ANUL XII-lea, No. 11—12 NOEMBRIE-DECEMBRIE 1939

# MIȘCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ

REVISTĂ LUNARĂ DE MEDICINĂ GENERALĂ

## SUMARUL

Pag.

† Prof. D-r ALEX. SLĂTINEANU — NECROLOG . . . I

*Cronica medicală* . . . . . 593

LUCRĂRI ORIGINALE

Prof. D-r I. BĂLTEANU, D-ra M. SIBI și D-na D-r AGAPIE-BALDOVIN: RECLORURAREA IN INTOXICATIILE MERCURIALE . . . . . 601

I. GLĂVAN: RAPORTUL DINTRE TUBERCULOZA SI KERATO-CONJUNCTIVITA FLICTENULARA . . . . . 612

S. IRIMESCU: FOLOASELE DIAGNOSTICULUI TIMPURIU AL TUBERCULOZEI PENTRU COMBATEREA BOALEI . . . . . 616

GR. GR. IAMANDI și D-r veterinar M. TECLU: DATE EPIDEMIOLOGICE ASUPRA UNUI FOCAR DE ANKYLOSTOMIAZA CANINA DIN STEPA BALTILOR . . 633

I. LEONIDA: ESTE PELAGRA O BOALA DE CARENTA SAU O BOALA CONSTITUTIONALA? CONSIDERATIUNI ASUPRA TRATAMENTULUI PELAGREI CU HISTIDINA, ACID NICOTINIC, ETC. . . . . 635

EUGEN PACU: TRATAMENTUL TURBURARILOR CIRCULATORII ARTERIALE ALE MEMBRELOR INFERIOARE . . . . . 644

N. PETROV: LES SPORES D'UNE GREGARINE DANS LE LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN DES MALADES DE THYPHUS EXANTHÉMATIQUE . . . . . 655

Conf. D-r ALFRED RUSESCU și TRAIAN FELDIOREANU: DESPRE CONVULSIUNILE INFANTILE, IN LEGATURA CU 3 CAZURI DE CONVULSIUNI CU FEBRA, CA PRIM SIMPTOM AL UNEI NEFRITE . . . . . 659

CAZURI CLINICE

V. DRĂGOESCU și ANTON DOBRESCU: DERMITA LIVEDOIDA NICOLAU SI GANGRENA GLANDULUI IN URMA UNEI INJECTIUNI DE BISMUT . . . . . 671

M. ENĂCHESCU și D. BERLIC: AZOTEMIE PRIN HIPOCHLOREMIE . . 674

A. UNGUREANU: CHIST RADICULO-DENTAR AL MAXILARULUI SUPERIOR DREPT OPERAT—VINDECAT . . . . . 676

I. ZWILLINGER: UN CAZ DE PHLEBITA ALBASTRA . . . . . 679

*(Urmare pag. 2 cop.)*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

55,242. SCRISUL ROMÂNESC, CRAIOVA

Pag.

ACTUALITĂŢI MEDICALE

**Certificatele medicale...** pag. 687. — **Explorare vago-simpatică...** pag. 688. — **Megacolonul...** pag. 690. — **Piciorul de tranşee...** pag. 690. — **Sgomotul de pendulă desechilibrată...** pag. 691. — **Sulfamidoterapia...** pag. 692. — **Stările de greaţă...** pag. 694. — **Desvoltarea sânilor...** pag. 694.

CONGRESE

PETRE TOPA: Al X-lea **Congres Naţional de Chirurgie.** — Bucureşti, 5—7 Noembrie 1939 . . . . . 695

ORGANIZAŢIE MED. şi SANITARA

**Ante Proect de Lege pentru Organizarea Colegiului Medicilor** . 701
**Noua Lege pentru Organizarea M-terului Sănătăţii şi Ocrot. Sociale** 709

CARŢI — MONOGRAFII — TEZE

I. CLAUDIAN: **Alimentaţia poporului român.** — Fundaţia Regele Carol II", Bucureşti, 1939. . . . . 593

GR. BENETATO: **Problema alimentaţiei pentru individ şi colectivitate.** — Tip. „Cartea Românească", Cluj, 1939. . . . . 595

A. ROŞCA: **Igiena mintală şcolară.** — Edit. Inst. de psichologie, Cluj, 1939. . . . . 597

HAŢIEGANU-GOIA: **Tratat elementar de semiologie şi patologie medicală.** — Vol. III, Cluj, Cartea Românească, 1939. . . . . 711

G. BANU: **L'Hygiène de la race.** — Imprimeria Naţională, Bucureşti — Masson, Paris, 1939. . . . . 713

I. PAVEL et A. PAUNESCO-PODEANO: **Affections non ulcéreuses du duodénum.** — Masson, Paris, 1939. . . . . 715

A. CÂRSTEA: **Afecţiunile intestinului gros.** — In „Biblioteca de Medicină şi Chirurgie" Vol. I, Bucureşti 1939. . . . . 716

A. VOINA: **Igiena şi Estetica părului.** — Editura „Cugetarea" Bucureşti 1939. . . . . 719

Rec. de: *M. Cânciulescu*

DIVERSE — INFORMAŢIUNI *244*

II

Din „SUMARUL" No. viitoare . . . . . *198*
TABLA SPECIALITAŢILOR FARMACEUTICE . . . . . *199*
REVISTA PRESEI MEDICALE ROMANE — ANALIZE . . . . . *200*
LUCRĂRI PRIMITE LA REDACŢIE . . . . . *201*

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

**ABONAMENTUL**
pt. Medici . . . . 250 lei
pt. Instituţii . . 500 „
1 Număr . . . . . 50 „

# CRONICA DE MEDICINĂ SOCIALĂ

Tot ceea ce interesează sănătatea trupească şi sufletească a individului, formează ipso facto şi obiectul medicinei sociale, societatea nereprezentând decât o colectivitate de indivizi.

## ALIMENTAŢIA POPORULUI ROMÂN

Sănătatea trupească a unui individ şi implicit a colectivităţii din care face parte, este condiţionată de mulţi factori; dar la baza acestora stă alimentaţia.

Alimentaţia este dealtfel condiţia esenţială a desvoltării speciei umane, a însăşi vieţii.

Medicina socială, în special Igiena socială, îi va acorda o atenţie specială.

Acestei chestiuni atât de importante au consacrat la noi câte o lucrare de mare valoare D-nii D-r Ion Claudian, Asistent la Facultatea de Medicină din Bucureşti, care a publicat în „Biblioteca enciclopedică", editată de Fundaţia pentru literatură şi artă „Regele Carol II", cartea intitulată ALIMENTAŢIA POPORULUI ROMÂN — **In cadrul Antropogeografiei şi Istoriei economice**; şi D-l D-r Grigore Benetato, Profesor la Facultatea de Medicină din Cluj, care a publicat în cadrul „Asociaţiei pentru literatura română şi cultura poporului român", sub auspiciile Secţiei medicale a Soc. „Astra", cartea intitulată PROBLEMA ALIMENTAŢIEI PENTRU INDIVID ŞI COLECTIVITATE — **Cunoştinţele actuale asupra alimentaţiei. Starea de nutriţie şi alimentaţia ţăranului şi a muncitorului industrial din Ardeal.**

Am menţionat lucrările în ordinea orizontului ce scrutează, şi a soluţiilor generice ce propun.

In ALIMENTAŢIA POPORULUI ROMÂN, d-l D-r Ion Claudian, în **Prefaţă**, arată că hrana păturii ţărăneşti prezintă caracterele de a fi o hrană monotonă, de tip predominant vegetarian; şi de a fi o hrană lipsită de obiceiul panificaţiei, având ca bază porumbul.

Aceste caractere ţin de obiceiuri alimentare arhaice, dictate de factori antropogeografici locali; şi de o stare de subnutriţie, condiţionată de factori economici şi sociale, de altfel comuni popoarelor din răsăritul Europei.

In INTRODUCERE, face **Studiul alimentaţiei în general,** bazându-l pe noţiunile noi ale geografiei alimentare şi ale istoriei alimentare, adică ţinând seamă de punctul de vedere static, de zone sau regiuni şi de punctul de vedere dinamic, de etape sau faze evolutive.

In CAP. I studiază: 1) **Alimentaţia poporului român în cadrul antropogeografiei,** ţinând seamă de climă, de geografia botanică cu zonele de vegetaţie spontană şi de agro-geografia cu zonele de cultură, de distribuţia animalelor domestice, de zonele de alimentaţie.

In substanţă, autorul arată că ţara noastră este aşezată la o „răspântie climatică" care a făcut-o să sufere 2 influenţe: o influenţă continentală care predomină în partea de răsărit a ţării, şi o influenţă central-europeană care predomină în partea de apus a ţării; în plus, o influenţă mediteraneană a pătruns până la sudul ţării, şi o influenţă baltică în nordul ţării.

Această răspântie de influenţe climatice diferite conferă climatului ţării noastre un caracter de tranziţie al unei zone de hotar, care o face să cultive viţa de vie, în loc de a practica uzul băuturilor fermentate din cereale, ca oamenii din nord; să se folosească iarna de produsele laptelui şi de fructe conservate, în loc de ferturi acide din plante conservate; să folosească grăsimea animalelor domestice şi a laptelui, în loc de grăsimile vegetale ale maslinului care nu creşte la noi; să se hrănească exclusiv cu mei, din care să prepare fiertura numită păsat, coleaşă, mămăligă, mălai sau turtă; — 2) **Alimentaţia şi genul de vieaţă;** poporul român a început a fi un popor de păstori, care a practicat agricultura în mod lăturalnic; de aci, abundenţa laptelui; practicarea culturii uşoare şi abundente a meiului; modul simplu al preparării mâncărilor de cereale prin fierturi şi galete; vegetarianismul; cruţarea animalelor domestice pe cari le mâncau numai la nevoe.

In CAP. II studiază: 1) **Evoluţia alimentaţiei omeneşti sub influenţa factorilor politici, economici şi sociali,** arătând cum evoluează împreună etapele de civilizaţie cu etapele alimentare, cum alimentaţia variază la clasele sociale; — 2) **Alimentaţia poporului român în cursul evoluţiei istorice,** arătând că, în epoca economiei naturale, locuitorii produceau numai ce consumau şi permitea climatul regional al ţării şi vieaţa pastorală cu agricultura lăturalnică; — în epoca feudalismului agrar, sub influenţa creşterii populaţiei s'a trecut la o agricultură mai întinsă, locuitorii începând a se lega de pământ în mod liber sau prin aservire la alţii, cultivând grâul pentru stăpânire, iar ei mâncând tot mei; — în timpul foametei, pentru hrana de foamete, recurgeau la coji de copaci, coceni de porumb şi fierturi de burueni; — în epoca introducerii porumbului în sec. XVIII, au adoptat porumbul în locul meiului, şi cartoful unde nu creştea porumbul; — în epoca neofeodalismului agrar, în secolul XIX, când cu emanciparea muncitorilor de pământ şi cu împroprietărirea şi-a făcut apariţia era capitalistă, ţăranul a devenit tributarul oraşelor şi şomer iarna, clasa ţărănească a sărăcit, hrana a devenit regresivă lipsită de proteinele animale şi redusă exclusiv la consumare de porumb, şi pelagra şi-a făcut apariţia; — însfârşit în structura economică actuală în care s'au fixat tipuri de alimentaţie regională în Ardeal, Basarabia, Dobrogea, vechiul Regat, condiţionate de agricultura ce se face, de întinderea păşunilor şi fâneţelor, de creşterea vacilor de lapte, de derivaţia spre întreprinderile industriale, de gradul de valorificare al produselor agricole, de căile de comunicaţie.

A eşit că în unele regiuni extensiunea culturii porumbului, împuţinarea păşunilor cu scăderea viţelor, desimea populaţiei, sărăcia prin lipsa de valorificare a produselor, alcoolismul — au favorizat pelagra „a cărei zonă se suprapune fidel peste zona lipsită de păşuni şi săracă în vaci de lapte".

Marea reformă agrară n-a remediat situaţia, căci lotul de pământ nu reuşeşte să hrănescă o familie numeroasă fără munca braţelor; scăderea progresivă a preţului cerealelor cu creşterea celorlalte articole de oraş a mărit sărăcia şi, ca să-şi echilibreze bugetul, ţăranul reduce alimentaţia care cere 60—75% din toată munca lui, cu restul trebuind să facă faţă la toate celelalte cheltueli de îmbrăcăminte, biruri, boala ş. a.; mai mult, ca să facă faţă la nevoi, îşi vinde vitele şi continuă să mănânce numai porumb.

Acest desechilibru calitativ este cauza pelagrei; porumbul consumat în exces ca să asigure caloriile necesare, este sărac în lipide şi în protide, iar proteinele animale de carne şi lapte lipsesc din alimentaţie.

Proletariat agricol, o alimentaţie „de foamete" cu caractere străvechi şi regresivă — sunt constatările de fapt cari dictează remediile.

Pentru remediarea acestei subnutriţii colective a clasei ţărăneşti, autorul emite aceste idei conducătoare:

soluţiunile definitive nu pot fi decât de ordin economic; ţăranul este lipsit de lapte şi carne, carenţă legată de micşorarea păşunilor şi a fâneţelor cultivate; —

schimbarea vechilor obiceiuri alimentare, prin propagandă, educaţia gospodărească, etc., nu se poate obţine fără combaterea sărăciei care condiţionează şi analfabetismul, alcoolismul, lipsa de igienă; budgetul redus al ţăranului nu va putea suporta nici brutăriile subvenţionate, cooperative de consum, cantinele şcolare sau procurarea de articole alimentare pe preţ oricât de redus; —

înlocuirea mămăligei cu pâine este o imposibilitate economică; încă, pelagra va da înapoi, dar subnutriţia ţărănească va persista; —

o politică economică eficace de valorificare a produselor agricole (prin cooperaţie, ş. a.), şi măsuri directe cari să permită fiecărei gospodării ţărăneşti să crească vite de lapte şi porci, sunt măsuri de urgenţă, cari vor putea ridica mai grabnic standardul de vieaţă al ţăranului.

Aceste deducţiuni logice, trase din constatările cauzale de ordin geografic şi istoric făcute, măresc valoarea excepţională a acestei lucrări şi îi conferă un caracter de ordin constructiv practic.

## PROBLEMA ALIMENTAŢIEI PENTRU INDIVID ŞI COLECTIVITATE

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Problema alimentaţiei pentru individ şi colectivitatea românească o atacă în mod deosebit D-l Prof. Benetato dela Cluj.

După ce în PREFAŢA, ce-i scrie, D-l Prof. I. Haţieganu constată competinţa consacrată a autorului, şi caracterul de problemă naţională al alimentaţiei, azi pentru toate ţările, dar la noi de chestiune „a fi or a nu fi" şi subliniază nevoia soluţionării urgente a acestei probleme de către stat — adaugă că lucrarea de faţă constitue primul studiu făcut în mod ştiinţific al alimentaţiei la noi în mediul rural şi orăşenesc, precum şi că prin el autorul s'a încadrat în noua concepţie universitară care leagă ştiinţa de necesităţile poporului.

In PARTEA I-a a lucrării, autorul expune **Cunoştinţele actuale asupra alimentaţiei**, după ultimele date ale ştiinţei, întinzându-se amplu asupra studiului vitaminelor şi al fenomenelor de carenţă avitaminozică, precum şi asupra compunerii regimului alimentar în general şi regimului alimentar adequat.

In PARTEA II-a, se expun:

In CAP. I — **Metodele pentru cercetarea alimentaţiei şi stării de nutriţie a colectivităţilor;** —

în Cap. II — **Scopul cercetărilor şi metoda întrebuinţată.** Scopul a fost să studieze alimentaţia ţăranului şi a muncitorului industrial din Ardeal, în diferite regiuni şi în diferite condiţiuni de vieaţă; – pentru aceasta au ales comuna Ineu cu producţie agricolă multilaterală, stare economică bună şi căi de comunicaţie largi; comuna Măguri cu producţie agricolă minimală şi venituri extrem de reduse; şi fabrica de ghete Dermata.

Metoda de lucru a fost cea individuală — ponderală, făcută în cadrul familiilor: au cântărit toate alimentele consumate de o persoană; determinările s'au făcut în zilele de lucru, de repaos, zile de dulce, zile de post; personalul anchetator (compus din 13 surori de ocrotire, 2 moaşe, 2 laboranţi,

lucrând sub conducerea a celor 7 asistenţi şi preparatori ai Institutului de fiziologie din Cluj), a lucrat pe teren, asistnâd toată ziua pe anchetaţi, şi notând compoziţia mâncărilor, modul de preparare al alimentelor, orele de masă; durata cercetărilor la o persoană s-a făcut în unele părţi până la 7 zile, cercetările au fost făcute în anotimpul de vară şi iarnă pentru agricultori; au fost anchetate foarte multe persoane (adulţi şi copii), 182 în Măguri, 88 în Ineu, 53 la fabrica Dermata, s-a făcut şi analiza apelor de băut; datele relative la compoziţia alimentelor, valoarea energetică a raţiei, starea de nutriţie — s-au făcut după tabelele consacrate şi după metodele cele mai recomandate, recurgându-se foarte adesea la metoda individuală, fiziologică, somatometrică; —

în Cap. III — se studiază **Alimentaţia şi starea de nutriţie a muncitorilor industriali dela fabrica Dermata;** —

în Cap. IV — **Alimentaţia şi starea de nutriţie a ţăranilor din Ineu şi Măguri.**

Rezultatele şi calculele făcute sunt consemnate în tabele sinoptice individuale grupate pe familie şi în curbe grafice comparabile cu standardul fiziologic general alimentar şi vitaminic

In acelaş timp, pentru evidenţiarea cauzelor cari stau la baza neajunsurilor constatate, anchetatorii au făcut investigaţii complimentare cu privire la starea economică a familiilor la producţia agricolă, la preţul alimentelor, la costul regimului ş. a.

Constatările făcute pe baza anchetelor efectuate pe teren demonstrează că populaţia agricolă şi industrială a Ardealului se subalimentează cantitativ dar mai ales calitativ, prezintând fenomene de subnutriţie, mai ales femeile şi copii din mediul agricol sărac.

Concluziile autorului şi remediile propuse sunt asemănătoare cu cele la care a ajuns D-l D-r Claudian pe baza consideraţiilor de ordin alimentar geografic, istoric şi social, anume: ridicarea consumului alimentelor folositoare, în primul rând a acelor mai eftine, precum laptele, cartofii, legumele, apoi a celor mai costisitoare, precum untul, ouăle, carnea; — corijarea regimului defectuos prin educaţie şi propagandă; — mărirea randamentului producţiei prin schimbarea caracterului producţiunei şi prin instruirea ţăranului; — ameliorarea alimentaţiei prin educarea gospodinelor, cultivarea mai intensă a legumelor, prin intensificarea creşterii oilor şi a vacilor de lapte; — măsuri generale de stat pentru ameliorarea căilor de comunicaţie şi îmbunătăţirea drumurilor, pentru ridicarea stării economice în general.

Ambele lucrări se complectează reciproc.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

## INSTITUTE PENTRU STUDIUL FIZIOLOGIEI MUNCEI ŞI AL ALIMENTAŢIEI

Ne întrebăm dacă remedierea acestor stări de subnutriţie va veni dela **Institutele de studiul fiziologiei muncei şi al alimentaţiei,** pe care Ministerul Muncei le-a înfiinţat de curând prin lege; aceste noi instituţiuni vor constata, ce se ştie prea bine şi au demonstrat cu suficiente probe în sprijin autorii precitaţi, anume că poporul român se subnutreşte, că vlaga ţării se săcătueşte şi că această sângerare albă se produce prin populaţia dela ţară; indică şi cum să se oprească.

Vor reproduce în serie admirabilele cercetări făcute de D-l Prof. Benetato cu colaboratorii săi şi vor ajunge la aceleaşi concluziuni agrogeografice şi sociale ca D-l D-r Claudian; admiţând că aceste insti-

tute vor fi conduse cu competinţa de cerut şi cu devotamentul de dorit pentru aceste anchete de ordin social pe teren; iar statul le va pune la dispoziţie fondurile necesare.

Aceste institute vor constitui încă 2 sarcini budgetare, mai mult sau mai puţin ştiinţifice, cari nu vor fi de niciun folos practic.

Pe muncitorii industriali, din fabrici, să-i examineze când intră, şi să continue a-i supraveghia efectiv tot timpul, medici angajaţi întrucâtva specializaţi; direcţiile şi administraţiile acestor uzine, fabrici, ateliere, ş. a., să fie silite a-i pune să lucreze în condiţiuni anumite şi să-i salarizeze cum trebue; statul să facă restul printr'o politică economică-socială-sanitară-educativă adequată. Şi mai ales competentă.

## IGIENA MINTALĂ ŞCOLARĂ

In ceea ce priveşte sănătatea sufletească, o igienă mintală care să prevină predispoziţiile maladive mintale şi să le curarisească cu un moment mai de vreme, trebue să se exerciteze asupra copilului şi şcolarului.

Obiectul acestei Igiene mintale, aplicată mai ales în epoca şcolară, formează materia unui remarcabil studiu cu titlul de mai sus, apărut în colecţia de „Studii şi Cercetări Psichologice" publicate de Institutul de Psichologie experimentală comparată şi aplicată al Universităţii din Cluj, al cărui Director este D-l Prof. V. Ştefănescu Goangă.

Autorul este D-l Alexandru Roşca, şef de lucrări la acel Institut, care se bucură de o reputaţie unanim consacrată de specialiştii în materie şi care este autorul a numeroase asemenea lucrări.

Ne facem o datorie nu numai de cronicar medical, şi de analist al unei opere de medicină preventivă mintală românească, dar de sociolog cum trebue să fie tot medicul, şi de bun român care trebue să fie orice român — în a semnala şi recomanda cu cea mai mare căldură această lucrare care nu trebue să lipsească de pe masa dascălului şi oricărui medic, după ce mai întâi trecuse prin mâinile oricărui părinte luminat şi fusese învăţată pe de rost de toţi cei chemaţi să facă opera de asistenţă socială a copilului, la corp sănătos trebuind minte sănătoasă.

Educaţia prin sine-însuşi; educaţia voinţei; succesul în vieaţă ş. a. multe asemenea năzuinţe după care va alerga adultul, vor avea mai multă şansă a fi atinse, dacă ele vor fi fost puse la cale de către părinţi şi pedagogi din epoca copilăriei şi şcolarităţii.

In substanţă această lucrare cuprinde:

In INTRODUCERE se defineşte **Obiectul igienei mintale,** disciplină care, după autor, se ocupă de măsurile cari contribuesc la păstrarea şi îmbunătăţirea sănătăţii mintale şi a capacităţii de adaptare a fiecărei persoane la mediul în care trăeşte — de turburările deja apărute şi evoluate se va ocupa psichiatria; măsurile vor fi luate de medici, pedagogi şi asistenţi sociali.

**Importanţa practică a igienei mintale** se judecă după deficitul financiar şi dezastrele ce deficienţii mintali şi infractorii de mai târziu cauzează statului şi societăţii.

**Problema ce pune lucrarea de faţă,** se referă la igiena mintală a copilului şi adolescentului; se întinde dela grădinile de copii la universitate; depinde de colaborarea părinţilor şi a educatorilor, cea mai mare parte din timp copilul trăind-o în familie şi în şcoală; rezolvarea ei depinde de con-

siderentele că: cea mai mare parte din turburările mintale şi de conduită ale adultului apar în copilărie; orice turburare mai uşor se previne şi combate la început decât mai târziu.

In CAP. I, se defineşte, după Becker, **Ce se înţelege prin sănătate mintală:** Sănătatea mintală este adaptarea fiinţei umane la sine însăşi şi la lumea din afară, cu un maximum de eficienţă şi satisfacţie personală şi socială.

**Factorii cari influenţează sănătatea mintală** sunt de 2 feluri: factori interni sau ereditari şi factori externi sau de mediu.

Factorii de mediu sunt psichogeni, cari acţionează direct asupra sănătăţii mintale; şi organogeni când acţionează indirect.

**Importanţa primelor experienţe, în copilărie,** este capitală, cum s'a zis „copilul fiind tatăl adultului" şi ele trebue să înceapă din familie.

**Contribuţia şcoalei la formarea sănătăţii mintale** este determinantă, ceea ce scapă de sub ea fiind de regulă iremediabil; şi totuşi şcoala a contribuit până acum prea puţin la supravegherea vieţei afective şi active a copilului.

In CAP. II se tratează despre **Personalitatea educatorului şi atitudinea faţă de elevi.**

Se arată aci cari trebue să fie calităţile dascălului, care când este mare, el face reputaţia unei şcoale.

Se revizueşte atitudinea de severitate şi de pedepsire a unor elevi, a căror timiditate, teamă, lene, insubordonare, nedisciplină, nu este rea voinţă.

In CAP. III se tratează **Igiena mintală a învăţăturii,** luându-se în considerare **Condiţiile de bază ale învăţăturii,** bazate pe legea efectului care elimină ceea ce este inutil; pe legea exerciţiului care fixează ceea ce se repetă; pe legea unei stări de pregătire care recepţionează mai uşor; pe legea combinaţiei care deşteaptă simultan sau succesiv procese mintale adequate; pe legea asimilării care adapţează răspunsuri similare la situaţiuni asemănătoare.

