucrărilor de malarie a fost încredinţată D-lui

Prof. M. Ciucă, unul din cei mai mari malariologi ai ştiinţei medicale contimporane, iar conducerea serviciului D-lui D-r Gh. Badenschi, elev şi şef de secţie al Institutului „I. Cantacuzino" şi medic primar de psihiatrie.

Activitatea desfăşurată în acest serviciu dela înfiinţare (15.VIII.1935) consemnată într'un articol din „România Medicală" No. 8/1939 merită să fie cunoscută pentru valoarea şi întinderea ei Medico-Socială. Metode de lucru: Se întrebuinţează, sub controlul direct şi permanent al serviciului de malarioterapie patru tulpini de plusmodium (3 specii de paraziţi umani şi o specie simiană) şi anume:

1. O tulpină de Pl. Vivax de origine românească. T. B. Apostol.
2. O tulpină de Pl. Malarie provenind din din spitalul din Horton (Anglia) de origine italiană.
3. O tulpină de Pl. ovale cu 4 specii bine determinate.
4. O specia simiană — Pl. Knowlesi — care numără azi la Serv. de Malarioterapie 120 treceri pe om. Bolnavii supuşi malarioterapiei, după ce s'a precizat necesitatea tratamentului, sunt cercetaţi cât mai amănunţit. Se evită inocularea la cachectici sau la cei cu lesiuni de tuberculoză pulmonară.

Inocularea se face, după ce s'a făcut un examen prealabil al sângelui pentru a evita o reinoculare la purtători latenţi.

Calea de inoculare este cel mai adesea cea intravenoasă pentru a scurta durata perioadei de incubaţie.

Observaţia bolnavului inoculat este efectuată paralel de către personalul serviciului căruia aparţine bolnavul şi de către serviciul de malarioterapie. Temperatura este urmărită din 4 în 4 ore iar în laboratorul serviciului de practică zilnic, pentru fiecare bolnav impaludat, un examen de sânge în picătură groasă.

Atunci când cifra parazitismului este foarte ridicată, când tratamentul a avut o durată suficientă sau când starea bolnavului impune se trece la tratamentul antipaludic.

Ca medicamente schizonticide se administrează, fie chinina, câte 1 gr. timp de 7 zile, fie atebrina 0,30 gr. pe zi pe o perioadă de timp egală.

Tratamentul schizontocid este complectat, la nevoe, cu un tratament gametocid. In acest scop se dă Plasmochinul la bolnavii cari nu prezintă nici o leziune hepatică sau sanguină şi la 5 zile după tratamentul schizontocid.

Plasmochinul este administrat timp de 5 zile, în doză de 2 centigr. pe zi.

Tratamentul anti sifilitic este făcut după terminarea celui antipaludic şi uneori concomitent cu acesta.

Activitatea serviciului: Au fost făcute 998 de inoculări; s'au executat 59.670 examene de sânge pentru plasmodin, 299 examene de urini, 140 determinări de grupe sanguine, 650 reacţii de floculare.

Au fost trataţi 283 bolnavi.

Dintr'un tablou de statistici comparative, reese că cifrele serviciului de malarioterapie sunt în aceeaşi proporţie în ceace priveşte vindecările şi remisiunile, cu clinicile similare din Hamburg şi Berlin, iar cifra ameliorărilor este superioară celor obţinute în clinicele din Wiena, Munchen şi Berlin.

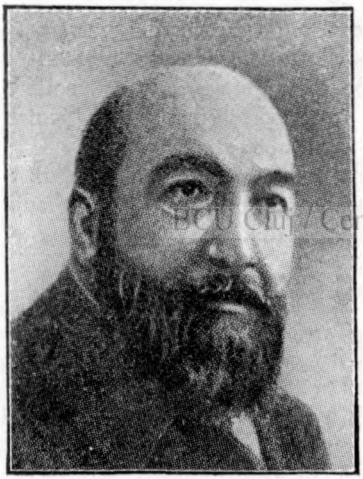
Rezultatele serviciului de malarioterapie, organizarea sa, lucrările ştiinţifice publicate în timpul dela înfiinţare până azi, dovedesc calităţile deosebite ale conducătorului, medic primar D-r Badenschi, şi ale şcoalei unde s'a format.

*M. C.*

## PROFESORUL D-r ALEX. SLĂTINEANU

1873—1939

Născut în ziua de 5 Ianuarie 1873, decedat în noaptea de 26 Noembrie 1939, Doctorul **Alexandru Slătineanu**, Profesor la Catedra de Bacteriologie a Facultăţii de Medicină din Iaşi, a fost o personalitate puternică, care în vieaţă a săpat urme şi după moarte lasă un nume.



Inteligenţă superioară, suflet generos, inimă caldă, original şi spiritual, poseda o minte ageră graţie căreia, în ştiinţele medicale cărora se dedicase, şi-a însuşit o disciplină severă şi a făcut numeroase şi frumoase lucrări.