Urmează **Câteva regule practice,** între cari: să înveţi dela început cum ai să practici; să nu aştepţi nimic dela inspiraţie; să eviţi dela început erorile; pentru memorizare metoda totului este preferabilă metodei părţilor; intervalul între repetiţii să fie cât mai mare; lectura profitabilă se face după o anumită tecnică; atenţia să fie aplicată asupra lucrului care se efectuiază.

Autorul trece apoi la **Pedeapsa şi recompensa** de aplicat; — la **Oboseala în învăţătură** dictată de plictiseală, de slăbirea interesului, de perderea plăcerii încercate; — la efectul câtorva droguri, precum alcoolul, cafeau, tutunul. —

In CAP. IV, se tratează despre **Turburările de adaptare ale şcolarilor,** cari pot fi variate; — despre **Insuccesul şcolar,** care dictează în Belgia aşezarea şcolarilor în clase paralele deosebite calitativ; — despre **Anomaliile de conduită** sau emotiv-active, printre cari a minţi, a fura, a fugi dela şcoală, a fi leneş, a nu asculta, a fi necuvincios, ş. a. şi tratarea lor, prin cunoaşterea complexelor psichice sau cauzelor cari le stau la bază şi aplicarea de măsuri adequate; — despre **problema educaţiei sexuale.**

In CAP. V se expune **Colaborarea dintre şcoală şi familie,** bazată pe influenţa mediului familiar şi pe posibilităţile de colaborare între familie şi şcoală.

In CAP. VI, se arată **Necesitatea învăţământului special;** — nevoia creării de **Clase, Şcoli** şi **Institute speciale** pentru debilii mintali, pentru înapoiaţii mintali, pentru superior dotaţi, pentru copii şi adolescenţii cu anomalii de conduită; — nevoia unei **Clinici psichologice.**

De acestea noi nu avem niciuna, pe când în Statele Unite, dela 7 în 1919, au crescut la 232 în 1932 — cu toate că asupra importanţei lor a atras mai de demult atenţia D-l Prof. F. Ştefănescu Goangă.

In CAP. VII, se pune **Problema cunoaşterii individualităţii elevului,** se expune **Metodele** şi **Rezultatele** lor: metoda observaţiei, testele psichologice, testele educaţionale nu pedagogice sau de cunoştinţe, etalonarea aplicării testelor, stabilirea coeficientului de educaţie şi a coeficientului de realizare, controlul prin aplicarea acestor teste a copilului, a pedagogului, a unei întregi clase şi şcoale.

**Prin urmare, o orientare cu totul nouă a creşterii copilului şi a rolului şcoalei; nevoia dascălului psicholog la şcoală şi a pedagogului vizitator acasă; învăţământ specializat şi instituţiuni speciale pentru educaţia copilului şi orientarea lui profesională.**

Aceste noţiuni le expune lucrarea de faţă, cu o claritate şi concisiune de stil cari traduc competinţa în materie a autorului.

## TRENURILE-BĂI SAU BĂI LOCALE

Una dintre armele întrebuinţate în ofensiva sanitară deslănţuită pe tot cuprinsul ţării în ultimii 2 ani de către D-l Medic General Doctor Nicolae Marinescu, conducătorul Ministerului Sănătăţii Publice pe atunci, a fost trenurile-băi.

Acest mijloc de salubritate publică constituie o inovaţie, dela care a priori nu se puteau aştepta rezultate satisfăcătoare.

Reţeaua noastră de căi ferate este săracă; satele sunt răsfirate; gările sunt departe, s-ar putea ca tocmai de centrele bântuite de epidemii; metoda nu are randament bogat; mijloacele sunt prea costisitoare; procedeul este inutil, o bae pe an sau chiar la 2 ani — admiţând că trenurile-băi vor începe să circule la primăvară — neconstituind o măsură eficace de curăţenie corporală; şi mai ales nu o măsură de deparazitare de păduchii pe cari îmbăiatul îi va regăsi în haine şi acasă; săracul de îmbăiat, care pe unele locuri a trebuit să facă câţiva kilometri la dus şi la întors în zi de lucru, pe soare şi în praf, ca să ia o bae; care de aceea ajunsese nepopulară; şi periculoasa toamna, când tremurau oamenii de frig în pieile goale, uscându-se pe afară.

Aceste trenuri-băi nu puteau servi cel mult decât ca un mijloc de demonstraţie şi de propagandă şi numai în anotimp călduros.

Altceva sunt Auto-trenurile sanitare tip din Italia.

Un reportaj din Roma, publicat într'unul din cotidianele noastre de seara, spune:

In Italia, Direcţia generală a Serviciilor Sanitare, de sub conducerea Ministerului de Interne, a organizat un serviciu de propagandă, pentru apărarea preventivă contra bolilor. Acest serviciu merită să fie semnalat, fiindcă constitue din partea unui stat modern, un mijloc util şi nou de vulgarizare în materie de medicină şi de igienă, printre clasele cele mai umile ale populaţiei. Direcţia generală de mai sus a instituit un **auto-tren sanitar-tip** complect amenajat pentru nevoile clinice şi permiţând să-şi lărgească în mod eficace, câmpul de acţiune al luptei preventive contra boalelor. Astfel, prin vorbă şi asistenţă ştiinţifică, s'au expus şi arătat locuitorilor din localităţile cele mai îndepărtate, principiile de luptă contra tuberculozei, diferitelor forme de limfatism şi afecţiunilor de ochi.

Fiecare provincie italiană va avea la dispoziţia sa unul din aceste auto-trenuri, adevărate modele de tehnică sanitară. Ele se compun din două vagoane, în interiorul cărora s'a instalat un cabinet medical, pentru examene clinice, bacteriologice şi microscopice, pentru îngrijirea bolilor dentare. Lupta contra acestora din urmă reprezintă unul din scopurile principale ale politicii sanitare italiene. Prin intervenţia promptă a medicilor specialişti, se previne orice afecţiune sau diformare a dinţilor, la massele tinereşti, unde statisticele arătau neglijenţe de neiertat în acest domeniu, cu rezultate vătămătoare, manifestate când recruţii se prezentau la vizita medicală.

In auto-trenul sanitar se pot aşeza 16 medici specialişti şi doi asistenţi. Directorul tehnic se ocupă de propaganda igienică şi de profilaxie, ţinând cuvântări cu proecţii cinematografice; aparate de proecţie şi de radio-difuziune sunt ingenios instalate în vagonul al doilea şi sunt acţionate prin forţa electro-motrice a unui grup electrogen.

Sunt deci laboratorii ştiinţifice ambulante însoţite de specialişti, cari examinează şi consemnează rezultatele şi nu dau consultaţiuni

curative ca echipele noastre de specialişti de Dumineca şi Sărbători, cari împărţeau câteva prafuri şi puţine picături, după examene făcute mai mult din ochi; ca să se vadă cât mai mulţi şi pentru-ca şeful echipei să poată raporta D-lui Inspector General Sanitar local, că s'a făcut treabă multă.

Numai **Băi stabile, fixe,** făcute în fiecare sat sau măcar în satele mai principale, constituind centre, pot rezolva problema salubrităţii corporale şi a deparazitării.

Necesitatea lor este subliniată de epidemiile cari se pot ivi, sau cari clocesc precum cea recentă de tifus exantematic, pe care concentraţii au adus-o în Oltenia din patria titrată a tifusului exantematic la noi, care este Basarabia.

Măcar acolo să ardă zi şi noapte cuptoarele de deparazitare ataşate la fiecare bae populară săteească, **Centre locale permanente de îmbăere şi deparazitare corporală şi vestimentară.**

Ele se pot înfiinţa şi întreţine cu **mijloace locale,** statul prin Rezidenţiile regionale şi prin Prefecturile judeţene intervenind şi ajutând.

**Comitete locale** — din cari nu vor lipsi primarul, învăţătorul şi preotul, sau reprezentanţii lor — vor activa sub conducerea directă a medicului de circumscripţie sau a auxiliarilor săi sanitari.

Aceste băi cu **cuptoarele lor anexe** vor fi înfiinţate după un **tip unic,** care rămâne să fie stabilit.

In această ordine de fapte ne reamintim de un sistem extrem de practic şi puţin costisitor, patentul D-rului Elian Sever, pe atunci medic Locotenent, azi medic comunal în Bucureşti, care reprezintă un **Aparat de campanie pentru băi — duşi, calde şi reci,** adoptat de Ministerul de răsboiu în 1916.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Acest aparat mobil, extrem de practic şi care era rezervat uzului armatei mai ales în campanie, **fixat** cu atât mai bine, va putea fi adaptat pentru uzul şcolilor sau al oricărei colectivităţi în general.

Un **sistem de serpentine** permite încălzirea apei, pe care o **pompă** o scoate din orice fântână situată în vecinătate; vatra cuptorului de parazitare anex, în care este introdus serpentinul, poate folosi sistemul de încălzire în ambele scopuri, de **băi şi cuptor de deparazitare.**

O comisie de tecnicieni ar putea lua în studiu acest sistem, precum şi orişicare altul, pentru a fixa un **Sistem-tip,** de introdus în toată ţara, măcar în satele mai principale.

Acest **Sistem-tip de băi stabile, cu cuptoare anexe** mai cu folos şi în mod permanent va combate necurăţenia, efectua deparazitarea şi desinfecţia decât plimbăreţele trenuri-băi şi echipele sburătoare de cuptoare şi etuve cari figurează în noua lege la art. 101, al. 3, 4 şi 5.

M. CANCIULESCU

# RECLORURAREA IN INTOXICAŢIILE MERCURIALE

de

**Prof. D-r I. BĂLTEANU**

**D-ra M. SIBI** şi **D-na D-r AGAPIE-BALDOVIN**

Lucrarea de faţă face să reese prin exemple tipice, că în anumite împrejurări, poate avea loc o disociere netă, între cantitatea disponibilă de clor funcţional şi cantitatea de rezervă de baze din organism.

Reese deasemenea clar că cele mai grave cazuri, sunt acelea care pe lângă o deficienţă de clor au şi un deficit mare de rezerve de baze, căci dacă clorul poate fi înlocuit până la un punct prin $CO_2$, bazele nu pot fi compensate fără un aport exterior.

E foarte util de reamintit că o supra încărcare excesivă de clor, e tot atât de periculoasă ca şi un dificit de clor şi că e indispensabil să se realizeze un optim în sarcinele acide şi alcaline ale celulei renale pentru o bună funcţionare a acesteia.

Eficacitatea tratamentului cu electroliţi este asigurată de determinările chimice repetate care vor indica electrolitul ce trebueşte administrat (Na Cl sau $CO_3$ H Na), dozele şi timpul cât trebueşte continuat tratamentul.

Cea mai mare parte din cazurile de insucces citate în literatură, se datoresc lipsei de control repetat şi anume lipsei de control concomitent al cloremiei şi al rezervei alcaline.

Reconstituire cadru de bibliotecă

Deşi terapeutica reclorurării a format obiectul a numeroase cercetări, totuşi mereu se publică cazuri de intoxicaţii şi toxi-infecţiuni, în cari aplicarea acestui tratament a dus la rezultate cari oferă prilej de noui interpretări.

De curând Michaux Leduc şi Harmand, discutând rezultatul acestei terapeutice obţinute într'un caz de intoxicaţie phallinică, ajung la concluzia că fiecare caz aduce argumente noui, pentru interpretarea mecanismului intoxicaţiilor şi a vindecării lor.

Ultimul congres de medicină ţinut la Marsilia în Noembrie 1938, unde s'a luat în discuţiune chestiunea hipocloremiei, a ajuns deasemenea la concluzia că problema patogeniei hipocloromiei este atât de complexă încât nici una din interpretările date până acum nu poate explica aspectele variate cu care se prezintă asemenea cazuri.

Astfel **Ambard** şi **Mach** atrag atenţia asupra unui fapt, ce era de altfel cunoscut, dar trebuia reluat în studiu la lumina noilor cunoştinţe şi anume că: **metabolismul clorului este strâns legat de acel al apei şi deci hipocloremia nu poate fi disociată de studiul deshidratării.**

După ei, cifra cloremiei nu trebuie să fie studiată izolat, ci ţinând seamă pe cât se poate de masa lichidă totală şi studiind raporturile sângelui cu lichidele extra şi intra celulare. O cantitate de clor pierdută poate fi concomitentă cu trecerea unei cantităţi de apă în ţesuturi şi să avem în felul acesta o pierdere de clor fără să poată fi pusă în evidenţă starea de hipocloremie şi invers, am putea avea hipocloremii din cauza unui transport de apă în plasmă, fără să avem de fapt o pierdere de clor. In afară de aceasta putem avea deshidratări, cari s'au dovedit a fi în special legate de stările hiponatremice şi cari nu sunt întovărăşite de o hipocloremie, chiar dacă am avea o pierdere concomitentă de clor.

**Pentru a ilustra şi mai bine această interdependenţă dintre clor şi apă, Ambard sfecifică, că noţiunea de hipocloremie corespunde unei scăderi a concentraţiei, pe când deficitul clorat corespunde unei micşorări a capitalului de clor.** Pentru a pune în evidenţă acest deficit, e necesar să se urmărească nu numai o simplă dozare de clor, ci trebuie determinate în acelaşi timp: rezerva alcalină, concentraţia în sodiu şi albumine, de asemenea trebuie făcut numărătoarea de globule roşii şi urmărit bilanţul clorului.

Astfel **Mach**, atrage atenţia asupra cazurilor de declorurare ce survin în urma stărilor de acidoză prelungită şi cari pot fi întovărăşite de o deshidratare intensă, tradusă prin: hipotensiune, uscăciunea limbei, slăbirea tensiunei globului ocular, oligurie, concentraţia albuminelor din sânge, concentrarea globulelor roşii, etc. şi în cazuri grave pot fi întovărăşite chiar, de colaps cardio-vascular. Un tratament cu Na. Cl. într'un asemenea caz a redus aceste elemente la concentraţia lor reală. Astfel: albumina dela 105 gr. revine la 64 gr., globulele dela 5.260.000 la 3.970.000. In asemenea cazuri este exclusă posibilitatea unei rehidratări a organismului prin seruri glucozate, ea nu se poate realiza decât prin administrarea de electroliţi şi anume Na. Cl., fie $CO^3$ HNa., fie ambele, în raport cu determinările chimice.

**Ambard** preferă să întrebuinţele denumirea mai generală de lipsă de electroliţi în locul celei de lipsă de sare şi insistă asupra celor ce am observat şi noi în studiul făcut în scarlatină, că cele mai grave cazuri sunt acele cari pe lângă deficitul de clor au şi un deficit în rezerva de baze. După **Ambard**, organismul poate uşor compensa pierderea de clor, înlocuindu-l într'o anumită măsură prin $CO^2$, care poate duce la o creştere anormală a bicarbonatului de sodiu, pierderea de Na. însă nu poate fi compensată, pentru că organismul nu poate fabrica baze. Pe de altă parte pierderea de Na. antrenează o pierdere de apă şi se pare chiar că aceasta ar fi chiar substratul celor mai multe turburări observate în natropenie.

Rezultă de aci după cum se exprimă **Ambard**, că în cazul când avem numai pierderi de clor (vomitări), prin faptul că se formează bicarbonat, numai calitatea electroliţilor e schimbată, dar capitalul lor e

salvat, pe când atunci când se pierde şi Na. (diaree) capitalul de electroliţi e fatal redus, de unde şi urmări mai grave. De altfel **Ambard** arătase încă de mult, că în afară de vomitări şi diaree, există încă o cale de disociere în eliminarea sodiului şi clorului şi anume cea renală.

Siedek şi F. Zuckerkandl (1935) şi mai recent Fiessinger (1939), făcând un studiu amănunţit asupra metabolismului clorului şi sodiului în anumite eliminări şi crize polyurice, ajung să confirme încă odată disocierea care există în unele cazuri în eliminarea acestor electroliţi. Se deschid astfel orizonturi noui asupra schimburilor interstiţiale, unde organismul bolnav acumulează diferiţi ioni, pe cari îi liberează apoi după anumite norme.

Oricare ar fi cauza acestei pronunţate disocieri, ce există în anumite momente între cantitatea disponibilă de clor funcţional din sânge şi rezerva de baze, trebuie remarcat că această disociere ajunge să ia câteodată proporţii aşa de însemnate, încât ar fi o mare greşală de a se aplica tratamentul cu electroliţi înainte ca această disociere să fie pusă în evidenţă prin determinări chimice.

Existenţa acestei disocieri explică desigur şi faptul că în cazurile de intoxicaţii unii autori, după cum am arătat într'un articol anterior, preconizează tratamentul intensiv cu clorură de sodiu, pe când alţii preconizează aproape exclusiv pe acel cu bicarbonat de sodiu.

In Laboratorul Institutului de Igienă Iaşi, având prilejul de a face o serie de determinări şi a pune în evidenţă pe deoparte cazuri cu o accentuată cloropenie, pe de altă parte cazuri cu accentuată natropenie, am putut remarca imediat această disociere de care vorbeşte **Ambard**, precum şi necesitatea pentru tratament de a pune în evidenţă prin dozări, în detrimentul căruia din electroliţi s'a săvârşit pierderea. De asemenea ne-am convins şi de necesitatea de a urmări cât mai deaproape prin dozări multiple şi repetate evoluţia echilibrului acido-bazic, care variază dela caz la caz.

Fără aceste determinări chimice, urmărite sistematic, până când azotemia sau polipeptidemia revine la normal, nu e posibil să se cunoască felul de reacţionare a unui organism faţă de intoxicaţie, precum şi terapeutica ce trebuie adoptată şi care trebuie condusă şi modificată în decursul boalei, în raport cu rezultatul acestor determinări.

Nu trebuie uitat nici un moment în decursul tratamentului, că un deficit excesiv de clor, deprimă activitatea renală în aceiaşi măsură ca şi o supra încărcare excesivă de clor. Se ştie în adevăr că e indispensabil să avem un optim de sarcini acide şi alcaline a celulei renale, pentru a obţine un optim în eliminări renale, după cum se ştie deasemenea că putem avea perturbări renale anatomice şi funcţionale până la anurii şi formare de edeme atât în acidoză cât şi în alcaloză, întovărăşite respectiv de cloropexie şi cloropenie.

Pentru un bun diagnostic, după cum am anunţat mai sus, vor trebui executate sistematic determinările de clor globular şi clor plasmatic,

precum şi dozarea rezervei alcaline. Când concentraţia clorurei în sânge nu pune în evidenţă declorurarea ce o bănuim (după vomitări sau diaree) e indispensabil să se facă numărătoarea de globule roşii înainte şi *după o remineralizare pentru a vedea dacă nu avem aface cu o* deshidratare ce ar putea masca declorurarea.

* * *

Ţinem să redăm aci datele relative la cazurile de intoxicaţie cu săruri mercuriale, urmărite de noi pentru a pune în evidenţă odată mai mult, felul diferit cum reacţionează organismul şi necesitatea determinărilor chimice, cari trebuiesc practicate totdeauna cu aceiaşi grijă, cu care se practică celelalte cercetări semiologice, pentru a putea avea indicaţiuni cât mai precise asupra tratamentului ce trebuieşte administrat şi anume cu clorură de sodiu sau bicarbonat de sodiu sau amândouă (în afară de serul glucozat care s'a administrat în general în asemenea cazuri).

Primele observaţiuni se referă la doi bolnavi, unul în vârstă de 15 ani, care înghiţise două grame de sublimat corosif, şi altul în vârstă de 20 ani, care înghiţise o soluţie concentrată de aceiaşi substanţă. Ambii au fost internaţi în clinică într'o stare foarte gravă, încât prognosticul era considerat ca fatal.

Determinările chimice cari s'au făcut în repetate rânduri, şi tratamentul administrat se găsesc rezumate în tabelele No. 1 şi 2 ce urmează.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

## TABLOUL Nr. 1

| | Rid carea reservei alcaline după tratamentul cu ClNa. | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Tratament | | | Examenul sângelui | | | | Diuresa în cmc. |
| | ClNa. în grame | $CO_3HNa$ în grame | Ser glucoz în cmc. | Uree | Cl. plasmatic | Cl. globul. | Reservă alcalină | |
| 3 Julie | 12 | — | 300 | 4,10 | 2,61 | — | — | Anurie |
| 4 Julie | 16 | 10 | — | — | 2,97 | 1,39 | 34,7 | — |
| 5 Julie | 20 | — | — | — | — | — | — | 10 |
| 6 Julie | 20 | — | — | 4,12 | 3,64 | 1,82 | 40,4 | 30 |
| 7 Julie | fără urmă | — | — | — | — | — | — | — |
| 8 Julie | 16 | — | — | 4,35 | 2,85 | 1,03 | 42,4 | 500 |
| 9 Julie | 14 | — | — | 4,80 | 2,91 | 1,21 | 47,0 | 4,000 |
| 10 Julie | 13 | — | — | 3,85 | 2,88 | 1,24 | 50,0 | 4,900 |
| 11 Julie | 10 | — | — | 4,30 | 3,03 | 1,46 | 59,5 | 4,000 |
| 12 Julie | 10 | — | — | 3,55 | 3,12 | 1,39 | 61,4 | 3,500 |
| 13 Julie | 10 | — | — | 2,59 | 3,52 | 1,52 | 63,3 | 3,500 |
| 16 Julie | 10 | — | — | 1,02 | 3,03 | 1,46 | 72,0 | 2,500 |
| 18 Iulie | 15 | — | — | 0,38 | 3,52 | 1,64 | 59,0 | 2,100 |
| 26 Julie | 15 | — | — | — | 3,64 | — | — | — |
| 30 Julie | — | — | — | — | 3,52 | 2,06 | — | — |

(Caz tratat în Clinica terapeutică, Director: **Prof. D-r Enescu**).

## TABLOUL Nr. 2

| | Reserva alcalină foarte scăzută cu tot tratamentul cu $CO_3HNa$ şi ClNa | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Ttratament | | | Examenul sângelui | | | | Diuresa în cmc. |
| | $CO_3HNA$ în grame | ClNa în grame | Glucine. în grame | Uree | Cl plasmatic | Cl. globul. | Res. alcalină | |
| 29 Ianuarie | 4,0 | 3 | 12 | 0,57 | 3,88 | 2,28 | 40,0 | Anurie |
| 31 Ianuarie | 13,3 | — | 23,5 | 1,68 | 3,55 | 1,82 | 21,4 | Anurie |
| 2 Februarie | 35,0 | 8 | 62 | 3,41 | 3,03 | — | 42,4 | 30 |
| 3 Februarie | 7,0 | 6 | 10 | 4,23 | 2,91 | 1,64 | 33,8 | 50 |
| 4 Februarie | 5,6 | 4 | 10 | 4,38 | 2,55 | 1,30 | 34,7 | 60 |
| 6 Februarie | 12,0 | 14 | 10 | 5,24 | 2,97 | 1,46 | 34,7 | 920 |
| 7 Februarie | 3,5 | 10 | 10 | 5,14 | 3,13 | 1,58 | 36,6 | 2,000 |
| 8 Februarie | 3,2 | 10 | 10 | 4,93 | 3,21 | 1,52 | 34,7 | 3,000 |
| 9 Februarie | 7,0 | 18 | — | 4,61 | 3,49 | 1,88 | 32,8 | 3,400 |
| 10 Februarie | 4,2 | 16 | — | 3,88 | 3,64 | 1,61 | 34,7 | 4,800 |
| 11 Februarie | 7,7 | 2 | — | 3,32 | 3,88 | 1,98 | 37,0 | 4,500 |
| 14 Februarie | 11,2 | — | — | 2,85 | 3,79 | 2,15 | 37,0 | 4,500 |
| 16 Februarie | 7,0 | — | — | — | 3,82 | 2,06 | 37,0 | 3,700 |
| 18 Februarie | 13,0 | — | — | — | 3,85 | 2,18 | 28,0 | 3,000 |
| 25 Februarie | 19,0 | — | — | 0,50 | 3,58 | 2,09 | 38,5 | 2,500 |

(Caz tratat în Clinica medicală, Director: **Prof. P. Niculescu**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cifrele ce figurează în aceste tabele sunt cât se poate de demonstrative pentru a scoate în evidenţă felul diferit de a se comporta a celor 2 organisme, faţă de aceaşi substanţă toxică: **sublimatul.**

In adevăr, ambii bolnavi, prezentau o stare de azotemie pronunţată, atingând respectiv 4,80 gr. şi 5 gr. la 1000, însă într'unul din cazuri se remarcă o pierdere enormă de ioni de clor necesitând administrarea unei mari cantităţi de Na Cl, pe când în celălalt caz a fost o mare pierdere de Na, trebuind mari cantităţi de $CO^3$ HNa şi de Na Cl, pentru a ajunge la restabilirea echilibrului acido-bazic.

In primul caz s'a dat bicarbonat numai în ziua în care R. A. se scoborîse la 34, în restul timpului s'a administrat zilnic pe cale intravenoasă aproximativ 10—15 gr. Na Cl, rezerva alcalină revenind dela sine la normal şi depăşind cifra de 70.

Necesitatea de Cl era aşa de evidentă în acest caz, încât a fost suficient să se suprime numai pentru o zi administrarea de Na Cl pentru ca cloremia, care ajunsese la 3,64 la mie să revină la 2,85 la mie, deşi bolnavul nu mai pierdea Cl prin vomitare, nici prin rinichi, (fiind dat că nu eliminase până în acea zi, decât deabia 30 cc. urină).

In al doilea caz, din contră, a trebuit să se asocieze timp îndelungat $CO^3$ HNa, pe lângă Na Cl şi după ce cloremia depăşise normala, a fost necesar să se continuie administrarea de bicarbonat, pentru a căuta să se ridice R. A. şi să se menţie ameliorarea stării generale a bolnavului. In adevăr, după tratamentul cu Na Cl şi $CO^3$ HNa timp de 19 zile, când cloremia ajunsese la normal, rezerva alcalină

a arătat încă o tendinţă sensibilă la scădere ajungând la 28, în acelaşi timp în care simptomatologia clinică, indica o agravare a stării generale. A trebuit atunci să se mărească doza de bicarbonat de Na, continuând să se administreze până la vindecarea complectă.

In total acest bolnav a primit pe cale bucală, intravenoasă sau rectală 341 gr. de bicarbonat de Na în decursul a 29 zile cât a durat tratamentul, fără să se fi putut obţine ridicarea rezervei alcaline, care chiar când ureea a revenit la 0,50, nu a atins decât 38,5, cu tot tratamentul dat în tot timpul cât a durat starea de hiperazotemie. E important de relevat aceasta spre deosebire de ceeace s'a întâmplat în cazul precedent, care n'a primit decât 10 gr. de bicarbonat la începutul tratamentului.

Ambii bolnavi au părăsit spitalul vindecaţi, deşi la internare starea lor era atât de gravă încât se pierduse orice speranţă într'un prognostic favorabil.

* * *

Rezumăm încă şi rezultatele determinărilor humorale cari au fost făcute în 4 cazuri de intoxicaţie, din care se poate vedea turburările survenite în echilibrul humoral dela un caz la altul şi cât de indispensabil este controlul prin determinările chimice.

Doi din aceşti bolnavi au fost internaţi în clinica terapeutică. Tratamentul ce li s'a administrat era condus de rezultatul examenelor chimice ce s'a executat în laboratorul Institutului de Igienă. Era vorba de o studentă în vârstă de 20 ani, cu o simptomatologie gravă consecutivă ingerării unei cantităţi apreciabile de cianură de mercur şi de o lucrătoare în vârstă de 18 ani, care ingerase 2 grame de sublimat.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Rezultatul determinărilor chimice ca şi tratamentul administrat acestor bolnavi se găsesc rezumate în tabelele No. 3 şi 4 ce urmează.

## TABLOUL Nr. 3

| | Intoxicaţie gravă cu cianură | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Tratament | | | Examenul sângelui | | | | Diuresa în cmc. |
| | ClNa în grame | $CO_2HNa$ 20 p. 100 în grame | Ser gluc. 33 p. 100 în cmc. | Uree | Cl. plasmatic | Cl. globul. | Reser. alcalină | |
| 6 Julie | — | 20 | 500 | 1,10 | — | — | — | — |
| 21 Julie | — | 20 | 600 | 3,23 | 2,24 | 1,21 | 36,6 | — |
| 14 Ju ie | 20 | 40 | 250 | 3,40 | — | — | — | 600 |
| 16 Julie | 20 | 40 | 500 | 3,00 | 2,36 | 1,18 | 51, | 500 |
| 18 Julie | 40 | 40 | 500 | 2,75 | 2,57 | 1,21 | 53, | 500 |
| 21 Julie | 40 | 40 | — | 3,00 | 2,75 | 1,39 | 58,6 | 500 |
| 22 Julie | 20 | — | — | — | — | — | — | 400 |
| 27 Julie | 10 | — | — | — | — | — | — | 500 |
| 28 Julie | 10 | — | — | — | — | — | — | 1400 |
| 29 Julie | 10 | — | — | 2,09 | — | — | — | 1700 |
| 4 August | — | — | — | 0 36 | — | — | — | — |

**Descrierea unui caz din punct de vedere clinic va face obiectul unei comunicări la Soc. de Med. şi Naturalişti Iaşi de către D rele Agapi, M. Lazea şi Păun care au îngrijit aceşti bolnavi în Clinica terapeutică.**

## TABLOUL Nr. 4

| | Intoxicaţie cu sublimat (2 grame) | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Tratament | | | Examenul sângelui | | | | Diureza în cmc. |
| | ClNa în grame | $CO_3HNa$ 20 p. 100 în grame | Ser gluc 47 p. 100 în cmc. | Uree | Cl. plasmatic | Cl. globul. | Reser. alcalină | |
| 12 Februarie | — | 10 | 500 | 1,58 | — | — | — | 0 |
| 16 Februarie | 20 | 20 | 500 | — | — | — | — | 0 |
| 17 Februarie | 20 | 20 | — | 2,94 | 2,67 | 1,21 | 34 | 70 |
| 19 Februarie | 40 | 40 | — | — | — | — | — | 300 |
| 21 Februarie | 40 | 90 | — | — | 2,94 | 1,24 | 53 | 450 |
| 22 Februarie | 20 | 40 | — | — | — | — | — | — |
| 23 Februarie | 15 | 15 | 500 | — | — | — | — | — |
| 24 Februarie | 40 | — | 500 | 2,73 | 2,55 | 1,51 | 79 | 1600 |
| 28 Februarie | 40 | — | — | — | — | — | — | 1200 |
| 1 Martie | 40 | — | — | — | — | — | — | 2400 |
| 4 Martie | 40 | — | — | 0,70 | — | — | — | 2400 |

**Descrierea acestui caz din p. d. v. clinic a făcut obiectul unei comunicări la Soc. de Medici şi Naturalişti Iaşi de către D-rele C. Agapi, M. Lazea şi Păun care au îngrijit bolnavii în clinica terapeutică.**

Din aceste tabele se observă în ambele cazuri o scădere mare atât a clorului plasmatic cât şi a clorului globular, adică o cloropenie pronunţată consecutivă vărsăturilor ce prezentau aceşti bolnavi. Odată cu aceasta s'a constatat la ambii bolnavi o scădere a rezervei alcaline ajungând respectiv la 36 şi la 34.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In raport cu aceste determinări tratamentul care se impunea era de a se corecta starea de acidoză prin $CO_3$ HNa, care administrat bolnavilor în primele 2 zile a readus rezerva alcalină respectiv la 58,6 şi 79.

Dela această dată s'a continuat tratamentul numai cu ser hypertonic, doza de NaCl ajungând câte odată la 40 gr. pe zi.

Primul bolnav a primit în total 170 gr. ClNa în curs de 25 zile, iar cel de al II-lea 315 gr. în curs de 18 zile.

Datorit acestui tratament s'a înregistrat o revenire la normal a concentraţiei în NaCl, rezerva alcalină s'a menţinut de asemenea în limite normale administrând respectiv 200 gr. şi 235 gr. bicarbonat de sodiu.

Paralel cu restabilirea echilibrului humoral s'a înregistrat şi o amendare a simptomatologiei clinice: vărsăturile au încetat, diureza s'a restabilit şi odată cu aceasta starea generală a bolnavilor s'a îmbunătăţit simţitor. Ambii bolnavi au părăsit spitalul vindecaţi.

Celelalte 2 cazuri se refereau la bolnavi intoxicaţi cu sublimat corosiv şi au fost trataţi la domiciliu, starea lor clinică nefiind prea alarmantă. S'a administrat acestor bolnavi chiar din primele zile ser hypertonic, fără însă a se mai practica determinările chimice humorale, ce nu păreau indispensabile, după starea clinică a bolnavului. In adevăr

tratamentul a fost condus în aşa fel încât a împiedecat instalarea stării de intoxicaţie iniţială, bolnavii continuând să prezinte o stare generală bună.

Starea acestor bolnavi s'a agravat mai brusc, ambii prezentând fenomene de tetanie, când pentru prima oară s'a cerut laboratorului executarea determinărilor chimice, cari au putut evidenţia un pronunţat desechilibru humoral, la care cei 2 bolnavi ajunseseră.

## TABLOUL Nr. 5

| | R. A. | Cl. pl. | Cl. gl. | Rap. $\frac{GlGl}{Clpl}$ |
|---|---|---|---|---|
| Bolnav I | 11 | 3,52 | 2,73 | 0,77 |
| Bolnav II | 19 | 4,06 | — | pH 7,00 |

Din aceste determinări se poate vedea clar că cei 2 bolnavi se găsesc într'o stare de acidoză accentuată.

Se cunoaşte bine influenţa pe care această acidoză prelungită şi ajunsă la un grad atât de pronunţat o poate avea asupra funcţiunelor renale şi asupra întregului organism şi cât e de indispensabil de a adăoga în aceste cazuri, pe lângă tratamentul clorurant şi tratamentul alcalinisant. Acest din urmă tratament a cărui utilitate a fost aşa de bine demonstrată în cazul din tabelul No. 2, nu se aplicase la aceste 2 cazuri.

Din studiul acestor observaţiuni, rezultatele terapeutice obţinute par aşa de demonstrative, încât se pot trage foarte uşor următoarele

CONCLUZII:

atât tratamentul clorurant cât şi tratamenul alcalinizant sunt de o utilitate incontestabilă şi după cum bine au demonstrat-o mulţi autori, apoi chiar ca indispensabile în asemenea cazuri; —

totuşi eficacitatea acestui tratament nu e asigurată decât de un control humoral repetat, singurul care poate indica felul electrolitului şi doza în care trebuie administrat (ClNa, $CO^3HNa$ sau amândouă) precum şi timpul cât trebuie continuat tratamentul.

Intr'adevăr, deşi astăzi nu mai încape îndoială asupra efectului salutar pe care atât alcalinizarea cât şi reclorurarea suficientă îl au în diferitele cazuri de intoxicaţie, totuşi se citează destul de des în literatură cazuri de insuccese.

Astfel în ceeace priveşte tratamentul alcalin intensiv, **Husler, Weiss, Rudeanu, Cordier** şi **Delore**, printre alţii, înregistrează cazuri de nereuşită cu toată ridicarea R. A.

Trebue amintit însă că în asemenea cazuri, în care R. A. se ridică foarte repede deasupra normalei tratamentul cu ClNa poate fi de asemenea indispensabil.

Pe de altă parte, în ceea ce priveşte tratamentul printr'o reclorurare masivă, **Choisy** citează un caz de nefrită mercurială la care s'a administrat fără succes NaCl, totuşi însuşi autorul recunoaşte că bolnavul a fost prea puţin clorurat. In adevăr, după Cl s'a urcat tem-

porar la 3,54 gr. la mie în plasmă şi la 1,34 gr. la mie în globule, cu R. A. de 67, cade din nou la 2,03 şi 0,91 cu o rezervă alcalină de 71 şi odată cu acestea diureza scade iarăşi dela 1000 cc. la 60 cc.

**Gounelle** indică un caz de anurie mortală cu tot tratamentul clorurat care s'a administrat, dar face remarca că R. A. era foarte coborîtă şi clorul globular normal. Aceste determinări arată că administrarea clorurei de Na nu era indicată fără o prealabilă reducere a acidozei prin bicarbonat de Na, deoarece administrarea ClNa poate contribui la o mărire a acidozei, prin ionii de clor pe care-i aduce.

In 1933, **Chabanier** într'o statistică întocmită asupra nefritei mercuriale, insistă asupra faptului că sunt cazuri unde cu toate că există vomitări şi diaree, deperdiţia de ClNa pare minimă şi că restabilirea cloremiei normale se obţine foarte repede cu ser hipertonic. In aceste cazuri R. A. trebuie urmărită cu o atenţie deosebită.

De curând (Martie 1939), **P. Holbrom** şi colaboratorii săi relatează un caz de nefrită mercurială, cu diaree, anurie, stomatită, care a avut un sfârşit letal deşi primise un tratament cu ClNa şi bicarbonat.

Examenele chimice cari s'au făcut foarte regulat în decursul tratamentului, arătau că:

Ureea creşte dela 1,15 la 3,96.

R. A. creşte dela 36 la 65 revenită apoi la 49.

Cl gl scade dela 1,33 la 0,71.

Cl. plasmatic scade dela 3,02 la 2,2.

Autorii fac observaţia că ureea nu e modificată în cazul lor prin terapeutica cu bicarbonat şi NaCl.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dat fiind însă că scăderea ureei nu are loc decât progresiv, când terapeutica e suficientă pentru a readuce clorul şi R. A. la normal, se poate presupune că acest insucces s'a datorit fie unei insuficiente reclorurări, de oarece clorul în acest caz a rămas foarte scăzut, fie datorită altor complicaţii cari eventual ar fi existat la acest bolnav.

* * *

Am ţinut să expunem aceste cazuri pentru a sublinia încă odată nu atât rolul electroliţilor care e bine stabilit, dar imperioasa necesitate de a face un control humoral riguros, prin examene de laborator multiple, acesta constituind singurul criteriu după care ne putem conduce în administrarea acestui tratament, care trebuie totdeauna pus în concordanţă cu determinările chimice înregistrate în cursul boalei.

Trebuie să ne ferim în această terapeutică, după cum spunea **Castaigne** încă de mult, de generalizări; fiecare bolnav trebuie să fie studiat de aproape din punct de vedere al terapeuticei la care trebuie să fie supus.

In felul acesta s'ar putea evita multe din insuccesele ce se citează încă şi acum în literatură şi în cari după datele ce se dau chiar de autorii respectivi, se poate constata că terapeutica nu a fost potrivită, sau nu a fost executată cu doze îndestulătoare.

I. BĂLTEANU, M. SIBI et AGAPIE BALDOVIN: **Recloruration dans les intoxications mercurelles.**

Le travail ci-joint fait ressortir par des exemples typiques que dans certaines conditions, il peut y avoir une dissociation nette entre la quantité disponible de chlore fonctionnel et la quantité de réserve de base de l'organisme.

Il ressort de-même clairement que les cas les plus graves sont ceux qui outre le déficience de chlore, ont aussi un grand déficit de réserve de bases, car, tandis que le chlore peut être remplacé par la formation de $CO_2$ les bases ne peuvent pas être compensées, sans un apport extérieur.

Il est très utile de rappeler qu'une surcharge excessive de chlore est tout aussi dangereuse, qu'un déficit de chlore, et qu'il est indispensable de réaliser un optimum dans les charges acides et alcailnes de la cellule rénale, pour un bon fonctionnement de celle-ci.

L'efficacité du traitement avec des électrolytes est assurée par des déterminations chimique répétées, qui peuvent indiquer l'électrolyte que l'on doit administrer (ClNa ou $CO_3HNa$) ainssi que les doses et le temps pendant lequel le traitement doit être poursuivi.

Le plus grand nombre des cas d'insuccès, cités dans la littérature sont dus au manque de contrôle répété de la chlorémie et de la réserve alcaline.

I. BĂLTEANU, M. SIBI und AGAPIE-BALDOVIN: **Kochsalzzufuhr in Quecqsilbervergiftungen.**

Die vorliegende Untersuchung will durch typische Beispiele die sie enthält beweisen dass in bestimmten Verhältnissen eine nette Spaltung zwischen der Menge funktioneller Cl und der Menge der Basenreserve des Organismus stattfindet.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Es stellt sich klar heraus das die schwersten Fälle diejenigen sind die neben einem Cl Mangel auch einen grossen Mangel an Basenreservèn besitzen; und zwar wenn auch das Cl bis zu einem gewissen Grade durch $CO_2$ ersetzt werden kann können die Basen nur durch aüfseren Einführ entschädigt werden.

Es ist sehr nützliche zu erinnern dass eine zu weit getribene Uberladung von Cl gerade so gefährlich wie ein Cl Mangel anzusehen ist und das ein Optimum unbedingt in der aziden- und- alkalinischen Ladung der Nierenzelle um die gute Tätigkeit jener zu schaffen sei.

Die Wirksamkeit der Behandlung durch Elektroliten ist durch die wiederhalten chemischen Bestimmungen versichert die uns die notwendigen Elektroliten (Na Cl oder $CO_3$ H Na) ihre angewendeten, ihre Mengen und die nötige Zeitdauer andeuten.

Die meisten misslungenen Fählen sind ausbleibenden Kontrollprüfungen zu zuschreiben; und zwar gleichzeitiges Kontroll des Blutgehaltes im Cl und im Alkali-Rezerve. (R. A.).

I. BĂLTEANU, M. SIBI e AGAPIE-BALDOVIN: **La reclorurazione nelle intossicazioni mercuriali.**

Il presente lavoro fa riescere con esempi tipici che in date occasioni puo avere luogo una dissociazione netta tra la quantita disponibile di Cl funzionale e la quantita di reserva di base dell'organismo.

Risulto lo stesso chiaro che i piu gravi casi sono queli che assieme a una defficienza di Cloro hanno anche un defficite grande di riserva di base

perche se il Cl puo essere rimpiazzato fino a un punto con $CO_2$ le basi non possono essere compensate senza un apporto esterno.

E molto utile di ricordare che una sopracarica eccesiva di Cl e tanto pericolosa quanto un deficit di Cl e che è indispensabile di che si realizzi un ottimo nei sali acidi e alcalini dela celula renale per un miglior funzionamento di questa.

L'efficacia del tratamento con elettroliti è assicurata di determinazioni chimice ripetute le quali inndicherano l'elettrolito che bisogna amministrare (Na Cl o $CO_3$), le dosi e il tempo che bisogna continuare. La piu gran parte dei casi di insuccesso citati nella letteratura son dovuti alla mancanza di controllo ripetuto e cioè il controllo concomitente della cloremia e della riserva alcalina.

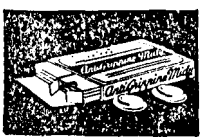

PROVEINASE MIDY
(COMPRIMATE)

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

# RAPORTUL DINTRE TUBERCULOZĂ ŞI KERATO-CONJUCTIVITA FLICTENULARĂ 1)

de

**D-r I. GLAVAN**

Kerato-conjunctivita flictenulară se naşte pe teren tuberculos şi de multe ori constitue singurul simptom al unei tuberculose latente.

Prezenţa kerato-conjunctivitei flictenulare poate servi la diagnosticul precoce al tuberculozei, mai ales la copii.

Tratamentul acestei afecţiuni va fi deci local şi general.

Aceste noţiuni au fost stabilite pentru prima oară de autor, bazându-se pe probe clinice, biologice şi de ordin radiologic.

Raporturile strânse pe care le are ochiul, cel mai diferenţiat dintre toate organele noastre de simţire, cu celelalte părţi ale organismului au făcut pe clinicieni să-i acorde o importanţă mereu crescândă, iar pe oculişti să depăşească sfera redusă a zonei oculare şi să caute în patologia generală interpretarea multor fenomene importante observate la sfera oculară.

Interesul pe care-l prezintă kerato-conjunctivita flictenulară pentru patologia generală m'a determinat să aduc în faţa unei selecte reuniuni de clinicieni şi oameni de laborator chestiunea etiologiei acestei afecţiuni, cu dubla intenţie: să atrag atenţia asupra ei, arătând stadiul în care se găsesc cercetările întreprinse până acum în acest domeniu şi în al doilea rând să arăt contribuţia românească adusă acestei probleme.

Kerato-conjunctivita flictenulară (exematoasă, impetiginoasă, scrofuloasă, etc.), este una dintre cele mai frequente afecţiuni ale oftalmologiei, caracterizată prin apariţia uneia, sau mai multor flictene la nivelul conjunctivei, al corneei, sau al limbului sclero-cornean; în cele mai frequente cazuri apariţia se produce simultan pe conjunctivă şi pe cornee.

Grija cea mai atentă a oculiştilor este ca flictena, odată apărută, să fie silită să dispară cât mai repede, pentru a nu-i da timp să producă maculele, sau leucoamele corneene, cari produc atâtea turburări de refracţie şi deci diminuări ale acuităţii vizuale. Urmărind acest scop, oculiştii au observat că terapeutica oculară nu era suficientă, flictenele progresând uneori chiar în timpul tratamentului şi atunci

---

1) Comunicare făcută la *Institutul de Ştiinţe din România,* în şedinţa dela 15. XI. 1939.

şi-au dat seama că această afecţiune, strâns legată de starea generală rea a bolnavilor, avea nevoe de o terapeutică locală şi generală simultane.

Oculişti distinşi ca Panas (1894), Dudley şi Reynolds (1898), Puech şi Fromaget, Leber, Czerny, D'Ayreux (1910), Axenfeld şi alţii, au observat o strânsă legătură a boalei cu debilitatea generală, fiind cu toţii de acord că boala se producea cu deosebire la scrofuloşi, sau la diatezicii lui Czerny. N'a putut însă obţine niciunul vreun agent patogen specific nici în culturi, nici în secţiunile istologice, în care Leber a găsit celule gigante şi epitelioide..

In acest stadiu se găseau cunoştinţele oculiştilor asupra acestei probleme în anul 1921, când numărul exagerat de mare al acestor bolnavi, număr mereu crescând, rolul pe care îl juca boala în scăderea acuităţii vizuale a unui număr însemnat de persoane şi lipsa unei etiologii precisă ne-a determinat să întreprindem o serie de cercetări în Clinica Oftalmologică din Cluj, al cărei asistent eram.

Prima statistică s'a făcut pe un număr de 781 de bolnavi de kerato-conjunctivită flictenulară îngrijiţi în clinică, adică pe un procent de 19% din totalul bolnavilor clinicei, din această perioadă de timp.

Din cercetările statisticelor şi graficelor întocmite reeşia că afecţiunea era într'o continuă creştere numerică, culminând în anul 1920, că, spre deosebire de statisticele autorilor străini, cari arătau că boala era apanajul copilăriei, ale noastre arătau că este al adolescenţilor şi că apariţia boalei nu era în legătură cu vreun anotimp, ci se prezenta în mod regulat în tot cursul anului.

Cercetările noastre confirmau că afecţiunea era în raport numeric direct cu tuberculoza, după cum se constatase şi în alte ţări. Pentru acest motiv partea 2-a a cercetărilor noastre s'a îndreptat asupra examenului constituţional al bolnavilor de kerato-conjunctivită flictenulară.

Sub controlul maestrului meu, d-l Prof. D-r Michail şi cu preţiosul ajutor dat de d-l Prof. D-r D. Negru, directorul Institutului de Radiologie din Cluj, am cercetat la numeroşi bolnavi starea fizică generală şi antecedentele personale şi colaterale, găsind mai totdeauna prezentă tuberculoza. S'au executat numeroase radiografii pulmonare la aceşti bolnavi, în Institutul d-lui Prof. Negru, constatându-se la toţi adenopatii tracheo-bronchice sau hilare, iar la alţii o tuberculoză netă (de multe ori la persoane la cari nici un fenomen clinic pulmonar nu ne îndreptăţia să presupunem o tuberculoză).

Curba termică ne arată că aceşti bolnavi erau totdeauna subfebrili şi de câte ori apărea o flictenă nouă, se înregistrau şi ascensiuni termice. Caracterul curbei termice era mult asemănător cu cel din tuberculoza torpidă, subacută.

Reacţia la tuberculină ne-a arătat că purtătorii unei kerato-conjunctivite flictenulare aveau o reacţie pozitivă aproape în totalitatea cazurilor.

Din aceste cercetări, pe care le-am publicat în „Clujul Medical" No. 7—8/1921, unde dădeau grafice, statistici, curbe termice şi radiografii, trăgeam concluzia că „rolul de seamă în producerea afecţiunei de care ne ocupam îl juca terenul, despre care se poate spune în mod cert că este tuberculos. Boala este deci o manifestare oculară

a tuberculozei, de multeori e primul semnal dat de o tuberculoză latentă, viscerală" [2]).

Lucrarea noastră a fost recenzată, îndată după apariţia ei, în „Zentralblatt für die Ges. Opht." Band. VII, pag. 32 din 1921.

In lunie şi lulie 1927, apar în „Archives d'Ophtalmologie" două importante studii asupra „Flictenelor oculare şi tuberculoza" scrise de Prof. Weekers, directorul clinicei oftalmologice din Liège. Urmărind exact acelaşi scop ca noi, urmând acelaşi plan şi studiind aceleaşi capitole, adică: a) radiografia pulmonară la flictenulari, pe care a executat-o împreună cu Colmant, începând din 1922; b) reacţia la tuberculină; c) curba termică, căreia îi dă o însemnată importanţă şi despre care spune că „a notre connaissance un seul auteur, Stalder (1926) signale l'hypertermie chez les phlycténulaires", Weekers ajunge la următoarele concluzii:

1. Există la toţi flictenularii, fără excepţie, o adenopatie tracheobronchică pronunţată, pusă în evidenţă de radiografii.

2. Cuti-reacţia la tuberculină este pozitivă la aceşti bolnavi în 90% din cazuri.

3. Măsurarea temperaturei, la intervale regulate, pune în evidenţă ridicarea ei trecătoare.

4. Tuberculoza este întâlnită frequent în antecedentele bolnavilor.

5. Deci fapte bine stabilite permit să se facă o strânsă legătură între flictenele oculare şi tuberculoză, clinica şi experimentaţia demonstrând că toxina tuberculozei joacă un rol esenţial în producerea flictenelor.

Distinsul oculist dela Liège ajunge deci, după 6 ani dela publicarea lucrării noastre, la concluzii identice cu ale noastre, de care probabil n'a luat cunoştinţă, din moment ce nu ne cita între numeroşii autori consultaţi, subliniind chiar că unele fapte n'au mai fost descrise până la el (curba termică şi radiografiile pulmonare la flictenulari), fapte pe care punea mare preţ şi pe care noi, punând acelaş preţ, le relevasem în lucrarea citată cu 6 ani mai înainte.