Şef de lucrări la Catedra de medicină experimentală a Facultăţii de medicină din Bucureşti, şi din 1912 Profesor de bacteriologie la Iaşi, format la Institutul Pasteur din Paris şi desăvârşit la Şcoala Prof. Cantacuzino, căruia i-a fost cel mai apropiat şi asiduu colaborator, Profesorul Slătineanu a lăsat — a spus D-l Profesor S. Nicolau, succesorul său la catedră — peste 150 lucrări de seamă în care sunt condensate o sumă de noţiuni noui cu care s'a îmbogăţit bacteriologia; el a arătat cel dintâi alteraţiile morfologice caracteristice ale sângelui în tifosul exantematic; graţie lucrărilor lui ştim că serul leproşilor prezintă o reacţie Bordet-Wasserman pozitivă; el a demonstrat că vaccinaţiile anti-microbiene nu deslănţuesc faza negativă ce înspăimântă pe igienişti obligaţi să ia măsuri profilactice în mediu epidemic; studiul lui asupra baccilului lui Pfeiffer este azi clasic, citat în toate tratatele importante de bacteriologie, experienţele, ce a făcut cu Danielopolu în anafilaxia cerebrală, sunt cunoscute în lumea întreagă, iar ultimele sale lucrări de biochimie sunt mult apreciate de toţi cei pe cari îi interesează aceste probleme complexe.

Ne mărginim pentru moment la această scurtă prezentare a operei sale făcută de cel mai autorizat în materie, atrăgând atenţia asupra lucrărilor de ultimă oră, asupra pelagrei.

Priceperea sa adâncă în combaterea boalelor molipsitoare, care îi dicta fără şovăeli şi nici improvizaţie măsurile cele mai urgente şi mai practice, l-a ajutat a lupta cu succes în contra epidemiei de choleră în 1913 şi de tifus exantematic în 1917, alături de Prof. Cantacuzino, a cărui mână dreaptă a fost în tot decursul Directoratului Sănătăţii Publice dela Iaşi din timpul răsboiului.

Printr'o aplicare firească spre frumos, Prof. Slătineanu ajunsese un cunoscător adânc, erudit chiar, al operelor de artă din muzele mai reputate ale Europei.

Fire generoasă, nu putuse să nu sufere influenţa mişcării socialiste de pe vremuri şi îşi îndreptase atenţia spre colectivitatea românească dela sate, spre ţăranul care reprezintă 80% din populaţie şi constitue talpa ţării, talpă roasă de boli şi nevoi, care se sbate în sărăcie şi ignoranţă.

Cu asemenea sentimente a condus de fapt, plasa sanitară „Model" dela Tomeşti din judeţul Iaşi, obţinând rezultatele strălucite cari trebuiau să fie isvor de inspiraţie şi să stea la baza ofensivei sanitare deslănţuite anul trecut.

Cu o competinţă desăvârşită a atacat la urmă studiul etiologic al pelagrei într'o serie de lucrări, parte publicate în această revistă.

In „Insemnări eşene" a desbătut pe toate feţele „Starea reală a ţăranului român", problemă românească de importanţă capitală pentru viitorul neamului, la deslegarea căreia a contribuit efectiv.

Inafară de activitatea ştiinţifică, Prof. Slătineanu a desvoltat o remarcabilă activitate publicistică, desfăşurată în revistele eşene, Vieaţa românească şi Insemnări eşene; sinceritatea desăvârşită şi stilul viu şi muşcător o caracterizează.

In anul 1938, prin limită de vârstă, s-a retras din învăţământul universitar.

Şedinţa festivă, organizată la Institutul D-r Cantacuzino, pentru a i se înmâna o medalie comemorativă, n-a putut avea loc din cauza unei grele boale care îl ţintuia la pat de luni de zile şi remiterea s-a făcut acolo, la Iaşi, de către D-l Prof. Ionescu-Mihăeşti, organizatorul solemnităţii şi cel mai autorizat reprezentant al celor cari au stat tot timpul cu sufletul în preajma Prof. Slătineanu.

Urările emoţionante de sănătate, făcute la lecţia sa inaugurală din 18 Noembrie a. c., de către D-l Prof. S. Nicolau, elevul, fiul sufletesc şi demnul său succesor la catedra ce a ilustrat, în timpul de 25 ani; precum şi un frumos articol omagial, scris în vederea comemorării jubiliare de D-l Prof. P. Tomescu, care caracterizează de minune personalitatea sa polivalentă şi inteligenţa fosforescentă — sunt de menţionat printre mărturiile de iubire şi preţuire ce i s'au adus în vieaţă, în ultimul timp.

Şi, dacă vreţi, şi o scurtă vizită pe care scriitorul acestor rânduri i-a făcut-o cu puţin timp înainte, în locuinţa sa dela Iaşi, şi al cărei pretext invocat nu l-a înşelat, ci cu atât mai mult l-a mişcat.

In numele acestei reviste, pe care a onorat-o cu colaborarea sa activă, aduc un pios omagiu de admiraţie şi afecţiune celui care a fost Profesorul Alexandru Slătineanu.

M. CÂNCIULESCU