Dela apariţia lucrărilor lui Weekers şi până azi numeroşi autori, din toate continentele, n'au mai adus nimic nou de seamă în acest domeniu, reconfirmând cu toţii aceleaşi fapte. Este suficient să citez lucrarea de sinteză a lui L. Ginet (din Traité d'Ophtalmologie 1939, tom. IV, pag. 534), care, bazat pe numeroase lucrări pe care le citează (a noastră nu este menţionată între ele), ajunge la următoarea concluzie: „Cauzele apariţiei boalei — e vorba de kerato-conjunctivita flictenulară — trebuesc căutate mai ales în starea generală a persoanei". De asemenea André Koutseff, în acelaş important tratat de oftalmologie apărut de curând (tom. III, pag. 587), ajunge la aceleaşi constatări, că „sunt prea multe probe clinice cari pledează pentru o tuberculoză în etiologia kerato-conjunctivitei flictenulare, pentru ca să se mai poată exclude acest mod de a vedea al celor mai mulţi dintre autori".

In cei 16 ani cari s'au scurs dela publicarea primelor noastre cercetări, am urmărit de aproape această problemă, pe mii de cazuri

2) *I. Glăvan*: Rolul terenului în blefaro-kerato-conjunctivita exematoasă, Clujul Medical 7-8 din 1921

BCU Cluj / Central University Library Cluj

de kerato-conjunctivită flictenulară, şi concluziile cercetărilor n'au făcut decât să le întărească pe cele dintâi, adică această boală se naşte pe un teren tuberculos şi de multe ori este singurul simptom al unei tuberculoze latente. Această părere este menţionată şi în tratatul de oftalmologie al d-lui Prof. D-r Michail, apărut în 1928, în care d-sa citează pe larg lucrările noastre. In lucrările străine, apărute ulterior publicării acestei importante cărţi, relativ la kerato-conjunctivita flictenulară, nici d-l Prof. Michail nu este citat.

Odată stabilit raportul între tuberculoză şi această afecţiune oculară, terapeutica keratitei flictenulare a evoluat şi ea. Azi terapeutica locală, oculară, este pusă în concordanţă cu cea generală, având în vedere etiologia boalei, iar rezultatul este un folos real adus bolnavilor.

Atrăgând din nou atenţia asupra acestei chestiuni, doresc să arăt clinicienilor că acest mic semn, keratita flictenulară, ne poate pune de multe ori în măsura să diagnosticăm o tuberculoză incipientă, căreia îi lipsesc simptomele clasice. Chestiunea acestui diagnostic precoce este cu atât mai importantă când e vorba de copii, cărora le putem da un ajutor eficace mai totdeauna, făcând diagnosticul la vreme.

I. GLAVAN: **Le rapport entre la tuberculose et la kerato-conjonctivite phlictenulaire.**

Mise au point de la question et revendication de priorité de l'auteur, qui le premier a établi la relation entre la kerato-conjonctivite phlictenulaire et la tuberculose.

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

# FOLOASELE DIAGNOSTICULUI TIMPURIU *) AL TUBERCULOZEI PENTRU COMBATEREA BOALEI

de

**D-r S. IRIMESCU**
Secretar general al Ligii contra Tuberculozei
Director general al Societăţii pentru Profilaxia Tuberculozei

Tuberculoza este cea mai curabilă dintre boalele cronice (Grancher), dar este şi cea mai cronică dintre boalele curabile (Irimescu).

Această **evoluţie prelungită a boalei,** mărind riscurile contagiunei impune depistarea cât mai timpurie a boalei şi a bolnavilor.

Nevoia unui **diagnostic precoce al tuberculozei** se impune ca unul din mijloacele cele mai importante pentru combaterea tuberculozei.

Diagnosticul precoce, ca să fie realmente util în combaterea tuberculozei trebue să aibă ca sancţiune un tratament precoce.

Prin urmare, **depistare precoce şi tratament instituit la timp,** este formula de urmărit, ţinând seamă că aspectul social al tuberculozei a ajuns să predomine asupra celui contagios (Arnould), că tuberculoza este boala sărăciei şi boala ignoranţei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

**Propaganda** fără **asistenţă** nu poate avea eficacitate.

**Izolarea** în spitale şi sanatorii se impune.

Avem în ţară cel puţin 300.000 tuberculoşi activi

Ne-ar trebui după calculele expuse de autor în diferite ocaziuni, 30.000 paturi; — nu avem, cu cele din sanatoriile create de ligă, atunci când toate vor intra în funcţiune, decât 7000—7500.

La noi se cheltueşte pe an de cap de locuitor 20 lei, pentru întreaga sănătate publică; — după datele prezentate la secţiunea de igienă a Soc. Naţiunilor, ar trebui un minimum anual de 1,50 — 2 franci aur de cap de locuitor, numai pentru combaterea tuberculozei.

La noi sumele afectate pentru combaterea tuberculozei sunt de 30 ori mai mici; — până când statul să poată da mai mult, individul trebuie să se apere singur; — o asigurare generală şi specială contra tuberculozei se impune; această **asigurare contra tuberculozei,** trebuie neapărat să se întindă şi asupra populaţiei rurale, ţăranii dând 27.000 din totalul oficial de 35.000 morţi de tuberculoză, anual.

Combaterea tuberculozei la noi este de o continuă actualitate. Desbaterile Congresului dela Cernăuţi, din Mai anul acesta, au adus-o în discuţia publică.

*) Raport prezentat la Al IV-lea Congres Naţional de Tuberculoză, dela Cernăuţi, 27-29 Mai 1939

Avem o enormă morbiditate de tuberculoză. Sforţările Ligii contra tuberculozei deşi au dus la rezultate apreciabile de asistenţă sunt încă departe de a atinge scopul urmărit, din cauza lipsei de mijloace, care să-i permită să ajungă la înfăptuiri mai complecte, aşa cum sunt enunţate în programul pe care şi l-a propus.

Avem în ţară cel puţin 300.000 tuberculoşi cu leziuni active.

Anchete făcute amănunţit în unele regiuni dela noi — rezultatul lor a fost relatat la Congresul dela Cernăuţi — arată că proporţia de tuberculoşi cu simptome clinice şi imagini radioscopice bine definite e în jurul cifrei de 1,5%, ceiace pentru o populaţie de 20 milioane dă numărul de 300.000. Ne-ar trebui după calculele pe care le-am expus în diferite ocaziuni — 3 paturi la fiecare fracţiune de 2000 locuitori — cam 30.000 paturi şi nu vom avea chiar când toate sanatoriile create de Ligă — nădăjduim până în toamnă — vor intra în funcţiune decât vreo 7000—7500. E mult prea puţin. Proiectele care se anunţă — Ministrul actual al sănătăţii constatând în viguroasa sa ofensivă sanitară întinderea tuberculozei, care a cuprins şi satele pe o scară întinsă a declarat că se vor înfiinţa spitale de izolare, cel puţin câte unul de 100 paturi de fiecare judeţ — dacă se realizează ne vor duce la vreo 15.000 paturi. Chiar cu numărul acesta de paturi, rămânem la jumătate din cel socotit indispensabil de ftiziologi şi statisticieni pentru o campanie metodică contra tuberculozei. Exigenţele, depăşite într'unele ţări de un pat de fiecare deces rămân un deziderat pentru viitor. Nădăjduim că cifra aceasta aşa de mare se va reduce deoarece, totuşi, chiar cu un număr şi mai mic de paturi, dacă vom şti să le utilizăm cât mai bine, vom reuşi să reducem într'un timp relativ apropiat mortalitatea de tuberculoză.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Modul cum asistenţa trebue să fie înţeleasă, e o chestiune de gospodărie sanitară, care trebue să fie bine chibzuită. Problema pentru moment e să lichidăm stocul actual de bolnavi, în cele mai bune condiţiuni de căutare şi de umanitate. Mulţi dintre bolnavi chiar cu leziuni active pot fi recuperaţi graţie noilor mijloace de tratament — colapsoterapia în primul rând, dela pneumotoraxul artificial la metodele de chirurgie pulmonară — redobândindu-şi capacitatea de muncă. Ceiace însă trebue urmărit de aproape e să nu lăsăm ca atâţi bolnavi la care boala debutează să nu găsească mijlocul să fie cunoscuţi şi asistaţi la timp, aşa încât să ajungă şi ei într'o fază înaintată a boalei. Problema atunci devine şi mai greu de rezolvat, deoarece stocul de bolnavi, care creazâ focare de molipsire este continuu reîmprospătat. Nevoia unui diagnostic precoce al tuberculozei se impune ca unul din mijloacele cele mai importante pentru combaterea tuberculozei.

Acţiunea pe care organizaţiile de combatere metodică şi sistematică a tuberculozei o întreprind, se desfăşoară acum pretutindeni, în cadrul diagnosticului precoce al tuberculozei.

In Italia, pentru a da un exemplu, deşi acolo graţie fondurilor enorme puse la dispoziţie prin legea asigurării speciale contra tuberculozei — bugetul anual de combatere al tuberculozei este de 500 milioane lire anual, aproape 4 miliarde şi jumătate lei — mortalitatea s'a redus considerabil — 34.000 morţi pe an, pe când la noi sunt 50.000 — pentru a o reduce încă şi mai mult, punctul de bază,

în campania care se întreprinde e stabilirea diagnosticului precoce al tuberculozei. Cheltuelile aşa de mari prilejuite de tuberculoză — dela 1929 până în prezent peste 400 mii cazuri de tuberculoză printre asiguraţi au fost tratate în sanatorii, necesitând pentru căutarea lor sume enorme, aproape un miliard şi jumătate lire — vor fi atunci scăzute. De şeapte ani, în ceia ce se chiamă luna tuberculozei, în intervalul între Paşte şi Rusalii, tema principală pusă în discuţie e cea a diagnosticului precoce al tuberculozei. O vastă propagandă se întreprinde: 6000 medici conferenţiază în întreaga peninsulă. Se crează curente de opinie publică, se infiltrează convingerea că boala e perfect curabilă, când este căutată la debutul ei.

Ia naştere astfel o conştiinţă populară în mulţimi că apărarea sănătăţii publice, contra tuberculozei în primul rând, care e cea mai omorîtoare dintre boale e o datorie civică, dintr'un spirit de solidaritate pentru propăşirea neamului. Ca o mare solemnitate, luna este inaugurată cu toată pompa şi oficialitatea pentru a-i da cât mai mult prestigiu şi autoritate îi acordă tot concursul.

Când se va reuşi — mijloace de investigaţie există, dar ele nu sunt folosite destul din lipsă de organizări suficiente, în dispensare bine utilate conduse de medici competenţi, prevăzute cu laborator şi aparate de radiologie — să se cunoască boala atunci când debutează, nu vom mai avea spectacolul lamentabil de astăzi.

Tuberculoşii înaintaţi, care defilează tragici la dispensarele noastre reprezintă încă pe vechii ftizici de altă dată. Boala sub această înfăţişare îşi merită reputaţia, care persistă încă de boală care nu iartă. Ftizicii pe care romanticii îi prezentau în pagini sentimentale şi induioşetoare — figura lor pe care boala o idealiza, le da o frumuseţe morbidă care inspira pe poeţi — trebue să facă loc tuberculosului la care boala de abia se trădează, bolnavii păstrând aparenţe de perfectă sănătate.

Căutând în această fază, tuberculosul se vindecă de cele mai multe ori. Tratamentul nu este costisitor şi este util.

El nu se mai face, în disperare de cauză, prin tot felul de droguri, cele mai multe inutile, de o înaltă fantezie. Totul se limita în trecut la teraupeutica simptomelor şi cum, când se făcea diagnosticul de ftizie, soarta tuberculosului părea pecetluită, căutarea se întreprindea fără nici o convingere din partea medicului, că va duce la rezultate.

Astăzi, putem fi mândri de metodele disponibile: diferitele procedee ale colapsoterapiei punând plămânul bolnav în condiţii de repaos care permit vindecarea.

Dacă am surprinde boala cu totul la începutul ei, nici aceste metode nu ar fi necesare. Simpla vieaţă igienică, departe de ocupaţii şi de sbucium ar fi suficientă. Ceiace se realizează, în mod natural prin puterea de apărare proprie a organismului, se poate realiza şi la cei la care boala latentă isbucneşte, dacă e surprinsă dela primele ei manifestări. Intr'adevăr, după proba cu tuberculină, majoritatea adulţilor e contaminată, dar numai 1,5% au semne manifeste de boală.

S'a spus de Grancher că tuberculoza este cea mai curabilă dintre boalele cronice.

Când Grancher a enunţat aforismul lui, el care era un maestru al ascultaţiei şi al percuţiei, punând în joc toată ingeniozitatea lui de mare clinician ca să găsească simptomele cele mai fine, cântărind semnele constatate, pentru a le da cea mai bună interpretare, se referea la bolnavii zişi incipienţi, care de fapt erau de multe ori bolnavi cu leziuni fibroase, cicatrizate, după primele manifestări, deja depărtate, din trecutul lor. Numărul acestora e foarte urcat, ceiace arată cât de mare e proporţia celor care la un moment dat al vieţei lor au avut incidente pulmonare active, stinse încă, până aproape de dispariţie. Când boala reisbucneşte şi focarele vechi se reaprind, dacă bolnavul nu se caută la timp şi cât de repede are toţi sorţii să ajungă la leziuni extensive. El trece astfel într'o fază, când boala nu mai e o afecţiune cronică curabilă ci o boală acută omorîtoare. Chiar dacă e descoperită — avantagiul e că fiind semnalată, măsuri profilactice se pot lua în jurul bolnavului, neglijate cu totul până atunci — şi un tratament mai e încă posibil, el e lung şi anevoios.

La aforismul lui Grancher ca să fie exact, trebue să adăogăm că e cea mai cronică din boalele curabile.

Trebue să evităm ca bolnavul să depăşească primele baze ale leziunilor. Îi dăm şi lui toate posibilităţile să se îndrepte şi de multe ori să se vindece şi degrevăm bugetele combaterii tuberculozei şi pentru prezent şi pentru viitor.

Cum să surprindem însă primele semne de boală? Problema e dificilă şi spinoasă. Bolnavii ar trebui să fie cunoscuţi, înainte de a avea semne manifeste de boală aşa cum le înregistrează dispensarele conduse de medici specialişti.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Colaborarea medicilor practicieni e necesară. Ei sunt care văd bolnavii de diferite categorii, printre care sunt mulţi tuberculoşi. Bolnavii vin pentru simptome care par că nu au nici o legătură cu tuberculoza, dar sub care boala este mascată; simptome gastrice, intestinale, stări de depresiune generală, febră mică de cauză nedeterminată, etc. Educaţia şi instrucţia medicilor în general trebue făcută, înainte de a forma medici specialişti, ca să ştie să surprindă primele semne de boală şi numai în caz de dubiu să recurgă la luminile medicului specialist. Cum facultăţile de medicină dela noi neglijează — programul lor e prea încărcat cu toate că ftiziologiei trebuia să i-se dea o deosebită atenţie, tuberculoza fiind boala pe care medicul practician o întâlneşte foarte des în cariera lui — deşi pretutindeni acum, cursuri oficiale de ftiziologie sunt instituite (până şi în Grecia, Jugoslavia, Italia, creând patru catedre dintr'o dată, pentru acest învăţământ), centre anexate sanatoriilor existente — suntem pe cale să deschidem unul la sanatoriul Filaret — vor fi de un mare folos.

Toate instituţiile oficiale — Statul, diferitele autorităţi, Asigurările sociale — au tot interesul ca bolnavii să fie cât mai repede descoperiţi pentruca leziunile să nu înainteze. Căutarea lor când sunt diagnosticaţi tardiv este de mai lungă durată şi pe lângă primejdia de molipsire, noui bolnavi se pregătesc, în acest fel, sarcinile bugetare pentru asistenţa lor crescând din ce în ce mai mult.

Nu trebue aşteptat numai avizul medicului specialist ci ţinut seamă de cel al medicului practician care când e atent şi are o in-

structie făcută şi în această direcţie poate semnala primele simptome revelatoare pentru boală.

Intr'un raport pe care l-am prezentat la Congresul Naţional de tuberculoză dela Iaşi în 1935, am intrat în desvoltări şi amănunte pentru a arăta care e concepţia actuală în ftiziologie a debutului tuberculozei. Ar fi să mă repet ca să reîncep această discuţie. Cei pe care problema îi interesează pot găsi în raportul meu documentaţia care s'a adus de ftiziologi pentru lămurirea ei. De atunci, publicaţiile asupra diagnosticului precoce al tuberculozei au sporit continuu. O literatură foarte bogată există asupra acestui subiect.

Ar fi prea lung nu numai ca să o rezum, dar chiar să fac o menţiune a monografiilor şi observaţiunilor publicate.

Controverse există asupra infiltratelor precoce cărora autorii germani le acordă o importanţă foarte mare pentru debutul tuberculozei. Lucrarea recentă a lui Brauening „Debutul tuberculozei la adulţi" conţine date de mult interes asupra acestei chestiuni.

Fără a intra într'o analiză amănunţită a acestei lucrări, reiese că în 70% din cazuri, tuberculoza la adulţi — din cele 86 cazuri analizate — începe sub forma de infiltrate precoce.

Nu e atât sediul acestor infiltrate care importă — deşi mai frecvent sub claviculă ele pot fi găsite şi în alte puncte ale ţăsutului pulmonar — cât natura lor. Caracteristica unui infiltrat e calitatea lui de a fi exsudativ şi nu productiv. Ceiace trebue notat e că acest infiltrat nu dă de multeori nici un simptom clinic şi nu poate fi descoperit decât prin examenul radiologic. Se confirmă astfel din ce în ce mai mult, ceiace arătam în expunerea mea dela congresul din Iaşi, că leziunile nu se aud dar se văd.

Digitized by Romanian Academy Library

Brauening reabilitează reputaţia care s'a făcut infiltratului precoce. Evoluţia lui nu e atât de acută, cât se crede de mulţi şi el nu e atât de des origina cavernelor precoce.

Din 21 cazuri de infiltrate tipice, Brauening a observat la 13 din ele o evoluţie favorabilă prin rezorpţie sau scleroză.

Doi autori suedezi, Malmros şi Hedvall au publicat de curând o lucrare de un deosebit interes. „Studii asupra naşterii şi desvoltării tuberculozei pulmonare". Două grupuri de bolnavi sunt studiate, unii în număr de 47 care aveau cutireacţia negativă şi alţii deja alergici, în număr de 43, cu o cutireacţie pozitivă, şi unii şi alţii, la începutul observaţiei fără nici un semn clinic sau radiologic de leziuni pulmonare. Examene radiologice repetate şi apropiate au precizat momentul când leziunile au apărut.

La debutul lor, focarele constatate nu dau loc la nici-o simptomatologie clinică confirmată; câteodată se observă puţină oboseală, tuse rară, junghiuri discrete, febră uşoară. Simptomele acestea nu erau ţinute în seamă de bolnavi şi numai după radiologie s'a putut afla că există la ei focare de tuberculoză. Tuberculoza pulmonară după cei doi autori suedezi începe la adulţi sub forma de focare care la radiografie apar ca mici pete fără o localizare precisă, mai deseori în etajul superior al plămânului. Cum nu dau simptome propriu zise, numai prin radiologie, ele pot fi constatate. Un număr oarecare din aceste leziuni duc la scleroză şi la calcificare.

Altele, după un timp, mai mult sau mai puţin lung sunt punctul de plecare al unei tuberculoze pulmonare progresive, câteodată gravă, care se întinde la părţile mijlocii şi inferioare ale plămânului. Când evoluţia aceasta se produce, petele mici cresc ca număr, fuzionează între ele, formând infiltrate care pot duce uneori la caverne. Dacă nu se asistă la modificările acestea succesive, se poate crede că dintr'odată apar infiltrate precoce masive. Se vede interesul acestor constatări pentru un diagnostic precoce. Numai, prin examene radiologice frecvente se poate surprinde momentul când aceste mici pete au tendinţa de a deveni confluente. Un tratament pus în practică la timp poate să preîntâmpine această confluenţă, petele sclerozându-se înainte de a fuziona. Controversa produsă între Brauening şi autorii suedezi e mai mult doctrinală. Petele acestea mici când sunt situate la vârful plămânilor de obicei sunt rezultatul însemânţărilor hematogene şi nu duc decât la formaţiuni abortive — mai dese la copii, ele există şi la adulţi — dar pot să evolueze şi să dea naştere la forme de tuberculoză pulmonară obişnuită cu leziuni progresând dela vârf spre părţile mijlocii şi inferioare ale plămânilor.

Numai, urmărind de aproape ce se întâmplă cu aceste mici leziuni care radiologic apar sub forma de mici pete, autorii suedezi au putut constata evoluţia lor. Infiltratul precoce care rezultă din confluenţa lor ar fi deci secundar şi nu primitiv.

Ceiace trebue reţinut din aceste studii este necesitatea de a ţine deaproape în observaţie pe cei la care contaminarea e probabilă, fiind date condiţiunile lor de trai, cohabitarea cu bolnavi cu leziuni deschise, pentru a preciza momentul când leziunile încetează să fie latente şi trec într'o fază evolutivă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Evident, cercetarea aceasta presupune organizări numeroase prevăzute cu tot ce trebue pentru a fi sistematic conduse. Leziunile care la început nu se trădează prin nici un simptom trec cu totul neobservate. Ar fi necesar ca o examinare de grupuri mari, în diferitele colectivităţi să fie întreprinsă, complectată la cei cu o cutireacţie pozitivă şi cu radioscopii şi la cei cu o cutireacţie negativă, cercetând dacă nu se produce virajul ca să devină pozitivă.

Ceiace reiese din anchetele deja vechi din centrul de demonstraţie dela Cattaraugus în Statele Unite, e că, pentru o anchetă epidemiologică chiar complectă e suficient de a ţine în observaţie pe cei în contact repetat şi apropiat cu bolnavii, având leziuni deschise. Anchetele care s-au făcut în câteva sate dela noi, ale căror rezultate au fost prezentate la Congresul dela Cernăuţi, duc la aceleaşi concluziuni. In rapoartele publicate asupra congresului dela Cernăuţi, amănunte se pot vedea în această privinţă.

Molipsirea se produce, în primul rând în familiile, în care se află un bolnav cu leziuni deschise. Constatarea aceasta e de importanţă practică. In anchetele, care se fac şi în cele, care sperăm se vor face din ce în ce mai mult, nu e nevoe de a întocmi un cadastru al întregei populaţii. Limitând examenul la cei care au avut morţi de tuberculoză în familia lor sau trăesc în contact cu bolnavi cu leziuni manifeste şi la cei cu copii reacţionând pozitiv la tuberculină, se pot descoperi peste 90% din totalitatea cazurilor de tuberculoză dintr'o co-

munitate rurală. Examinarea deci numai a unei cincimi din populaţie e suficientă pentru o anchetă epidemiologică, în ceiace priveşte tuberculoza.

Ar urma ca la o populaţie rurală de 16.000.000, cât e a noastră să fie examinaţi trei milioane două sute de mii indivizi. Socotind că o echipă radiologică poate face o sută de examene pe zi, s'ar ajunge la 25.000 examene anuale de fiecare echipă. Ar fi nevoe deci pentru toată populaţia rurală de 128 instalaţii radiologice, adică mai puţin de două pe judeţ. Costul unei instalaţii fiind de 250.000 lei şi adăogând o sumă egală, pentru automobilul care o poartă, bugetul global ar fi de 64.000.000 lei. Cu prevederi bugetare anuale, în acest scop, de 20.000.000 lei pentru înzestrare, comunele rurale ar fi toate cercetate ca să se stabilească un inventar al tuberculozei. Cum se vede deci, ancheta aceasta pe scară întinsă e posibilă şi realizabilă.

Presupunând că ea ar fi întreprinsă, nu e suficient însă de a cunoaşte numărul bolnavilor care au nevoe de căutare. Diagnosticul precoce ca să fie realmente util în combaterea tuberculozei trebue să aibă ca sancţiune un tratament precoce.

Dacă în Italia, tuberculoza a scăzut considerabil e că, măsuri întinse de asistenţă există şi preventive şi curative. Tinerii contaminaţi reuşesc să stăpânească infecţia prin vieaţa în aer liber, prin exerciţii fizice — ele trebue să fie moderate la cei la care boala există latentă, deoarece regimul de sporturi excesive de care se abuzează astăzi, poate fi dăunător — prin instituirea atât de grandioasă de colonii de vacanţă, marine, fluviale, de munte, prin formaţiunile premilitare, a căror igienă e foarte îngrijită.

Rezultatele se pot constata. In Italia, pe când mortalitatea, la o vârstă înaintată nu s'a modificat sensibil şi a rămas aproape neschimbată, la tineri, în clasele de muncitori mai cu deosebire care intră în cadrul asigurărilor contra tuberculozei, scăderea e foarte apreciabilă.

Propaganda intensă întreprinsă acolo a făcut ca în câţiva ani numai, numărul bolnavilor în regiunile şi localităţile bine supraveghiate, descoperiţi în bune condiţii de cură să crească mult. Astfel, pentru a da o cifră, care e demonstrativă, pe când la centrul de diagnostic dela Turin între 35 şi 50% din bolnavii care se prezentau erau încă până în 1935 cu leziuni mari evolutive, la cel din Palermo şi mai bine organizat 75% erau cazuri curabile, cu toţi sorţii de ameliorare până la vindecare. O selecţiune riguroasă a bolnavilor se face pentru tratamentul ambulator prin pneumotoraxul artificial şi rezultatele favorabile obţinute cu ajutorul lui depăşesc proporţia de 50—60%.

Date comparative există şi pentru alte ţări. Ferguson a arătat că în Canada, la 1000 de elevi din şcoli în 1921, proba cu tuberculină era pozitivă în proporţie de 50% din cazuri. In 1934—35, proba făcută pe 5000 elevi a dat rezultate pozitive numai la 10% din ei.

In regiunea cercetată de Ferguson, dela 1929 există dispoziţii legislative care asigură tratamentul gratuit tuturor tuberculoşilor.

Am dat în rapoartele mele anterioare cifre şi date, care arată

că în şcolile din Paris, aşa cum reiese din publicaţii recente, numărul elevilor cu reacţie negativă la tuberculină e în mare creştere.

Nu se poate contesta deci de ce mare folos e stabilirea diagnosticului precoce al tuberculozei pentru prevenirea boalei.

Dacă am reluat această temă e că în timpul din urmă într'un număr de publicaţii şi dela noi, oarecare scepticism se manifestă asupra rezultatelor terapeutice obţinute chiar în cazul unei „depistări precoce şi a unui tratament instituit la timp".

Ameliorarea nu ar fi atât de importantă cât s'ar crede.

Se fac confuziuni cu aceste afirmări. Ftiziologii şi statisticianii au dat cifre care dovedesc că atunci când boala e căutată în primele ei faze este perfect curabilă.

In diferite rapoarte şi publicaţii am înşirat statistice care ilustrează şi documentează cât de vindecabilă e tuberculoza.

Optimismul e permis, e necesar pentru că numai cu credinţa că boala poate fi îngrădită, lupta va fi dusă cu entuziasm, din convingerea că e utilă.

Nu voi relua datele pe care le-am expus în rapoarte şi statistice anterioare. Voi cita numai câteva din ele pe care le socotesc foarte demonstrative. Astfel Nitter arată că după doi ani dela cura în sanatorii, trăiau din 100 bolnavi căutaţi, 80 din cei din stadiul I al boalei, 40 din stadiul al II-lea şi numai 20 din stadiul al III-lea.

Cifrele date de Oeri, urmărind bolnavii din 8 sanatorii sunt aproape identice. După 8 ani erau încă în vieaţă, din 100 bolnavi, 79 din cei din stadiul I, 46 din stadiul al II-lea, 12 din stadiul al III-lea.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In sanatoriile engleze, după 5 ani dela încetarea curei sucombaseră 28 din cei din gradul I, 78 din gradul II, 94 din gradul III. Urmările în timp şi spaţiu, statisticele sunt foarte puţin favorabile pentru bolnavii înaintaţi. Pentru cei căutaţi la timp sunt însă bune şi chiar foarte bune.

Când se spune că letalitatea, adică numărul morţilor raportat la numărul bolnavilor a scăzut puţin — la New-York de exemplu cu 5% numai — cu toată lupta întreprinsă, e nevoe să se ţină în seamă că statisticele nu trebue să se refere la cifre globale, dar la cifre pe categorii aparţinând aceluiaşi grad de boală. Cum în general nu numai la noi, dar în toate ţările bolnavii, când se prezintă pentru căutare sunt într'o fază înaintată a boalei, rezultatele nu pot fi strălucite.

Dispensarul din Stettin pe care Brauening îl conduce cu o competenţă desăvârşită şi care e cât de metodic organizat nu isbutise din 100 cazuri de tuberculoză înscrise în registrele lui să cunoască decât 18, în faza de leziuni închise. Din cei peste 80% cu leziuni active, aproape toţi sunt cu forme evolutive şi la ei eficacitatea tratamentului e dubioasă.

Se explică astfel pentru ce statisticele lui Brauening sunt atât de întunecate pentru viitorul bolnavilor. Am arătat însă mai sus, analizând recenta lui lucrare că pentru infiltratul precoce, pronosticul e destul de favorabil, când cazurile sunt tratate imediat ce au fost diagnosticate.

Din cei 86 bolnavi a căror observaţie o relatează, în lucrarea lui, 16 numai au murit, 35% din ei rămânând încă contagioşi.

Statistica dată de un olandez, Bronkhorst arată — ea apare astfel destul de optimistă — progresia crescândă a bolnavilor, care şi-au pierdut bacilii din spută, după tratament.

Dela proporţia de 36,8% în 1922, s'a ajuns la 66,4% în 1934—35.

Nici în sanatoriile olandeze, bolnavii nu au putut fi trataţi la timp, dar cel puţin li s'a oferit, când era nevoe, o durată suficientă de cură, trecând pentru unii din ei, de un an. Cu tratamente sumare şi de scurtă durată, rezultatele tratamentului sunt de cele mai multe ori nule. La noi, până anul trecut, durata medie de cură la bolnavii aparţinând Asigurărilor Sociale era de 45 zile. Se iroseau fondurile fără nici un folos, pentru o aparenţă de asistenţă, deoarece într'un interval atât de limitat, nici o schimbare apreciabilă nu se putea produce în starea bolnavului. Capacitatea de muncă nu era redobândită şi izolarea se făcea pe un termen prea scurt ca să aibă vreun efect ca măsură profilactică. Cu schimbarea introdusă acum, după noua lege a asigurărilor — cel puţin 3 luni cu facultatea de prelungire — internarea bolnavului va fi de o mai mare eficacitate şi pentru el şi pentru cei din jurul lui.

Nu trebue să lăsăm pe bolnav să ajungă în faze înaintate de boală. Trebue să-l descoperim la timp ca să nu avem ca program în combaterea tuberculozei, în primul rând numai izolarea, atât de utilă incontestabil ca măsură profilactică — am arătat în rapoartele mele că scăderea tuberculozei în Anglia, Statele Unite, Danemarca, se datoreşte, în bună parte şi faptului că un număr din ce în ce mai mare de bolnavi sunt internaţi în spitale şi sanatorii ca să moară acolo — dar atât de oneroasă pentru buget. Izolarea e greu să fie realizată până la decesul bolnavului şi când leziunile sunt mari aşa încât orice metodă de tratament devine iluzorie, intervalul de timp până ce dispare e de luni şi de ani. De multe ori reintră în familie ca să aibă mângâierea de a fi printre ai lui, continuând să fie un izvor de molipsire, deoarece sfaturile profilactice care i s'au dat sunt uitate de bolnavul agonizant, care nu mai are puterea de voinţă să le urmeze.

Morelli care e o autoritate în fiziologie afirmă că pe baza datelor pe care le-a putut culege din statisticele documentate italiene, că tratamentul făcut din momentul când leziunile au devenit manifeste dă 80% vindecări şi chiar cavernele, temutele şi tragicele caverne, dacă sunt surprinse când se formează se vindecă — dacă nu anatomic dar economic, în sensul că bolnavul poate munci — în peste 50% din cazuri.

In Italia, bolnavii descoperiţi la timp pot repede fi internaţi deoarece numărul paturilor în sanatorii a trecut de 40.000. Şi la noi, un progres se constată în ceeace priveşte gradul de boală, în care bolnavii se prezintă la dispensare aşa încât, poate că totuşi propaganda făcută a determinat pe bolnavi să ceară să fie mai repede lămuriţi asupra naturii simptomelor care ne dau bănueli că sunt tuberculoşi. De unde înainte, proporţia celor cu leziuni mari era considerabilă, în ultimii ani bolnavii în gradul I şi II predomină. Astfel în cele 7 dispensare ale Societăţii de profilaxie din Bucureşti, în 1937 au fost 45% în gra-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

dul I, 42% în gradul II, 13,5% în gradul III. Cifrele sunt aproape identice pentru 1938 (16,5% femei şi 29,4% bărbaţi, în gradul III).

Lacuna e că din lipsă de locuri în spitale-sanatorii, o proporţie redusă din bolnavii catalogaţi pot fi internaţi. Astfel, pentru 1938 din tuberculoşii descoperiţi prin dispensarele din Bucureşti ale Societăţii de profilaxie numai 20,7% au găsit loc în sanatorii.

E greu de a diagnostica boala de când începe.

Nu e singura boală care e ocultă, dar e una din cele mai oculte, deoarece la debutul ei nu dă decât puţine şi neînsemnate simptome subiective. Sunt multe afecţiuni şi ale altor organe care trec neobservate.

Breccia din Genova dă o statistică în care arată că la revizia militară din zona de operaţiuni a armatelor italiene, în timpul războiului a constatat viţii valvulare ale inimii în proporţie de 4 la fiecare 120 oameni de trupă socotiţi sănătoşi. Pe dealtă parte câte tumori maligne, aproape până duc la caşexie, câte apendicite, afecţiuni ale prostatei, ulcere stomacale, duodenale sunt ignorate!

Un mare clinician german, Penzoldt a spus foarte bine că un aliat excelent în tratarea boalelor e frica care determină pe bolnavi să vină să se caute. Tuberculoza e o boală insidioasă cu simptome vagi şi nedeterminate atribuite unor cauze banale — răceală, oboseală, etc., — cărora bolnavii nu le dau nici o atenţie. Numai, cercetări minuţioase clinice şi radiologice permit să se evidenţieze leziuni care altfel trec cu totul ignorate.

Anchetele care se fac în colectivităţi — s'au întreprins şi la noi în şcoale, în armată, ale căror rezultate le-am arătat în alte rapoarte, şi cu ocazia Congresului dela Cernăuţi, date au fost relatate asupra cercetărilor întregei populaţii în câteva localităţi rurale — duc la concluzia că peste 1% din indivizii socotiţi sănătoşi au leziuni active de tuberculoză. Nici clinica, nici radioscopiile şi radiografiile nu revelează totdeauna aceste leziuni. Ele îşi au limitele lor. Se explică astfel erorile de diagnostic comise. Fiecare medic specialist — punctul acesta ar merita lungi desvoltări — poate cita surprize de felul acesta, dăunătoare şi pentru bolnavi, deoarece le întârzie tratamentul şi pentru medici a căror competenţă e pusă în discuţie. Greşeala de diagnostic este greu de evitat, dar de multe ori, cum s'a spus foarte bine dintr'o greşeală se pot trage multe învăţăminte utile pentru a ascuţi perspicacitatea de explorare a medicilor.

O altă categorie de bolnavi deşi au simptome funcţionale (febră mică, tuse, expectoraţie, stare generală mediocră, diminuare în greutatea corporală) fug de vizita medicală.

Sunt numeroşi bolnavi, care mărturisesc că nu voesc să fie examinaţi de medic ca să nu li se confirme temeri care îi obsedează. Ei se mulţumesc să-şi trateze simptomele recurgând — e mai expeditiv şi mai puţin costisitor — la luminile farmaciştilor care le oferă cu profuzie siropuri şi calmante.

Tuberculoza are încă pentru mulţi o reputaţie tragică şi diagnosticul ei sună ca o sentinţă de moarte. De fapt, e perfect curabilă,

când e căutată din vreme şi orice întârzerei pentru precizarea diagnosticului riscă să ducă pe bolnavi la leziuni cu adevărat incurabile.

Intervine apoi şi un factor moral.

Dintr'un sentiment de îndatoriri familiale, pentru a-şi agonisi un câştig de care are nevoe familia, bolnavul munceşte, fără să se caute, până ce suferinţele îl doboară.

Ţintuit pe patul de suferinţe — dacă s'ar fi căutat din vreme ar fi fost de multe ori recuperabil şi redobândindu-şi capacitatea de muncă, sprijinul pe care-l da familiei ar fi putut să continue — el devine o povară pentru ai lui care nu au mijloace ca să-l susţină şi riscă să fie şi ei contaminaţi. Intârzierea în cazuri de natura aceasta, e datorită coeficientului economic şi afectiv familial.

Uneori şi sperăm că din ce în ce mai puţin, deoarece un simţ de decenţă şi de onoare profesională există la cei mai mulţi din medici, medicul însuşi se complace în diagnostice vagi, când ar putea uşor să le precizeze, pentru a continua tratamente simptomatice de un folos foarte contestabil cu care întreţin iluziile bolnavilor şi întrucâtva se întreţin şi pe ei, pe când un tratament serios, cum ar fi pneumotoraxul artificial alături de cel igieno-dietetic, ar permite bolnavului să fie cu adevărat căutat spre cel mai mare folos al lui, ca să ajungă la ameliorări uneori echivalente cu vindecarea, deoarece poate munci mai departe. Medicii practicieni, care au ezitări în diagnostice — ele sunt permise, deoarece sunt cazuri delicate şi dificile în care sagacitatea clinică nu e suficientă — fără să sufere vreo scădere a demnităţii lor, e bine să recurgă la serviciile dispensarelor conduse de un medic specialist, care ajutat de toate mijloacele de investigaţie — laborator, radiologie — poate elucida un diagnostic îndoelnic.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Mai este o cauză şi aceasta foarte importantă, care explică pentru ce bolnavii când sunt primiţi în sanatorii, sunt foarte mulţi dintre ei cu leziuni înaintate. Se întâmplă — la noi, foarte des — că deşi bine caracterizat ca bolnav, cura întârzie mult din lipsa de locuri în spitale şi sanatorii. La domiciliul lui, bolnavul se caută greu şi incomplect oricâte sfaturi şi chiar ajutoare i s'ar da. Îi lipsesc condiţiile de igienă şi îi lipseşte disciplina şi fără o cură bine ordonată, rezultatele chiar la bolnavi curabili sunt mediocre.

Din toate aceste diferite cauze, de multe ori ele se acumulează, bolnavii nu se caută şi numărul celor cu leziuni ignorate este destul de mare pretutindeni. Dacă în Germania există încă 270 mii tuberculoşi, la care un diagnostic nu e stabilit şi în Italia 170 mii, la noi numărul bolnavilor care îşi ignorează boala trebue să fie, raportat la populaţie, încă şi mai mare.

Când am dat în publicaţiile mele cifra de peste 150 mii, nu am exagerat socotesc deloc. Din aceştia se recrutează, ca dintr'o rezervă, care continuu se reînoeşte, bolnavi noi cu leziuni active, evolutive care vor veni să greveze statisticele.

Nu trebue să aşteptăm ca bolnavii să vină la noi, ci trebue să mergem la ei. După un adagiu vechi, dacă muntele nu vine la Mahomed, Mahomed trebue să se ducă la el. Am desvoltat în toate ocaziile ce rol mare au dispensarele pentru descoperirea bolnavilor, în primul rând prin acţiunea infirmierelor vizitatoare, care pătrunzând în

locuinţa bolnavilor — ele au datoria când li se semnalează un caz să-l cerceteze punând tact şi blândeţe în anchetele lor — îşi dau seama de ce se petrece în jurul lor, îndemnând pe membrii familiei să fie examinaţi la dispensare. Echipe mobile — le organizăm şi noi din ce în ce mai mult la sate — care să pătrundă în localităţi izolate, departe de dispensare fixe şi cercetarea în uzine, fabrici, la zile fixe, cu ajutorul aparatelor Roentgen portative sunt mijloace de mare importanţă pentru descoperirea la timp a bolnavilor.

Bolnavii vin târziu la dispensare şi sunt internaţi şi mai târziu în spitale şi sanatorii. Astfel la dispensarul din Iaşi, dispensar tip, complect organizat, în anul trecut, 65% din bolnavi erau în gradul III de boală. In sanatorii, am arătat în rapoartele mele din anii anteriori că bolnavii din gradul al III-lea de boală sunt în număr mare. Mai mult de jumătate sunt primiţi cu leziuni pulmonare datând de mai mult de un an. In intervalul acesta boala a înaintat şi bolnavii aceştia au putut fi factori de molipsire.

Şi anul trecut, cum reiese din raporturile medicilor o proporţie mare de bolnavi (la sanatoriul Filaret peste 70%) sunt la internare în gradul al III-lea de boală. Ori cât izolarea bolnavilor ar fi necesară şi sanatoriile primesc deaceia acum bolnavi de toate categoriile, ceeace ar trebui urmărit e, ca în sanatorii să fie primiţi bolnavi cu leziuni deschise dar încă ameliorabili, aşa încât la o bună parte din ei capacitatea de muncă să poată fi redobândită.

Instituţiile ar fi astfel de o mai mare utilitate, fiind într'adevăr sanatorii şi încetând să devină simple moritorii.

Am cules câteva observaţii tipice din sanatoriile Societăţii de profilaxie şi ale Ligii, în care se arată pentru care motive, internarea şi căutarea bolnavilor a întârziat aşa de mult. Voi spicui câteva date din aceste observaţii, foarte demonstrative, pentru a dovedi incuria bolnavilor ajutată deseori de sfaturi greşite date chiar de unii medici, care au ocolit diagnostice ce se impuneau.

**OBSERV. I-a.** — Bolnavul C. G., 35 ani, agricultor. Debut aparent al boalei în luna Septembrie 1938, cu dureri în hemitoracele stâng, tuse şi expectoraţie moderată, miastenie şi pierdere continuă în greutate.

Se internează în Sanatoriul Moroeni în luna Mai 1939, cu diagnosticul de tbc. pulmonară infiltrativă cu ramoliţie stângă.

In acest timp **a fost tratat empiric, „afumat cu păr"**. Văzând că tratamentul băbesc este ineficace, consultă un medic care îi recomandă imediata internare în sanatoriu.

**OBSERV. II-a.** — A. H., 15 ani, elev la liceu. Debut aparent al boalei înainte cu 6 luni când se prezintă la un dispensar din Capitală, unde se pune **diagnosticul de bronşită gripală**. Simptomatologie: febră mijlocie, tuse, expectoraţie muco-purulentă, pierdere în greutate. Deşi examinat în repetate rânduri, **nu i se face niciodată radioscopie sau examenul sputei**. In ziu de 8 Maiu 1939, expectorează câteva spute hemoptoice, ceiace determină pe părinţi să-l interneze în sanatoriu.

Diagnostic: tbc. pulmonară fibro cazeoasă bilaterală cu ramoliţie subapicală stângă.

**OBSERV. III-a.** — D. A., funcţionar, 28 ani. Debut aparent al boalei în luna Mai 1938, vine în sanatoriu în ziua de 20 Aprilie 1939. In acest interval a fost sub supravegherea unui medic care nu i-a recomandat să se interneze în sanatoriu. Bolnavul văzând că în loc să îi meargă bine, merge din zi în zi mai rău, se internează în sanatoriu.

Diagnostic: tbc. pulmonară fibro-cazeoasă bilaterală cu ramoliţie apicală stângă şi pleurezie uscată a bazei drepte.

**OBSERV. IV-a.** — C. H., 45 ani, plăcintar, se internează în sanatoriu în ziua de 10 Iunie 1939. Boala sa n'a putut fi diagnosticată, deoarece nu a acordat nici-o importanță micilor simptome pe care le avea. Incidental fiind examinat de către un medic, i se recomandă internarea în sanatoriu.

Diagnostic: tbc. pulmonară productivă bilaterală.

**OBSERV. V-a.** — I. C., 47 ani, lăcătuș. Debut al boalei înainte cu un an. Refuză internarea în sanatoriu, pe motivul că „are 6 copii și că el știe că toți aceia care se internează în sanatoriu nu se mai întorc la familiile lor".

Diagnostic: tbc. pulmonară stângă multicavitară.

**OBSERV. VI-a.** — Bolnavul P. M., 25 ani, student. Debut aparent al boalei 1932, cu mici hemoptizii. Hemoptiziile se repetă între timp, și cu toate că era sub supravegherea unui medic din Craiova, nu i s'a recomandat niciodată internarea în sanatoriu. Bolnavul a continuat să urmeze școala și apoi Universitatea. In ziua de 22 Mai 1939, are o hemoptizie mijlocie, ceiace îl face să se interneze în sanatoriu.

Diagnostic: tbc. pulmonară formă infiltrativă bilaterală, cu excavație în lobul superior drept.

**OBSERV. VII-a.** — N. G., 35 ani, agent sanitar. Debut aparent al boalei, înainte cu doi ani. Neglijează să se caute, deoarece nu a avut niciodată dureri, celelalte simptome fi nd pentru el fără importanță.

Diagnostic: tbc. pulmonară fibro-cazeoasă cavitară bilaterală.

**OBSERV. VIII-a.** — R. G., 32 ani, muncitor. Debut al boalei înainte cu un an și jumătate. Nu se internează în sanatoriu, deși i s'a propus acest lucru, deoarece are familie numeroasă, pe care trebuie să o întrețină prin munca sa. Când a văzut că nu mai poate lucra, a acceptat internarea în sanatoriu.

**OBSERV. IX-a.** — M. I., 25 ani, student. Debut aparent al boalei înainte cu 8 luni. Nu se caută deoarece muncind foarte mult, credea că e natural să piardă în greutate și să fie mereu obosit. Tusea și expectorația matinală pe care le avea, le considera naturale, deoarece era fumător. In luna Aprilie are câteva sputе hemoptoice. Se internează în sanatoriu.

Diagnostic: tbc. pulmonară infiltrativă apicală dreaptă, cu excavație.

**OBSERV. X-a.** — Bolnavul A. D., 23 ani, student, militar. In urma sforțărilor făcute în timpul instrucției, începe să piardă în greutate, să tușească și să expectoreze moderat. Este ținut la regiment până în luna Mai, deoarece nu avea baccili în spută, apoi după mai multe intervenții i se permite internarea în sanatoriu.

Diagnostic: tbc. pulmonară infiltrativă perihiliară bilaterală.

E un caz tip de felul cum se concepe tratarea tuberculoșilor militari. Criteriul, că numai cei cu baccili în spută să fie reformați — internarea e în funcție de locuri în sanatorii și locurile acestea nu există decât rar, deoarece armata care are nevoe de cel puțin 2000 paturi în sanatorii-spitale (în raportul dela Congresul dela Cernăuți al Generalului D-r Bălănescu și Căpitanului D-r Gaspar, date numeroase sunt aduse asupra tuberculozei în armată și asupra măsurilor care se impun pentru a o stăvili) nu dispune decât de un singur sanatoriu cu 150 paturi.

**OBSERV. XI-a.** — Sch. E., 18 ani, coafeuză în București.

Diagnostic: tbc. pulmonară fibrocazeoasă excavată bilaterală. Debut înainte cu un an (Iulie 1938). Se tratează simptomatic la Casa Asigurărilor Sociale, continuă să lucreze. In Noembrie 1938 — hemoptizii — refuză pneumotoraxul artificial. In Februarie 1939, agravându-se starea generală, acceptă să se interneze în sanatoriu.

Exemplu de tardivitatea internărei la bolnavii aparținând Asigurărilor Sociale. Exemple de felul acesta se pot da multe.

**OBSERV. XII-a.** — R. I., 19 ani, fică de ceferist.

Diagnostic: tbc. pulmonară ulcero-cazeoasă bilaterală, starea generală gravă. Debut înainte cu 5 luni. Refuză să se interneze în sanatoriu „de teamă" (fobie față de tot ceiace este spitalicesc). In urma agravării, părinții o internează în sanatoriu.

**OBSERV. XIII-a.** — B. I., 24 ani, lăcătuș. Debut aparent al boalei înainte cu un an, cu starea generală gravă, febră, fiori, dureri de hemito-

racele drept. Deşi i se recomandă internarea în sanatoriu, refuză. Se internează totuşi după un an, cu diagnosticul de tbc. pulm. fibro-cazeoasă cavitară dreaptă.

**OBSERV. XIV-a.** — B. N., 31 ani, croitor. Debut al boalei înainte cu doi ani, cu hemoptizie. Este tratat simptomatic. In 1937, toamna are din nou o hemoptizie. Se internează la Bârnova pentru o lună. Îşi reia ocupaţiile In Noembrie 1938, se internează cu diagnosticul de tbc. pulm. formă nodulară stângă.

Concluzie: cură sanatorială incomplectă.

**OBSERV. XV-a.** — B. I., 30 ani, lucrător ţesător. Debut al boalei insidios, înainte cu doi ani, cu pierdere în greutate, miastenie, oboseală, dureri în hemitoracele drept. In anul 1938 toamna, are o hemoptizie. Consultând un medic, i se recomandă repaos la pat şi un tratament simptomatic, fără a-i indica internarea în sanatoriu. In Martie 1939, în urma unei hemoptizii abondente, i se recomandă internarea în sanatoriu.

Diagnostic: tbc. pulm. fibro-cazeoasă cavitară stângă.

Concluzie: neglijenţa medicului.

**OBSERV. XVI-a.** — D. Gh., 42 ani,, C.F.R.-ist. Debut al boalei în 1937, sub formă de stări gripale cu repetiţie. In 1930, hemoptizie. Consultă medicul care îi recomandă internarea în sanatoriu. Bolnavul refuză, din cauza situaţiei materiale precare. Se internează în sanatoriu în luna Mai 1939.

Diagnostic: tbc plm. fibro-cazeoasă cavitară bilaterală.

Comentariu: bolnavii săraci, care nu intră în cadrul Asigurărilor Sociale, trebue să fie internaţi gratuit.

**OBSERV. XVII-a.** — E. D., 25 ani, tinichigiu. Debut aparent al boalei, înainte cu un an şi jumătate, cu miastenie, transpiraţii nocturne, tuse, expectoraţie muco-purulentă şi junghiuri toracice. Neglijează boala până acum câteva săptămâni, când observă că abdomenul şi membrele inferioare, se tumefiază. Consultă un medic, care îi recomandă internarea în sanatoriu.

Diagnostic: tbc. plm. fibro-cazeoasă bilaterală cu infiltrante recente de aspect broncho-pneumonic. Nefroză bacilară.

Concluzie: neglijenţa bolnavului.

Cluj Central University Library Cluj

**OBSERV. XVIII-a.** — Gh. G., 26 ani, student. Debut aparent al boalei, înainte cu 5 ani cu hemoptizie. Este tratat simptomatic până în 1937, când se internează în sanatoriu şi i se face frenicectomie stângă. Părăseşte sanatoriul şi-şi reia ocupaţiile.

In ziua de 16 Febr. 1939, se internează în sanatoriu cu diagnosticul de tbc. plm. fibro-cazeoasă cavitară dreaptă şi procese fibroase în stânga.

Concluzie: cură sanatorială incomplectă şi neglijenţa bolnavului de a fi recxaminat.

**OBSERV. XIX-a.** — P. S., 40 ani, muncitor. Debut al boalei înainte cu trei ani, prin hemoptizie. Este tratat simptomatic de un medic şi după câtva timp îşi reia ocupaţiile. In luna Februarie 1939, bolnavul consultă alt medic, pentru debilitate şi pierdere continuă în greutate, care îi recomandă internarea în sanatoriu. Vine în sanatoriu în ziua de 19 Aprilie 1939, cu diagnosticul de tbc. pulm. fibro-cazeoasă multi-cavitară bilaterală.

Concluzie: neglijenţa primului medic consultat, lipsa de educaţie a bolnavului în ceeace priveşte boala sa.

**OBSERV. XX-a.** — C. N., 31 ani, comerciant. Debut al boalei în toamna anului 1926, cu dureri în hemitoracele drept, tuse, expectoraţie, pierdere în greutate, diminuarea forţelor. Deşi i se recomandă internarea în sanatoriu, bolnavul refuză. Incetul cu încetul boala agravându-se, abia după 3 ani acceptă internarea în sanatoriu.

Diagnostic: tbc. plm. fibro-cazeoasă cavitară stângă, infiltrat perihilar drept.

Concluzie: rea voinţă din partea bolnavului, de a-şi căuta sănătatea.

In observaţiile acestea — aş putea complecta cât de mult numărul lor — toată gama cauzelor de întârziere pentru cură apare cu exemple vii. Cauzele acestea se repetă. Nu avem încă instituită o propagandă suficientă, ca bolnavul să dobândească convingerea, că trebue să se caute la timp ca o îndatorire faţă de el şi de mediul în

care trăeşte. La sanatoriul pe care-l conduc, în timpul din urmă, două bolnave au venit cu leziuni mari evolutive. Când au fost întrebate pentru ce nu s'au prezentat mai din vreme, una a arătat că era vânzătoare de flori — tuşind în ele le întreţinea şi mai fragede şi având şi hemoptizii le colora şi mai intens! — şi nu se îndura să întrerupă o meserie care îi permitea să trăiască şi alta, o elevă de şcoală, din cauză că tot corpul profesoral refuză să o lase să plece dela cursuri, nemotivându-i absenţele, cu tot avizul medicului, deoarece după diagnosticul pe care-l stabiliseră din proprie autoritate, bolnava nu avea nimic!

Propaganda cea mai bună e lecţia de fapte, rezultatele obţinute prin cura în sanatorii, când e făcută la timp.

Ca această cură să fie posibilă, e nevoe de a organiza o asistenţă mai intensă decât cea pe care o avem astăzi.

Instituţiile trebue să fie sporite. Cura la domiciliu, chiar când e supraveghiată se loveşte de multe dificultăţi, ca să fie pusă în practică.

Bolnavul nu se poate căuta prin propriile lui mijloace, deoarece de cele mai multe ori nu le are. Ceia ce nu poate face individul trebue să facă colectivitatea.

Tuberculoza e o mare boală socială şi terapeutica ei nu poate să fie decât socială.

Factorul social trebue de aproape ţinut în seamă, pentrucă este cel care, în primul rând, împiedică ca bolnavul să se caute la timp.

Scăderile rezistenţei organismului datorite unei vieţi de sbucium şi trudă sunt cauza principală care face ca boala latentă să treacă într'o fază de activitate. Când se propun programe de combatere a tuberculozei, latura socială a problemei trebue înainte de toate avută în vedere. E greşit să se spună — într'un studiu foarte documentat apărut în ultimul număr din Buletinul Uniunei internaţionale contra tuberculozei, Arnould reluând chestiunea, arată importanţa covârşitoare a aspectului social al tuberculozei, până a predomina asupra celui contagios — că „e uşurinţă şi exagerare" de a se repeta că tuberculoza este o boală socială, când ea este în primul rând o boală contagioasă. De fapt, toţi sau aproape toţi adulţii, cum dovedesc reacţiile la tuberculină sunt infectaţi, dar numai o infimă minoritate — nici 2% — au ulterior semne clinice de boală. Ceiace determină producerea boalei — e una infecţia şi alta boală — e mediul social, felul ocupaţiilor, al hranei, al locuinţei, în care bolnavul trăeşte.

Cum spune Arnould foarte bine, studiul aspectului social al tuberculozei dă indicaţii şi pentru măsurile profilactice. Profilaxia nu trebue să se mulţumească să obţină o reducere oarecare a contagiunii în jurul bolnavului. Fără să se încumete să ajungă prin acţiunea lui la o transformare a stărilor sociale actuale, acolo cel puţin unde nivelul de vieaţă al claselor obidite nu este prea scăzut — transformarea condiţiilor economice ale acestor clase aşa cum e cerută după justele lor revendicări nu intră în căderea şi putinţa medicilor ca să fie realizată — medicii, printr'o igienă socială raţională, întemeiată pe instrucţia şi educaţia indivizilor pot fi sfătuitori pentru o mai bună întrebuinţare a resurselor disponibile.

Se vor atenua astfel într'o oarecare măsură din punct de vedere sanitar efectele inegalităţilor sociale şi economice care sunt la baza ine-

galităţilor în frecvenţa tuberculozei socotită în timp şi spaţiu. Aspectul social al boalei va apare astfel mai puţin strident.

Pentru a da indivizilor o conştiinţă igienică, o propagandă cât de intensă trebue să fie practicată. Trebue să pătrundem în mijlocul maselor populare, unde tuberculoza face cele mai mari pustiiri, ca să le educăm şi să le arătăm în ce fel boala poate fi oprită în mersul ei. Tuberculoza care e boala sărăciei e şi boala ignoranţei.

Propaganda însă fără sancţiuni de asistenţă nu are putere de convingere. Tuberculosul descoperit la timp trebue căutat, imediat ce căutarea se impune.

Liga contra tuberculozei şi Statul nu pot face singure faţă la o problemă atât de mare de apărare a sănătăţii publice, cum e combaterea tuberculozei.

Ministrul actual al sănătăţii care în orice ocazie arată, cât de mult îl preocupă problema aceasta, prin acţiunea energică desfăşurată sub forma ofensivei sanitare din anul trecut — după o modalitate oarecare, ea va fi continuată şi anul acesta — indirect dar foarte eficace a combătut şi tuberculoza. Introducând mai multă grije de curăţenie în întunerecul satelor, căutând să ne îndrepte pe cât posibil condiţiile igienice şi sanitare, ofensiva aceasta va fi de un real folos şi pentru capitolul tuberculozei.

Cum o va combate şi direct — măsurile pe care le-a anunţat: crearea de spitale de izolare în fiecare judeţ sunt de o mare importanţă — sprijinul său în acţiunea pe care o întreprindem îl avem întreg.

Problema e cum să se găsească fondurile necesare pentru o campanie de o aşa vastă amploare. Statul are un buget al sănătăţii cu totul insuficient şi sănătatea se cumpără şi ea cu bani.

La noi, se cheltueşte pe an de cap de locuitor 20 lei pentru sănătatea publică. In Statele-Unite s'a socotit că pentru o sumă de 2 dolari de cap de locuitor — după valuta noastră oficială, 270 lei — se poate întreţine un serviciu complect de igienă, deci cu o sumă de 14 ori mai mare decât cea pe care o avem la dispoziţie.

După rapoarte prezentate la secţiunea de igienă a Societăţii Naţiunilor — repet aceste date deoarece trebue să le cunoască cât mai mulţi — ar trebui un minimum anual de 1 franc 50 până la 2 franci aur de cap de locuitor, numai pentru combaterea tuberculozei. Avem prevăzute sume de 30 ori mai mici în toate bugetele, ale Ligii, Ministerului Sănătăţii, prin subvenţiile — mai mult teoretice, deoarece sunt refuzate de cele mai multe ori — celorlalte autorităţi publice.

Când prin oficialitate se poate obţine aşa de puţin, individul trebue să se apere singur.

O asigurare generală şi specială contra tuberculozei trebue să fie introdusă şi la noi.

La oraşe ea există întrucâtva prin fondul special pentru tuberculoză din legea asigurărilor sociale, creat după legea D-rului Costinescu în 1937, prin care se realizează anul acesta peste 200 milioane. Intr'o lucrare a mea „Combaterea tuberculozei în cadrul Asigurărilor Sociale" am arătat în ce fel putem ajunge la această asigurare. Calculele pe care le-am făcut asupra modalităţei acestei măsuri pot fi cercetate în broşura pe care am publicat-o. Nu voi reveni asupra lor.

Trebue să găsim modalitatea ca şi ţăranii tuberculoşi — ei reprezintă la statistica mortalităţii de tuberculoză cel mai mare aport, 27.000 din totalul de 35.000, după datele oficiale, cărora însă cum am arătat trebue să li se facă îndreptări pentru a fi majorate până la 50.000 — să poată fi căutaţi şi izolaţi.

Am făcut în raportul meu dela Adunarea generală a Ligii contra tuberculozei din anul trecut, propuneri cum să se pună în practică o asigurare şi a ruralilor contra boalelor şi a tuberculozei, în special. Nu ar fi o inovaţie, deoarece o asigurare şi a ruralilor a fost introdusă în 11 state din Europa. In Italia asigurarea specială pentru tuberculoşii din mediul satelor cuprinde 4 milioane de locuitori.

Propunerea aceasta care nu conţine nimic utopic — dacă am aştepta numai dela Stat ajutoare pentru scopuri sanitare, cum exigenţele bugetare ale Statului pentru alte capitole sunt mari, riscăm să aşteptăm prea mult, oricât de importante ar fi problemele de apărare a sănătăţii şi oricât de mari ar fi obligaţiile Statului pentru a le rezolva — trebue să fie cercetată pentru a găsi în ce fel — cota pe care am stabilit-o poate să sufere modificări după situaţia economică a diferitelor categorii de bolnavi — în mod practic să se obţină să fie realizată.

Bani, în orice caz trebue să fie găsiţi pentru combaterea tuberculozei.

E o îndatorire esenţială pentru conducători de a căuta şi găsi modalitatea cum să se poată alcătui un buget care să corespundă nevoilor atât de mari şi urgente ale combaterii tuberculozei.

Medicii, de toate categoriile, cei oficiali ca şi practicieni trebue să aducă, contribuţia muncii şi competinţei lor pentru a ajunge să se descopere cât mai din vreme cazurile de tuberculoză.

Un diagnostic precoce trebue să fie urmat însă de o căutare precoce.

Altfel, dacă cazurile nu sunt găsite dela început, boala are tot timpul să evolueze pentru a spori până la cifre din ce în ce mai mari stocul deja atât de considerabil al tuberculoşilor înaintaţi.

Problema se va complica din ce în ce mai mult până a ajunge aproape insolubilă.

La Congrese de tuberculoză ca şi la Adunările generale ale Societăţilor particulare şi ale Ligii trebue să venim cu propuneri ca să găsim soluţii care să ne scoată din impasul actual.

Dacă boala ar fi descoperită dela început când este curabilă, bugetele combaterii tuberculozei nu ar mai fi atât de mult grevate nici în prezent nici în viitor, lăsând ca numărul bolnavilor să crească continuu. Introducerea şi la noi a unei săptămâni sau luni a tuberculozei, în care pe lângă alte laturi ale problemei, să se desbată, în primul rând, modalitatea, cum să se ajungă la diagnosticul precoce al boalei — în Italia, temei acesteia i-se dă atât de mare importanţă, încât de 7 ani continuu ea se repetă — ar fi, socotesc oportună şi de un real folos.

Prin toate mijloacele de propagandă şi de combatere puse în acţiune vom reuşi să venim cu statistice care în loc să aducă dovada morbidităţii şi mortalităţii mari de tuberculoză vor demonstra triumful asupra boalei.

*. Staţiunea pentru studiul Helminţilor, Ungheni-Iaşi*

# DATE EPIDEMIOLOGICE ASUPRA UNUI FOCAR DE ANKYLOSTOMIAZA CANINA din Stepa Bălţilor

de

**D-r GR. GR. IAMANDI** şi **D-r veterinar M. TECLU**

**Ankylostomiaza canina** produsă de **Ankylostoma caninum** Ercolani 1859, studiată pentru prima oară în Franţa de Trasbot şi Railliet în 1879, se găseşte şi la noi pe câne, lup, pisică, vulpe şi epure (vezi D-r Gr. Gr. Iamandi şi D-r D. Lăzărescu, **Ankylostoma caninum**, 1934), sub forma de endemie de slabă intensitate. In afară de Franţa, unde boala a fost studiată întâi, se mai găseşte în Europa: Anglia, Germania, Italia, Rusia, România; în Asia (India), Africa occidentală şi America.

In cursul verii anului 1936 şi 1937, însă în regiunea stepei Bălţilor (bogată în stâne de oi şi câni de stână, lupi, vulpi, epuri, etc.), endemia de Ankylostomiaza a luat caracterele **unei epidemii acute, îmbrăcând** o alură cu totul neobişnuită — poate avantajată de vreme sau alte cauze ce rămân a fi stabilite — îmbolnăvind cu o mortalitate mare la unele stâne toţi cânii. Numai noi am văzut prin locurile ce le-am umblat peste 128 de câni morţi prin această boală şi câteva hoituri de lup.

Din spusele ţăranilor băştinaşi, ţâhlele şi luncile de prin regiune ar fi fost pline, mai ales spre toamnă, în acei ani, de hoituri de lupi şi vulpi, mai multe ca de obicei.

Considerând evoluţia şi simptomatologia bolii, precum şi starea cadavrelor nu putea fi vorba decât de Ankilostomiaze, diagnostice ce de altfel au fost confirmate şi prin necropsiile făcute de noi pe unele din aceste animale.

**Clinic:** animalele bolnave au un habitus trist, par absente la toate chemările din jur, abătute, capul parcă îngreuiat priveşte numai spre pământ. Conturul corpului deformat, ţesutul adipos şi muscular redus, aspect care se evidenţiază şi mai bine prin căderea părului care lasă pielea nudă, uscată şi acoperită de scame fără a fi sângerândă, stare

remarcată şi denumită de ţărani „Rapăn". Tabloul clinic este complectat prin diaree şi dizenterie, scurgeri de sânge din nas, membrele oedemaţiate, etc.

La **necropsie** — din cele şase intestine cercetate, toate conţineau A. caninum în cantitate enormă — ganglionii mezinterici hipertrofiaţi; pereţii intestinului sunt îngroşaţi şi mucoasa intestinală apare semănată cu mici puncte hemoragice roşii vii, de parcă ar fi ciuruită, cu cam 20—30 de ciupituri pe centimentru patrat.

**Mortalitatea** prin ankilostomiază în cursul acestei epidemii a atins un procentaj destul de ridicat, peste 40% din cânii de stână murind spre toamnă după ce au fost bolnavi toată vara. In plus, din cele peste 40 de examene coprologice făcute pe cânii de stână luaţi la întâmplare din regiune, 19 dintre ele erau intens pozitive.

Enunţăm această epidemie de ankylostomiază canină bazaţi pe faptul că boala fiind produsă de un mic nematod **„Ankylostoma caninum ercolani"** foarte asemănător morfologiceşte şi care aceleaşi condiţiuni de desvoltare şi trai ca şi specia dela om **„Ankylostoma caninum"**, considerent pentru care, credem noi, n'ar fi exclus ca şi specia umană s'o găsim în regiunea noastră. Bazaţi pe considerente clinice se pare că **Ankylostomiaza umană** ar exista la noi; de altfel ea a şi fost confirmată şi prin examen coprologico-parazitar pe un autohton de către D-nul Profesor D-r Gh. Zotta.

La noi în ţară, morfologia şi biologia parazitului precum şi boala produsă de el au fost studiate de unul din noi în 1934, împreună cu D-nul D-r D. Lăzărescu.

Boala ar fi adusă în regiunea noastră, dacă nu ar fi chiar autohtonă, de către lupi, animale ce se ştie că au obiceiuri călătoare legate de anotimpuri şi la care de altfel am găsit-o totdeauna. Lupii trec din Rusia, unde se ştie că este **Ankylostomiază**, în ţinutul Prutului când Nistrul este îngheţat sau poate fi aduse şi din sud, de prin Macedonia sau Dobrogea odată cu oile dobrogene şi cânii lor.

Dacă pagubele economice produse azi de aceşti nematozi pot fi socotite ca nu aşa de însemnate, cu totul alta va fi situaţia însă când molima se va întinde la celelalte animale.

# ESTE PELAGRA O BOALĂ DE CARENȚĂ SAU O BOALĂ CONSTITUȚIONALĂ? CONSIDERAȚIUNI ASUPRA TRATAMENTULUI PELAGREI CU HISTIDINĂ, ACID NICOTINIC, etc.

de

**D-r I. LEONIDA**

Med. def. circ. Poseşti (Prahova)

Autorul demonstrează că efectele terapeutice ale histidinei, ale acidului nicotinic şi derivaţilor acestuia în pelagră, sunt datorite nu faptului că se administrează organismului o substanţă care îi lipseşte sau de care este depauperat, ci fapttului că aceste substanţe modifică metabolismul, stimulând sistemul glandular endocrin.

Se relatează rezultatele obţinute cu acid nicotinic în pelagră şi în insuficienţa ovariană şi câteva cazuri de pelagră tratate cu hormoni sexuali cristalizaţi (foliculină şi propionat de testosteroni) în asociaţie cu un tratament bismutic.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

După o cât mai succintă şi obiectivă introducere istorică, în care voiu lua în considerare lucrările asupra pelagrei, cari au apărut de anul trecut până în prezent şi cari mi-au ajuns la cunoştinţă, voiu relata în acest articol numai câteva din cazurile de pelagră observate de mine anul acesta şi cari au fost tratate cu metoda mea, ale cărei principii au fost expuse într'un articol precedent.[1])

I. D-l D-r Ion Bogdan,[2]) în lucrarea sa apărută în 1938, emite o nouă ipoteză asupra patogeniei pelagrei şi expune rezultatele miraculoase obţinute cu histidină în tratamentul pelagrei.

D-sa explică pelagra prin o depauperare a organismului în histidină, care printr'un proces de decarboxilare — datorită în parte florei bacteriene intestinale abundente, care întreţine fermentaţiile şi putrefacţiile intestinale — se transformă în histamină. Toxicitatea histaminei ar fi

---

1) *Iosif Leonida*: O nouă concepţie despre pelagră, rev. M. M. R. No. 9-10 1938, pag. 613-624.

2) *Ion Bogdan*: Tratamentul cu histidină în pelagră, lucrare executată sub auspiciile Institutului de Igienă şi sănătate publică din Iaşi.

responsabilă de simptomatologia pelagrei. Dar în pelagră histamina mai are încă alte 3 surse: a) externă — alimentară; b) pielea — în care histidina sub influenţa radiaţiilor ultra violete se transformă în histamină, şi c) muşchii, cari în timpul travaliului muscular produc, tot din histidină, o enormă cantitate de histamină. Autorul, care a cercetat valoarea hemoglobinei şi numărul hematiilor la pelagroşi şi n'a găsit modificări însemnate, se întreabă: „De ce valoarea hemoglobinei este normală la pelagroşi, când se ştie că histidina este cel mai important amino-acid dintre amino-acizii ce compun globina (albumina hematiilor) şi nu se transformă şi această histidină în histamină?" Şi tot d-sa [3]) răspunde: „Funcţia respiratorie fiind aşa de importantă, organismul tinde să înlocuiască histidina din globină, luând-o din singura sursă pe care o mai are: muşchii".

In treacăt fiind spus, această explicaţie ni se pare de un finalism oarecum demodat. Căci dacă este vorba să fim „finalişti", atunci am putea cere organismului să aibă cel puţin atâta discernământ şi să nu depaupereze nici muşchii de histidină, mulţumindu-se cu celelalte surse de histamină: externă — alimentară şi pielea. Dar noi nu suntem finalişti şi acceptăm, fără a mai discuta cauza, faptul aşa cum vrea să ni-l prezinte d-l D-r Bogdan: muşchii reprezintă o sursă importantă — dacă nu chiar cea mai importantă — de histamină şi aceasta este responsabil, prin acţiunea ei farmacodinamică, de simptomalogia pelagrei.

O întreabre răsare însă spontan: Cum se explică faptul că la lucrătorii manuali, cari execută un intens travaliu muscular, histamina, care ar trebui să se producă în cantităţi însemnate, nu mai exercită acţiunea ei patogenă, prin depauperarea organismului în histidină? — căci, pentru a avea valoare ştiinţifică, orice hipoteză trebuie să nu fie în contradicţie cu nici un fenomen, cu nici-o observaţie. A pretinde că în acest caz se găseşte în organism încă destulă rezervă de factor preventiv P. P. (factor antipelagros) înseamnă a explica „obscurum per obscurius".

Dacă ne gândim la multiplicitatea fenomenelor fizico-chimice şi electro-biochimice ce se desvolta în interiorul celulelor şi la nivelul membranei celulare într'o inextricabilă complexitate în organismul omului sănătos şi bolnav, ni se pare oarecum simplist a reduce patogenia pelagrei la o simplă reacţie de decarboxilare, aşa cum s'ar întâmpla într'o epubretă. Dar, în virtutea logicei ştiinţifice, suntem îndreptaţiţi să cerem o contra-probă a acestei teorii, şi anume:

dacă simptomele pelagrei sunt într'adevăr datorite histaminei, care ia naştere din histidină printr'un proces de decarboxilare: în piele, sub influenţa radiaţiilor ultra-violete; în muşchi, din cauza travaliului muscular; în fine sunt anumite alimente bogate în histamină, cari contribuie şi ele la ivirea simptomelor pelagrei, atunci în timpul remisiunilor spontane ale pelagrei, de o durată variabilă dela 1—40 ani, histidina din piele — deşi sub influenţa radiaţiilor ultra-violete — nu se mai transformă în histamină; deasemenea histidina din muşchi nu se mai

3) *Ion Bogdan*: loco citato, pag. 52.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

transformă în histamină, deşi condiţia acestei transformări subzistă: travaliul muscular; deasemenea alimentele incriminate de d-l D-r Bogdan, a fi bogate în histamină şi care ar contribui şi ele la ivirea simptomelor pelagrei, în timpul remisiunilor de lungă durată, încetează de a mai fi bogate în histamină. (?).

Până când nu se va aduce aceste contra-probe, teoria d-lui D-r Bogdan rămâne în stadiul unei simple hipoteze ştiinţifice.

Din cauza complexităţii fenomenelor biochimice, ce se petrec în organismul sănătos şi bolnav, va fi foarte greu, dacă nu imposibil de adus asemenea contra-probe, dar a fost necesar a ridica această obiecţie, tocmai pentru a arăta că nu pe cale biochimică şi într'o manieră simplistă se poate găsi cheea problemei pelagrei.

O obiecţie principală, însă, contra acestei teorii este următoarea: mai există o sursă de histamină în organism, care nu se găseşte citată în lucrarea d-lui D-r Bogdan: este lobul posterior al hipofizei. Şi cu această noţiune chiar hipoteza d-lui D-r Bogdan, după care toxicitatea histaminei ar fi responsabilă de toată simptomatologia pelagrei, serveşte un argument în plus în favoarea teoriei constituţionale endocrine a pelagrei, pe care eu o susţin de 6 ani.

După Abel,[4]) Tinel[5]) şi alţii, în lobul posterior al hipofizei se găseşte histamina. Aceasta are o acţiune vasodilatatoare asupra capilarelor şi arteriolelor şi excito-secretorie asupra mucoasei stomacale în doză mică. In doză mai mare inhibează secreţia gastrică. Ori se ştie deasemenea că:

1. Lobul posterior al hipofizei inhibă secreţia gastrică (E. Negro Vasquez), iar Drouet recomandă chiar acest tratament pentru a micşora hipersecreţia. Astfel s'ar explica hipo- sau anaclorhidria în pelagră prin intervenţia unui factor extra-gastric şi s'ar putea înţelege mai bine periodicitatea pelagrei, datorită poate unor oscilaţiuni funcţionale ritmice a sistemului glandular endocrin în conexiune cu periodicitatea ritmurilor cosmice.[6])

2. S'a atribuit histaminei importanţă în mecanismul şocului anafilactic (Sollmann) şi s'a întrebuinţat această substanţă în tratamentul urticariei, al migrenei, al astmului (Loeper), în care se întrebuinţează de altfel şi lobul posterior al hipofizei. Astfel s'ar putea explica fotosensibilitatea patologică, patognomonică pentru pelagră, printr'un exces al hormonului posthipofizar, cu repercusiuni asupra întregului sistem glandular endocrin.[7])

---

4) Citat din Oppenheimer, Biochemie, ed. Georg. Thieme, 1922.

5) *C Tinel*: Précis clinique d'Endocrinologie, Maloine, 1931.

6) «Periodicitatea care se observă la pelagră, cu recrudescenţe primăvara şi cu atenuare până la dispariţie toamna, ne face să ne gândim că după cum în lumea animală factorii cosmici influenţează ciclul activităţii sexuale, apărând oestrul constant la anumite epoci ale anului, tot astfel este probabil că factorii cosmici influenţează şi glandele endocrine ale omului şi prin intermediul lor tot organismul, făcând astfel să se producă, la anumite epoci ale anului, sindromul pelagros». *(I. Leonida*: Despre pelagră, rev. M M. R. No. 11-12 | 1935 pag. 843).

7) Mai demult am bănuit că în patogenia pelagrei, intervine şi hipofiza «Eritemul pelagros se localizează simetric pe părţile distale ale membrelor, pe gât şi pe nas. Această simetrie şi această localizare ne reamintesc o altă boală, cu patogenie sigur endocrină: acromegalia datorită, precum se ştie unui adenom al hipofizei». *(I. Leonida*: Teoria endocrină a pelagrei, rev. M. M. R., No 7-8 | 1937 pag. 554-566).

3. Lobul posterior al hipofizei conţine o substanţă care excită contractilitatea musculaturei netede în general (ca histamina şi în special a uterului (acţiune ocitocică, Dale, 1906) şi o substanţă cu acţiune hipertensivă — după Oliver şi Schaefer — totuşi Tinel susţine că hipertensiunea datorită extractului lobului posterior al hipofizei este foarte trecătoare şi este urmată de o fază hipotensivă considerabilă şi de lungă durată. Histamina este — precum se ştie — hipotensivă.

Hormonii lobului posterior al hipofizei ne explică astfel de ce în pelagră avem în marea majoritate a cazurilor oligomenoree şi chiar amenoree: muşchiul uterin se menţine contractat şi arteriolele intrauterine se află în stare de vasoconstricţie datorită producerii în exces a acestor hormoni, ceeace nu mai permite ca mucoasa uterină să prezinte modificările histologice necesare unei menstruaţii normale. Hipotensiunea în pelagră este uşor de explicat după cele spuse mai sus.

Şi acum, o mică digresiune. D-l D-r Bogdan crede că organismul femeei, care este în special predispus la pelagră, se depauperează de substanţe proteice şi de histidină, şi prin menstruaţie şi prin alăptare. Aceasta nu corespunde însă cu observaţia clinică. S'ar părea, tocmai contrariu, că organismul femeei caută să economisească aceste substanţe valoroase prin menstruaţii întârziate, de scurtă durată şi cu hemoragii mici. Nici depauperarea în proteine a organismului femenin prin alăptare nu este mai plauzibilă, căci laptele conţine în soluţie numeroase alte substanţe (minerale, carbidraţi, grăsimi, vitamine, hormoni) — deci nu se poate susţine că organismul ar fi depauperat exclusiv de proteine — şi apoi numărul femeilor pelagroase cu sugari este prea mic faţă de al acelora în vârsta activităţii genitale fără sugari şi în vârsta postgenitală. D-sa are chiar o observaţie a unei fete de 19 ani (v. obs. No. 29, loco citato), care nici măcar n'a avut prima menstruaţie.

Biblioteca Universitatea "Ovidius" Constanta

4. Lobul posterior al hipofizei are o acţiune antidiuretică, pe câtă vreme histidina — ca antagonist al histaminei — ar explica o marcată acţiune diuretică. Şi oliguria în pelagră îşi găseşte astfel explicaţia endocrină.

In ceeace priveşte patogenia manifestărilor nervoase (cefalee, ameţeli, vâjâituri, ţiuituri), atribuintă de d-l D-r Bogdan, tot histaminei, facem oarecari rezerve. Noi am observat pe sute de pelagroşi în decurs de 9 ani, că aceste turburări neurolabirintice dispar, ca prin minune la un tratament antisifilitic arsenical, bismutic sau mercurial, chiar incomplect. Inclinăm deci să atribuim acestor turburări o origină sifilitică, cu atât mai mult cu cât am avut nenumărate cazuri de pelagră la copii heredosifilitici şi cazuri de pelagră la vechii sifilitici netrataţi sau insuficient trataţi. Nu există organ din organism care să nu poată fi atacat de infecţia sifilitică. Repercusiunile acestei infecţii asupra constituţiei organismului se explică prin intermediul sistemului glandular endocrin şi se evidenţiază la descendenţii sifiliticilor. Anomaliile constituţionale se transmit mai departe ereditar şi astfel ne putem găsi în situaţia de a găsi o transmisiune ereditară a pelagrei, adică a unei fotosensibilităţi de origină endocrină, fără ca laboratorul să mai poată pune în evidenţă rolul unei infecţii sifilitice. Când se ia în considerare însă cazurile izolate de pelagră, fără a cunoaşte genealogia pelagroşilor

şi evoluţia clinică a pelagrei dela începuturile ei până la stadiile finale, atunci rolul constituţiei în pelagră apare de minimă importanţă şi se caută a explica acest sindrom morbid printr'o carenţă oarecare.

Câte carenţe nu s'a incriminat pentru a explica pelagra şi câte sforţări nu s'au făcut pentru a pune mâna pe adevărata substanţă antipelagroasă? Toate lucrările s'au dovedit ulterior a fi fost zadarnice. In ecuaţia:

Constituţie + cauze externe = boală

partea precumpănitoare, în pelagră, revine constituţiei. Eu am demonstrat aceasta pe cale statistică.

La un număr de 471 pelagroşi, 18,7% sunt de sexul masculin, 81,3% de sexul femenin; până la 15 ani 7,6%, dela 15 ani în sus 92,4% de cazuri.

Repartizând cele 90 de cazuri ale d-lui D-r Bogdan, pe sexe şi vârste, găsim: 22,2% de sex masculin, 77,8% de sex femenin, 18,9% până la 15 ani, 81,1% dela 15 ani în sus.

Procentele celor două statistici sunt aproape identice şi dovedesc morbiditatea mai mare a sexului femenin dela vârsta pubertăţii în sus. Evident că sexul femenin prezintă o condiţiune hormonală care favorizează producerea pelagrei; deasemenea tranzitoriul desechilibru al pubertăţii.

Dar d-l D-r Bogdan mai are un argument în favoarea teoriei d-sale: rezultatele miraculoase obţinute cu histidină în pelagră.

Intr'adevăr, injectând zilnic această substanţă, adică redând organismului substanţa de care este depauperat, se obţine, după puţine injecţii ameliorarea şi chiar vindecarea rapidă a pelagrei, dispărând toate simptomele. Noi însă, cari nu prea credem în minuni, ne întrebăm: cum se poate obţine aceste rezultate pentru o lungă durată de timp, administrând pentru o scurtă durată de timp substanţa care lipseşte organismului (histidina) atunci când tot metabolismul acestei substanţe este viciat, întrucât histidina din piele se transformă în histamină, histidina din muşchi se transformă în histamină, în tubul digestiv bacteriile nu pridideşc a decarboxila histidina, transformând-o în histamină şi pe deasupra ţăranul mai consumă borş, scrumbii, mezeluri, murături, etc., alimente bogate în histamină?

Răspunsul este următorul: cu histidina nu se face un tratament substitutiv al pelagrei, căci un asemenea tratament ar trebui să fie de lungă durată, dacă pelagra ar fi într'adevăr o boală datorită carenţei acestui aminoacid sau depauperării organismului de histidină. Ci cu histidina se modifică metabolismul organismului stimulând — sau poate inhibând — sistemul glandular endocrin. După cele expuse mai sus, histidina înfrânează producerea în exces a hormonului lobului posterior al hipofizei şi aceasta este suficient pentru a reface echilibrul sistemului glandular endocrin desechilibrat. Rezultatele obţinute în pelagră cu histidină sunt identice cu cele obţinute de mine cu foliculină şi propionat de testosteron (hormoni sexuali cristalizaţi). Cu alte cuvinte, pe câtă vreme tratamentul cu hormoni sexuali cristalizaţi (foliculină şi propionat de testosteron) reprezintă adevărata terapie patogenică a pelagrei, substituind şi stimulând funcţia deficientă a glandelor genitale şi in-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

hibând glandele antagoniste, tratamentul cu histidină al pelagrei reprezintă în fond o opoterapie indirectă inhibând producerea în exces a unui hormon.

II. In literatura medicală română au apărut mai multe lucrări asupra pelagrei, în care însă nu găsim decât ideile ancorate în doctrina tradiţională, anume că pelagra ar fi datorită alimentaţiei unilaterale, că porumbul are un rol indiscutabil, că la baza pelagrei ar sta una sau mai multe carenţe vitaminice.

Pentru a nu mă repeta, trebuie să spun că am expus în mai multe articole precedente ceeace cred despre aceste teorii.

Voiu releva numai anumite puncte esenţiale:

Pentru şcoala dela Iaşi (Nitzulescu, Sibi, Slătineanu [8]) pelagra este datorită alimentaţiei unilaterale, consumului de porumb — alterat sau nu — proceselor de fermentaţie şi putrefacţie intestinale, cu floră bacteriană abundentă, rezorbţie de toxine, apoi insuficienţă hepatică şi renală. Autorii admit şi cazuri de pelagră când nu s'a consumat porumb, dar — se susţine — acestea sunt foarte rare. Intr'o familie se îmbolnăveşte deobiceiu femeia şi rar câte un copil, ceilalţi membrii ai familiei ar prezenta hiperaciditate intestinală, care ar caracteriza aşa zisa „pre-pelagră", din care se poate trece la adevărata pelagră, în urma unui exces de alcool, o muncă mai grea, o boală intercurentă. Din observaţia continuă a pelagrei, acolo unde bântuie, şi chiar din anamneza pelagroşilor rezultă că uneori pelagra are remisiuni spontane, cari pot dura mulţi ani pentru a reveni după decenii. In acest timp individul este sănătos. Hiperaciditatea intestinală n'ar putea să ne desvălue că individul a suferit cândva de pelagră, neavând nimic caracteristic pentru această boală. Pelagra tipică este aşa dar un sindrom funcţional, care — ca atare — nu se poate explica cu lesiunile găsite la cadavru. Vedem că dela pelagră se trece la o stare, care evident nu poate fi denumită „pre-pelagră", dar pentru care n'a fost încă găsit termenul propriu. Periodicitatea pelagrei, ca şi lungile ei remisiuni spontane, sunt datorite probabil unor oscilaţiuni funcţionale ale sistemului glandular endocrin, când anumite glande, sub influenţa factorilor cosmici, funcţionează în exces, iar altele în deficit.

In general, faţă de numărul foarte mare al celor cari consumă porumb, numărul de 70—80.000 pelagroşi (aproximativ 5%) arată că factori individuali — depinzând de constituţia organismului — intervin în mod indiscutabil în patogenia pelagrei.

III. In literatura medicală germană,[9]) dar mai ales în cea americană [10]) şi recent în literatura medicală italiană [11]) şi română [12]) s'au

---

8) Pelagra în România, rev. M. M R. No. 3-4 | 1939 pag. 148 şi urm.

9) *W. Kühnau* Pellagraheilung durch Nikotinsäure — Amid, Med. Klin No. 33 Reimer Maassen, cit. din Rev. Ştiinţelor Medicale No 6 | 1939 pag. 589.

10) *Tom D. Spies, Cl Cooper* şi *M. A. Blankenhorn*: The use of nicotinic acid in the treatment of pellagra, Jour A M. A., 26 Feb 19 8 — *R. S. Mat, thews*: Pellagra and nicotinic acid, Jour. A. M A. 24 Sept. 1938. — *Tom D. Spies-William B. Bean* şi *Robert E. Stone*: The treatment of subclinical and classic pellagra, Jour. A. M. A. 13 August 1938

11) *Comessati*: cit. din Rev. Ştiinţelor Medicale No. 6 | 1939 pag. 591.

12) *Grecu, Gruia Ionescu, Constantinescu*: L'acide nicotinique dans le traitement de la pellagre, Soc. Méd. des Hôp de Buc. No 9-10 | 1938.

Cota Universitară Internațională Bucureşti

publicat lucrări relative la efectele terapeutice şi preventive în pelagra umană ale acidului nicotinic şi a unor derivaţi al acestui acid. Constatând că acidul nicotinic—care este o fracţiune a complexului vitaminic B—are un efect terapeutic remarcabil în aşa zisa „blacktongue" canină şi întrezărind oarecare analogie între această boală şi pelagra umană, autorii americani au început să administreze acid nicotinic în pelagră. Entuziasmul cu care s'a comunicat la început vindecările rapide, „dramatic de rapide" ale pelagrei în 48—72 ore, a scăzut considerabil, în curs de câteva luni, chiar la aceiaşi autori americani. Aşa, s'a văzut curând că polineurita pelagroasă nu cedează la acid nicotinic, că recidivele sunt frecvente şi că dacă leziunile mucoaselor (stomatita, glosita, proctita, vaginita) cedează repede la acid nicotinic, nu tot astfel stau lucrurile cu eritemul, care se ameliorează mult mai încet şi în special dacă pacienţii au primit, pe lângă acid nicotinic, şi un regim bogat în vitamine şi calorii. Incât, pentru a scăpa teoria de naufragiu, susţin americanii că eficacitatea unui tratament în pelagră nu trebuie judecat după efectul asupra eritemului,[13]) adevăratul criteriu fiind efectul tratamentului asupra simptomelor mucoase — şi, natural, ajung să stabilească o formă clinică aparte, aşa zisa „pellagra sine pellagra". Tot cadrul nosografic al pelagrei însă se nărue într'un haos confuz, atunci când îl privăm de elementul patognomonic: eritemul.

Pentru a arăta cât de arbitrar este conceptul „pellagra sine pellagra" voi cita un singur caz de acest fel din literatura americană.

Este vorba de o pacientă de 82 ani, cu oarecari turburări mintale, care avea glosită şi stomatită, dar nu prezenta leziuni cutanate, nici simptome gastro-intestinale. Diagnoza „pellagra sine pellagra" se baza în acest caz numai pe glosită şi stomatită, devreme ce turburările mintale, la această vârstă, ar putea prea bine fi datorite şi unei stări de involuţie senilă. Glosita şi stomatita însă în general, pot fi datorite şi unor dinţi cariaţi, unei piorei alveolare, unei intoxicaţiuni exo- sau endogene, unei stări febrile infecţioase de lungă durată, unei carenţe de alte vitamine, cari n'au nimic deaface nici cu acidul nicotinic, nici cu pelagra. Nu ni se pare deci îndreptăţit a încadra cazul acestei paciente în pelagră, iar conceptul „pellagra sine pellagra" ni se pare pur şi simplu o absurditate.

Eu am arătat de mult că observaţia riguroasă a pelagrei în mediul unde bântue prezintă aceiaşi exactitate ştiinţifică ca şi cercetările pe animale de laborator. Ori, într'un lot de indivizi cari au acelaş regim alimentar, care se presupune a fi un regim de carenţă, ar trebui să se îmbolnăvească tot lotul, toată familia de pelagră. Observaţia ne arată că se îmbolnăveşte numai 1, rar 2 membrii dintr'o familie. Concluzie: nu regimul, nu carenţa este cauza pelagrei.

Mai mult: un individ se îmbolnăveşte anul acesta de pelagră şi pe urmă în anii succesivi, deşi are acelaş regim alimentar, nu se mai îmbolnăveşte. Dacă regimul, carenţa, ar fi cauza pelagrei, individul ar trebui să se îmbolnăvească în toţi anii de pelagră. Concluzia, ca mai sus: nu regimul, nu carenţa este cauza pelagrei.

---

13) It has heen shown that great difficulty arises if one attempts to use the dermatitis of pellagra as an index to judge the efficacy of treatment. (Jour. A. M A. pag. 622).

Pe câtă vreme la animale se obţin constant simptome de avitaminoză cu regimuri adequate, observaţia pelagrei în mediul rural ne arată că această boală nu apare constant în funcţie de un dat regim alimentar. Concluzia: analogia între „blacktongue" şi pelagra umană ni se pare nejustificată şi aceasta din urmă nu poate fi considerată ca o boală de carenţă.

Am avut posibilitatea să studiez efectul acidului nicotinic în pelagră.

OBSERV. I. — Stana T. B., 43 ani, pelagră din 1936. Această pacientă a fost tratată anul trecut de mine cu succes, cu preparate cu foliculină şi observaţia clinică a fost publicată. (V. Obs. VI din art. „O nouă concepţie despre pelagră", rev. M. M. R. No. 9-10/1938, pag. 619). Anul acesta a prezentat numai fenomene de insuficienţă ovariană. Acidul nicotinic a avut acelaş efect ca şi foliculina, rapid şi specific asupra turburărilor ovariene. Durata efectului a fost însă numai de câteva săptămâni. Turburările ovariene au reapărut, repetând însă medicaţia cu acid nicotinic, efectul bun a fost acelaş. In cursul verii, i-am mai administrat şi foliculină. Pacienta, care avusese 2 ani la rând pelagră tipică, anul acesta n'a mai avut pelagră. In alte cazuri de pelagră, la femei, bărbaţi, copii, am observat un efect bun al acidului nicotinic, nu însă chiar aşa dramatic cum îl descriu americanii, asupra anorexiei, arsurilor, epigastralgiei, diareelor, eritemului. Efectul însă este de scurtă durată, simptomele pelagrei revin, poate ceva atenuate. Insă, subsista oarecare nedumerire. Cum se poate vindeca o stare de carenţă continuă în 48—72 ore cu acid nicotinic — presupusa carenţă? Dacă pelagra umană ar fi într'adevăr datorită carenţei acidului nicotinic în alimentaţie, administraţia acestei substanţe ar fi necesară un timp îndelungat, aproximativ cât ţine şi carenţa. Iată cum se explică însă efectul terapeutic „dramatic de rapid" al acidului nicotinic în pelagră. Observând că un efect tot atât de rapid se obţine cu hormoni sexuali femenini şi masculini cristalizaţi (foliculină, propionat de testosteron) m'am gândit că acidul nicotinic are un efect bun, întrucât stimulează sistemul glandular endocrin. Şi într'adevăr, administrând acid nicotinic la un număr mai mare de femei la menopauză, am obţinut efecte bune, însă de scurtă durată (3—4 săptămâni). Revenind simptomele, am repetat medicaţia (în general am dat 0,30—0,40 gr. pe zi, în pilule sau în soluţie) şi din nou simptomele de insuficienţă ovariană dispăreau. La o femee de 49 ani, căreia menstruaţia i-a întârziat cu vre-o 4 săptămâni, au fost suficiente 0,40 gr. acid nicotinic pentru a face să vie fluxul menstrual.

Explicaţia dată de noi efectului acidului nicotinic în pelagră, este identică cu cea dată pentru efectul histidinei. Incât la întrebarea formulată în titlul acestui articol: „Este pelagra o boală de carenţă sau o boală constituţională?" Putem da următorul răspuns: numai o consideraţie superficială a pelagrei poate admite o carenţă oarecare drept cauza pelagrei. Observaţia în massă a pelagrei şi în decurs de mai mulţi ani, precum şi datele statistice referitoare la morbiditatea pelagrei pe vârste şi sexe, dovedesc în mod irefutabil că pelagra este o boală constituţională. Efectele „miraculoase" obţinute cu histidină, „dramatic de rapide" obţinute cu acid nicotinic în pelagră, dovedesc tocmai contrariul celor vizate de autorii respectivi, căci, ce poate ajuta câteva injecţii de histidină, când depauperarea organismului este continuă, ce poate ajuta 1—1,5 gr. de acid nicotinic, când carenţa acestei substanţe ar fi continuă? Adevărul este că aceste substanţe pot fi — sunt chiar — utile în pelagră, întrucât stimulează sistemul glandular endocrin, eventual înfrânează producerea în exces a unor hormoni.

OBSERV. II. — Ion D., 51 ani alcoolic, prezintă pelagră din Martie 1939, cu toate simptomele. I-am administrat propionat de testosteron pe cale percutană. După 3 zile, eritemul începe să pălească şi să lase loc unei epi-

derme normale. După o săptămână perzistă încă ameţeala, cefaleea şi ţiuiturile. Aceste simptome dispar după 6 injecţii de bismut.

La un pelagros, în etate de 66 ani, am administrat Anertan tot pe cale percutană şi în acelaş timp am făcut şi injecţiile de bismut. Vindecarea a fost obţinută şi în acest caz rapid.

**OBSERV. III.** — Ioana Şt., 20 ani, necăsătorită. Suferă de mai mulţi ani de pelagră. Din cauza glositei şi stomatitei foarte grave, nu putea nici să vorbească, să răspundă la întrebări. Diarce şi eritem foarte pronunţat cu ragade numeroase şi dureroase, localizate pe mâini, picioare şi gât; pe faţă. eritem cu descoamaţie. **Este unul din cele mai grele cazuri.** I-am făcut injecţii de foliculină (10.000 u. i.) 3 pe săptămână, în acelaş timp cu injecţii de bismut. Ameliorare netă în primele zile, care a mers până la vindecare completă, după 12 injecţii bismut şi 120.000 u. i. foliculină.

Numeroase alte cazuri noui (16) au fost tratate la fel şi s'au vindecat tot atât de rapid. In cazurile mai uşoare a fost nevoie de un număr mai mic de injecţii. Intr'un caz, pe lângă pelagră, pacienta prezinta tipice leziuni sifilitice terţiare cutanate şi rino-faringiene. N'am avut nici un eşec. Din cazurile tratate anul trecut, parte au prezintat anul acesta recidive mai uşoare — care au cedat repede la tratapent — parte n'au mai prezintat anul acesta pelagră.

Concluzii: Pelagra este o boală constituţională, la baza căreia stă un desechilibru endocrin. Acest desechilibru se poate remedia cu hormonoterapie sexuală, care explică acţiunea fie stimulând sau substituind funcţiunea deficientă a glandelor genitale, fie înhibând glande antagoniste cari ar funcţiona în exces. Un tratament antisifilitic (arsenical sau bismutic) potenţiază efectul hormonilor, jucând un rol de cataliză. Importanţa infecţiei sifilitice este documentată de: coexistenţa leziunile sifilitice terţiare cu pelagra, ivirea pelagrei la heredosifilitici şi la vechi sifilitici netrataţi sau insuficient trataţi. Ca tratament eficace, rapid şi raţional se impune: doze masive de hormoni sexuali asociate cu Bi sau As.

IOSIF LEONIDA: *Ist die Pellagra eine Karenz — oder eine Konstitutionelle Krankheit?*

Verfasser zeigt dass die P. nicht durch Mangel an Histidin, Nikotinsäure u. a. zustandekommt. Die guten Erfolge, die man mit Histidin oder Nikotinsäure bei P. erzielt, erklärt der V. durch eine Aktivierung des e. Systems mittels dieser Substanzen. In der Tat, nur zo kann man die schnelle Wirkung des H. u. a erklären, denn bei einer kontinuierlichen Karenz müsste auch eine kontinuierliche Darreichung dieser Substanzen notwendig sein. Die Bedeutung des e. S. erweist sich dadurch dass die P. das weibliche Geschlecht, u. zwar vom Pubertätsalter an, bevorzugt. V. zeigt weiter die guten Erfolge die man mit der Darreichung von sexuellen, kristalisierten Hormonen, zugleich mit einer Wi-oder As-Kur, bei P. erzielt.

IOSIF LEONIDA: *La pellagre est-elle une maladie de carence ou bien une maladie de la constitution?*

L'auteur montre dans cet article que la pellagre est due à un déséquilibre endrocrinien, vu que cette maladie atteint spécialement le sexe fémenin à partir de l'âge de la puberté, les enfants sont mal developpés au point de vue de la taille et du poids, les femmes présentent divers signes d'insuffisance ovarienne. Avec l'histidine, l'acide nicotinique on obtient de bons résultats en tant que l'on stimule la systhème endocrinien, car, si la p était due à une carence continue, on devrait administrer longtemps ces substances. On décrit les très heureux résultats obtenus dans la pellagre avec la folliculine, le propionate de téstosterone en association avec un traitement bismutique, arsénical ou mercuriel.

# TRATAMENTUL TURBURARILOR CIRCULATORII ARTERIALE ALE MEMBRELOR INFERIOARE

de

D-r EUGEN PACU, Arad

După o scurtă expunere clinică a celor mai frecvente boli cari dau turburări circulatorii periferice, autorul descrie diferitele metode de tratament. Tratamentul cauzal nu dă rezultate decât în cazurile incipiente. Tratamentul simptomatic trebuie aplicat în toate cazurile unde etiologia nu este clarificată, apoi în cazurile mai mult sau mai puţin înaintate cu tendinţă la progresie spre gangrenă. Acest tratament este chimic, fizic şi chirurgical. Procedeele fizico-chimice nu au dat rezultate satisfăcătoare. Tratamentul chirurgical interesează sistemul nervos simpatic anihilând acţiunea vazoconstrictoare a acestuia. Rezultatul este o circulaţie bună colaterală prin vazodilataţie consecutivă. Descrie diferitele procedee operatorii.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Mijloacele terapeutice în tratamentul tulburărilor circulatorii organice sau funcţionale ale membrelor inferioare sunt foarte numeroase. Tocmai acest număr mare dovedeşte, că nu suntem încă în posesia unui medicament sau procedeu sigur să oprească evoluţia boalei şi să aducă o vindecare complectă.

In primul rând etiologia acestor boli nu este clarificată, în al doilea, diagnosticul lor întâmpină uneori dificultăţi. Intrebarea care se pune destul de frecvent este oare, avem de a face cu o afecţiune vasculară organică, sau este vorba de stări angiospastice, mai ales la începutul boalei.

De aceea, după cum vom vedea mai la vale în cele mai multe cazuri, suntem siliţi a aplica un tratament simptomatic comun, pentru aceste 2 grupe.

O să amintesc în câteva cuvinte afecţiunile principale, în cari insuficienţa de circulaţie arterială şi arterio-capilară la nivelul membrelor inferioare provoacă turburări grave de nutriţie cu toată seria de simptome evoluând în majoritatea cazurilor netratate fatal spre gangrena extremităţilor.

Endo-arterita obliterantă survine la o vârstă relativ tânără între 20—45 ani, atinge 98 bărbaţi. Debutul boalei este neclar, cu dureri periodice reumatice, nevralnice în extremităţi. La început numai la mers, apoi şi la repaos, mai ales în poziţia culcată. Noaptea dacă bolnavul îşi atârnă picioarele din pat sau face câţiva paşi, durerile cedează. Adeseori senzaţie de rece în extremităţi, parestezii. Boala evoluând, apar crampe şi claudicaţia intermitentă. Lipsa pulsului la artera pedioasă este foarte suspectă, însă nu dovedeşte absolut, întrucât poate lipsi şi în stare normală. Picioarele atârnate au o coloraţie roşie albastră, dacă le ridicăm devin de o culoare albă cadaverică, adesea cu pete livide. Sângele din aceste extremităţi nu este suficient întrebuinţat, vena femorală conţine aproape în întregime sânge arterial. Intr'o fază mai avansată apar ulceraţii cari sunt umede cu reacţii inflamatorică din jur, apoi gangrena, care începe la degete. In 30% a cazurilor avem şi flebite cari pot fi migrante, în braţe sau picioare. Imbolnavirea arterelor uneori nu se mărgineşte la extremităţile inferioare, ci se poate localiza pe vasele cerebrale, la ochi, inimă, eventual pe rinichi şi intestine.

Rasa evreiască este atinsă mai frecvent. Endoarterita obliterantă a fost descrisă prima dată de Winiwarter la 1879, apoi de Zoge von Manteufel. Mai târziu Bürger din New-York a publicat o serie de observaţii, de aci numele care se foloseşte în curent: **boala lui Bürger.**

Tabloul histologic al acestei boli este tromboza organizată în cele mai multe cazuri, mai rar se găseşte o endoarteriţă stenozantă.

In mersul boalei deosebim două etape:

1. Faza preobliterantă cu puls periferic slab, oscilometric, arată oscilaţii reduse. Arteriografia prezintă o strâmtare a calibrului arterial. Arterele sunt subţiate, colaterale, nu se observă bine. Această fază clinic corespunde cu simptomele incipiente ale boalei.

2. Faza obliterării unui vas principal, care totuşi clinic poate fi neobservat până când circulaţia colaterală este suficientă pentru aprovizionarea membrului cu sânge.

Obiectiv: dispariţia oscilaţiunilor, dispariţia pulsului.

Tabloul clinic al turburărilor circulatorii datorite **arteriosclerozei**, este în linii mari asemănător. Această boală survine între 55—85 de ani, atinge 90% pe bărbaţi. Este o afecţiune de uzură a vaselor, cu leziuni degenerative, grăsoase şi hialină. Calcificarea mediei. Cu toate că este o boală generalizată a arterelor, totuşi procesul este mai mult sau mai puţin localizat la diverse organe sau membre dând turburările funcţionale respective. Simptomele iniţiale, tardive şi evoluţia la aceste arterite senile nu prezintă mare deosebire de cele ale endoarteriţei obliterante. Totuşi în faţa incipientă oscilaţiunile sunt foarte mari, deasemenea la arteriografie vasele apar largi cu pereţii neregulaţi. La endarterita obliterantă decurgerea boalei este mai rapidă, progredientă decât la scleroze. In scleroze senile survin mai des spasmele, de aceea simptomele sunt uneori trecătoare mai ales în prima fază a boalei, până când la endobl. sunt stabile. Intr'o fază mai avansată a boalei apare gangrena.

**Maladia lui Raynaud** survine 95% la femei între 17 şi 35 ani, Este o boală funcţională având la bază anumite stări angeo-spastice ale membrelor cu o evoluţie spre o gangrenă simetrică. Boala lui Raynaud

spre deosebire de endrt. obliterantă se localizează mai ales la membrele superioare. Claudicaţia intermitentă este mai rară. Extremităţile sunt reci de culoare albă-cianotică, vârful degetelor foarte dureros. Gangrena într'o fază mai înaintată a boalei dacă se instalează nu este atât de întinsă, este mai mult localizată la degete. Ulceraţiile sunt superficiale, pulsul arterial este prezent. Prin schimbarea poziţiei membrului culoarea pielei nu se modifică. Maladia lui Raynaud adevărată, trebue să deosebim de maladia Raynaud secundară, care survine în cursul unei endertarite obliterante, la turburările circulatorii de natură arteriosclerotică, la siringomielie, leucemie, sclerodermie, intoxicaţia cu secară cornută, etc. Această deosebire este importantă, întrucât tratamentul în aceste cazuri va fi pe bază etiologică posibil. In cursul maladiei lui Raynaud întâlnim adeseori o labilitate mare a vieţei afective, senzaţii de oboseală, cefalee, migrene, scotoame, ameţeli de tip Meniere, poliurie, predispoziţie la urticarie şi edeme angio-neurotice, puls capilar, labilitatea tensiunei arteriale ulcere gastro-duodenale. Toate denotă că avem deaface cu o boală a sistemului neuro-vegetativ. Amintesc în treacăt şi gangrenele provocate de diabet. Aceste gangrene se grefează totdeauna pe un teren arteriosclerotic şi sunt datorite infecţiunilor mici repetate cu tromboze vasculare consecutive. Arteriograma arată la început ca şi la arteritele senile în faza preobliterantă o lărgire a arterelor. In faza de tromboză nu se mai poate face nici-o deosebire între aceste două boli. Analiza urinei ne va furniza date preţioase.

ETIOLOGIA acestor boli nu este elucidată. Totuşi s'au incriminat următoarele momente:

Infecţiile, dintre cari mai ales sifilisul şi infecţia streptococică (infecţiile de focar, amigdalite, granulome dentare, etc.), apoi alte infecţiuni cu pneumocociile, infecţia tifică.

Cauze toxice. Aci joacă mare rol nicotina, plumbul şi alcoolul.

Etiologia allergică caută să explice îmbolnăvirile vasculare pe bază de allergie. Nu se ştie dacă într'adevăr aceste stări patologice sunt urmarea directă a toxi-infecţiunilor, sau sunt provocate de sensibilitatea allergică a organismului faţă de unele albumine, provocând spasme vasculare consecutiv o alipire a intimei lor.

Imbolnăvirile constituţionale ale sistemului nervos vegetativ.

Un mare rol se atribue turburărilor funcţionale ale aparatului endocrin, care după cum se ştie influenţează direct sistemul nervos. Vom vedea mai departe la tratament, că mulţi autori aplică un tratament uneori cu succes, administrând extrase glandulare. Faptul, că debutul acestor afecţiuni vasculare coincide cu epoca în care organismul prezintă o disfuncţiune hormonală, o turburare în colaborarea glandelor endocrine, cum ar fi de ex. pubertatea, climacteriu, graviditatea, pledează pentru etiologia endocrină. Insuficienţa glandelor genitale, a pancreasului, a lobului posterior hipofizar, — pe de altă parte supra producţia glandelor supra renale, ale tiroidei, a lobului anterior, a hipofizei şi a paratiroidelor sunt incriminate.

Experimental Pescatori şi Bernabeo au obţinut leziuni asemănătoare arteriale cu cele din end. obl. prin injecţii la cobai de Parathormon timp de 90 de zile. Acelaşi rezultat au obţinut Nicolo Maggi şi

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Mazocchi prin transplantări repetate de glandă supravenală la cobai. Leriche şi Fr. Froeliche au ajuns la rezultate asemănătoare. Este important din punct de vedere medico-legal faptul, că până acum nu s-a dovedit traumatismele unice sau repetate mai mult sau mai puţin violente, sau influenţa frigului ar putea provoca leziuni arteritice, deci aceste traumatisme nu pot fi recunoscute ca şi cauze deslănţuitoare de boală.

TRATAMENTUL turburărilor circulatorii arteriale ale membrelor inferioare este cauzal, simptomatic sau mixt.

1. Tratamentul cauzal se va aplica în toate cazurile incipiente cu etiologie cunoscută:

a) Tratament anti-infecţios. Se va lupta contra focarelor de infecţie prin îndepărtarea acestor focare făcând o tonsilectomie, rezecţia granulomelor dentare, etc. Trebue să ne gândim totdeauna şi la focarele de infecţie cum sunt vezica biliară, stomac, intestine, apendice. Mai ales la end. ob. joacă rol important momentul infecţios.

La sifilis se va institui un tratament antiluetic.

b) In strânsă legătură cu etiologia infecţioasă este cea allergică, întrucât afară de hipersensibilitatea organismului faţă de unele allergene alimentare, allergenele bacteriale, productele infecţiostoxice joacă un rol covârşitor. Se va căuta deci îndepărtarea lor din organism şi desensibilizarea lui.

c) La intoxicaţie cronică cu nicotină sau plumb interzicerea fumatului respective a manipulărei cu substanţele conţinătoare de plumb, La alcoolism tratament în consecinţă.

d) Un capitol important al terapiei etiologice formează tratamentul hormonal. Cu toate că mijloacele actuale de a determina insuficienţa sau supra-producţia a unei sau mai multor glande endocrine sunt insuficiente, se aplică acest tratament în măsură largă, de cele mai multe ori „ex juvantibus" cu rezultate destul de satisfăcătoare. Tratamentul hormonal totuşi trebue să se bazeze pe unele date cari ne vor furniza: Constituţia bolnavului, tabloului clinic complect al boalei, tensiunea arterială, metabolismul bazal, analiza urinei, titraraea hormonilor sexuali, etc., astfel tratamentul va fi de substituţie sau de reducţiune. Extirparea capsulei supra-renale în cazurile incipiente şi unilaterale dă rezultate excelente şi durabile. Leriche publică 3 cazuri, la cari vindecarea complectă durează de 10 ani, Oppel a avut rezultate mai slabe cu epinefrectomie unilaterală şi chiar şi eşecuri, fapt datorit probabil intervenţiunei făcute în cazuri învechite. In locul extirpărei capsulei suprarenale, mai nou se face secţionarea nervilor splanchici, mare şi mic. Urmarea intervenţiei care este absolut inofensivă, ar fi o micşorare în secreţia adrenalinică. Avantajul acestei operaţii asupra celeilalte este, că se poate face bilateral şi se poate asocia cu rezecţia ganglionului lombar superior simpatic după cum vom vedea mai departe.

Unii autori în loc de operaţie preconizează iradierea cu Roentgen, a capsulelor suprarenale. Rezultatele sunt submediocre. Hormonii sexuali sunt întrebuinţaţi cu succes de o serie de autori. Arndt publică o statistică asupra a 17 persoane masculine tratate cu Testoviron (Testosteron propionat sintetic) în claudicaţie intermitentă şi gangrenă incipientă. El dă de două ori pe săptămână câte 10 mlg. In interval

BCU Cluj / Central University Library Cluj

şi la terminarea curei 2—3 tbl. pe zi. O cură ţine 6—10 săptămâni, urmează apoi o pauză după care la nevoe se va repeta. Total se ajunge la circa 200—250 mlgr. Testosterom-propionat. Rezultatele ar fi rapide şi durabile. Tot în acest sens pentru a reactiva funcţiunea secretorie internă a texticulului se face de unii autori vazectomie bilaterală. Iar alţii preconizează badejonarea cu fenol a arterei.

Hitzenberger în end. obl. a avut rezultate bune cu hormoni foliculari (la bărbaţi) el injectează zilnic timp de 3 săptămâni câte 1000 unităţi de Menformon. Cura se repetă eventual după 6 luni, In nici un caz astfel tratat nu a avut nevoie de intervenţie chirurgicală.

Alţi autori întrebuinţează insulina. Sunt publicate mai multe cazuri unde după o cură cu insulină end. obl. ulceraţiile s-au vindecat repede, circulaţia s-a ameliorat şi durerile au cedat chiar după primele injecţii. Tratamentul cu extrase paratiroidiene deasemenea se poate aplica, mai ales în turburările funcţionale cu succes, întrucât nu arareori la baza acestora stă o tetanie latentă. In sfârşit trebuie să amintesc tiroidectomiile totale care s-au făcut în cazurile de claudicaţie intermitentă cu rezultate satisfăcătoare.

După cum se vede hormonul terapic se bucură de o largă aplicare, însă, rezultatele de cele mai multe ori sunt inconstante.

TRATAM. SIMPTOMATIC. In majoritatea cazurilor de turburări circulatorii periferice care sunt într'o fază mai mult sau mai puţin avansată, sau au tendinţă la o progresiune rapidă, tratamentul cauzal eşuiază. Aci suntem nevoiţi a recurge pe lângă tratament cauzal, ori neglijând sau concomitent cu aceasta la tratament simptomatic având de scop favorizarea circulaţiei colaterale în membrele atinse şi prin aceasta o nutriţie bună a ţesuturilor.

Tratamentul simptomatic se poate aplica în trei feluri şi anume: 1. farmacodinamic, 2. fizic, şi 3. operator.

1. Medicamentele vasodilatatoare periferice sunt foarte numeroase. Nitritele au câteodată un efect rapid dar trecător. Astfel se întrebuinţează Natrium nitrosum în inj. intra-musculare de 0,03 pro doz. de 2—3 ori pe zi, apoi Nitro-glicerină, Nitro-sclerom, etc. Foarte bune sunt injecţiile intravenoase de Eupaverin 0,03 sau Papaverină 0,03—0,04 pro doz. Obţinem un efect antispasmodic şi vazo-dilatator mai durabil decât cu nitrite. Per os nu au efect satisfăcător.

Euphilina în supozitori sau inj. intravenoase combinat sau nu cu tablete 4—6 pe zi. Dintre preparatele organoterapeutice citez următoarele: Padutina care este un extract pancreatic cu efect vazodilatator asupra vaselor mici periferice. In cazuri grave se dau 1—2 ampl. pe zi. In primele 3 zile de 2½ ampl. 1 unit. Pentru întrebuinţare mai îndelungată se preferă administrarea per os de 3 ori 10 picături sau 2—3 dragele. In cazurile de gangrenă ameninţătoare se întrebuinţează cu succes padutina în infuzie permanentă intravenoasă goutte-a-goutte.

Lacarnol preparat nucleozidic, de 3 ori 10—25 picături, sau 1—2 ampl. pe zi.

Eutonon care este un extras de ficat cu acţiune vazodilatatoare, de 3 ori 20—30 picături, sau 1—2 ampl. pe zi.

Myoston extras muscular, de 3 ori 20 picături sau 1—2 ampl. pe zi.

Myotrat de 3 ori 1—2 pilule pe zi.

Acetylcholin 2—3 supozitorii, sau 1—2 ampl. pe zi, etc.

Rezultatele încurajatoare s-au obţinut cu infuzii repetate intravenoase de clorură de sodiu. Timp de mai multe săptămâni şi chiar luni se inj. la început de 3 ori pe săptămână câte 100—150 cmc. sol. Natr. Chlor. 3—5%. Injecţia se face lent. Imediat după injecţie şi chiar în cursul injecţiei picioarele până atunci reci devin calde. După ameliorarea simptomelor se fac numai 2 injecţii săptămânal apoi una, pe urmă una la două săptămâni şi una la lună (Bax). La predispoziţie la tromboză se întrebuinţează soluţia 2%. Influenţa acestor injecţii s-ar datori reducerii viscozităţii sanghine, care în endarterită obliterantă ar fi mai „idicată.

O vasodilataţie se poate apoi obţine şi cu ajutorul iontoforezei histaminice.

Wassenbach şi Peles au tratat 2 persoane cu end. obl. unde toate celelalte tratamente medicamentoase şi fizice au rămas fără rezultat, cu injecţii intracutane de histamină şi au obţinut deja după primele injecţii ameliorări. Injecţiile se fac dealungul vaselor mari şi loco dolenţi, la început zilnic apoi de 2—3 ori pe săptămână. Doza este de 0,0005 gr. în 1 cmc. apă destilată, care doză nu se depăşeşte. In ultimul timp pentru a obţine circulaţie colaterală bună în membre, se injectează intraarterial medicamentele vasodilatatoare. Injecţia se face în trunchiul principal al arterelor ale căror teritor de irigaţie este bolnav. La membrele inferioare în artera femorală. Substanţele cari se injectează sunt în special preparatele organice de iod întrebuinţate şi pentru arteriografie, de ex. Uroselectan B., Perabrodil, etc. Injecţiile se fac percutan sau după o prealabilă descoperire a arterei. Prin aceste injecţii intraarteriale, circulaţia colaterală în acel membru se îmbunătăţeşte, oxigenarea ţesuturilor se accentuiază şi starea locală se ameliorează. Pentru un rezultat durabil este nevoe de repetarea injecţiunilor. La această metodă reacţionează bine mai ales turburările circulatorii datorite arteriosclerozei, cât şi cele funcţionale la cari spasmele joacă un rol primordial. Ameliorările se observă şi asupra stării subiective dispărând durerile şi schiopătarea intermitentă. Totuşi acest procedeu de tratament nu este fără pericol. S-a observat instalarea rapidă a gangrenei extremităţii în urma injecţiilor intraarteriale a acestor substanţe făcute chiar numai pentru scopuri diagnostice (arteriografie).

2. **Metode fizice.** Căldura este aplicată sub toate formele, băi de lumină, diatermie, unde ultrascurte. Băile de schimb se întrebuinţează în cazurile fără gangrenă. Ar avea efectul unui adevărat „Masaj vascular". Se aşează 2 vase lângă olaltă. Intr'una se pune apă de 15° C., în cealaltă de 38° C. Picioarele până la genunchi vor fi introduse alternativ în apă rece şi caldă şi ţinute câte 1 minut, total de 10 ori. Spre a mări efectul, apa de 15° C. se poate răci până la 0°, iar cea de 38 până la 40° C. Duşurile de schimb sunt aplicaţii de apă rece şi caldă alternativ sub mare presiune pe piele. Rezultatul de urmat şi aci este o hiperemizare a tegumentelor. Băile de acid carbonic produc numai o dilatare trecătoare a vaselor mici.

S'au construit diferite aparate (Starr-Hermann-Reid) pentru a

realiza o diferenţă alternativă de presiune la nivelul extremităţilor bolnave (Drckdifferenzbehandlung). Piciorul bolnav este aşezat într'un cilindru construit în parte din sticlă, ca să se poată observa diferenţa de culoare a pielei în timpul tratamentului. Aparatul ajunge şi se închide ermetic la coapsă. Cu o pompă electrică cu care aparatul este în legătură, se realizează presiuni negative şi pozitive şi ca urmare dilatarea şi comprimarea capilarelor. Suprapresiune optimă este de 20 mm. mercur ţinându-se 3 sec. Presiunea negativă optimă este de 80 mm. mercur. Nu se va trece niciodată sub 100 mm. Tratamentul zilnic este de 2—6 ore, în total cca 100 ore. O contraindicaţie acestui tratament formează numai flegmoanele şi tromboflebita. Gangrena uscată nu contraindică. Intre procedeele fizice enumărăm şi roentgenterapia asupra simpaticului lombar.

3. Metode chirurgicale au de scop anihilarea acţiunei vazoconstrictoare a sistemului nervos simpatic şi de a asigura o bună şi permanentă vazodilataţie cu toate urmările favorabile pentru ţesuturi. Intervenţiunile asupra sistemului simpatic au numai atunci rezultat dacă vazodilataţia postoperatoare este încă posibilă. Dacă leziunile sunt aşa de avansate încât vasele nu mai reacţionează, operaţia nu poate să aibă rezultat satisfăcător, sau va avea un rezultat nul. In acest scop, pentru a avea o idee asupra rezultatelor postoperatorii şi deci pentru o indicaţie a intervenţiei ne folosim de diferite procedee:

a) Blocarea simpaticului lombar prin infiltraţie cu novocaină. Tehnica acesteia nu se deosebeşte de a injecţiunilor paravertebrale. Se înfige un ac lung de 12 cm. (6/10 mm. cal.) la 2—3 laturi de deget de apofizele spinoase la nivelul I sau II, vertebre lombare. Direcţia acului va fi înainte şi spre linia mediană deasupra sau dedesuptul apofizei transversale înconjurând aceasta. Pătrundem până la o adâncime de 8—10 cm. după caz (bolnav slab sau gras). Inainte de a injecta soluţia, tragem de piston pentru a nu fi într'un vas sau intradural. In acest caz schimbăm puţin poziţia acului. Dacă nu aspirăm sânge sau lichid injectăm încet o soluţie de novocaină 1% 10—20 cmc. O imediată senzaţie de căldură în picioare ne arată că tehnica a fost bună şi că s-a produs o vasodilataţie, deci, o simpatectomie următoare va avea rezultatul dorit. Acest lucru însă nu este absolut, fiind cazuri care nu reacţionează la injecţia paravertebrală şi totuşi după o simpatectomie se obţine un rezultat bun şi durabil.

Blocarea simpaticului în afară de scop diagnostic şi de prognostic se întrebuinţează însăşi ca tratament destul de eficace în cazurile în cari operaţia este contranidicată (la obezi, în cazuri cu stare generală proastă, etc.).

b) O altă metodă care este întrebuinţată de autorii americani, este proba lui Brown. Se injectează intravenos vaccin antitific (30—40 milioane). După 5—7 ore urmează o urcare a temperaturei cutanate. In stările angiospastice ridicarea temp. locale la nivelul membrelor inferioare este de 8—12 grade, până când la arteritele organice nu se produce deloc. Pentru măsurarea temperaturei locale se întrebuinţează termometre speciale construite pentru acest scop cari se fixează de piele (Ipsen).

Indicaţii analoage cu cele ale blocajului simpatic lombar au injecţiile periarteriale şi chiar intraarteriale de novocaină prin cari se obţine o adevărată simpatectomie peri-arterială de scurtă durată.

Intervenţiile operatorii propriu zise asupra simpaticului sunt simpatectomia peri-arterială, rezecţii de segmente arteriale şi rezecţii asupra lanţului simpatic lombosacrat.

1. **Simpatectomia periarterială**, constă în extirparea adventiţiei *arterei principale (femorală), adventiţia care conţine cea mai mare parte* din fibrele simpatice vasoconstrictoare. Intervenţia se face în narcoză sau anestezie locală. După descoperirea arterei pe o distanţă de 10—12 cm. se decolează adventiţia şi ţesutul periadventiţial cu ajutorul unei *sonde sau cu pense şi bisturiu. Vasele colaterale se secţionează între* 2 legături. In depărtarea adventiţiei se face pe o distanţă de 8—10 cm. In loc de simpatectomie periarteriale s'au întrebuinţat: Infiltraţia cu alcohol absolut a adventiţiei, procedeu care este abandonat din cauza că prezenta pericolul unei *arteriomalacii. Badijonarea adventiţiei cu* alcohol sau fenol. Procedee insuficiente din punct de vedere al rezultatului.

Simpatectomia periarteriale dă rezultate inconstante, vasodilataţia obţinută este satisfăcătoare, starea subiectivă şi obiectivă se ameliorează, însă aceasta este de scurtă durată. Simpatectomia periarterială deci, nu poate fi o metodă de elecţie. Se va recurge la ea numai atunci când celelalte metode operatorii nu pot veni în considerare (bătrâni, graşi).

2. **Rezecţia segmentului arterial obliterat.** Lériche în 1916 a demonstrat, că dela nivelul unui vas trombotizat pleacă nişte reflexe vasoconstrictive. Rezecţia acestui segment de vas are ca rezultat suprimarea spasmelor, deci o vasodilataţie. Operaţia va avea un rezultat cu atât mai bun cu cât îndepărtarea arterei obliterate a fost mai complectă. Intrucât colaterale sunt libere, vor fi cruţate cu atât mai mult cu cât în aceste colaterale chiar după rezecţia trunchiului principal, circulaţia se restabileşte.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Este necesară înainte de intervenţie o arteriografie pentru a cunoaşte lungimea segmentului trombolizat. Rezultatele acestei intervenţii făcută la un nivel mai superior, iliaca externă, femorală şi chiar poplitee, au fost bune. Rezecţia arterială este indicată mai ales în arterioscleroză, unde mai des întâlnim tromboze izolate ale arterei femorale. In endertarită obliterantă, trombozele fiind mai întinse, indicaţia este rară.

3. **Rezecţia lanţului simpatic**, dă rezultatele post-operatorii din cele mai bune. Indicaţiile acestor intervenţii: toate turburările circulatorii arteriale, endertarita obliterantă, Raynaud, scleroze, unde starea generală este relativ bună, indivizii nu sunt prea bătrâni şi graşi şi leziunile nu sunt ireparabil de avansate. Rezecţia simpaticului se poate face după Lériche, extirpând ganglionii I—II lombari (rezecţie înaltă) sau extirpând ganglionii III—IV eventual V (simpatectomia joasă). Inainte de a trece la descrierea tehnicei op. amintesc *următoarele noţiuni anatomice:* lanţul simpatic abdominal trece pe feţele antero-laterale drept şi stâng ale vertebrelor subperitoneal lângă marginea anterointernă a muşchiului psoas, fiind acoperit la dreapta de vena cavă, iar la stânga uneori de aortă. Este în contact intim cu vertebrele lombare. La nivelul ver-

tebrei a IV-a lombare este încrucişat de artera şi vena iliacă comună. Ganglionii simpatici lombari sunt în număr de 4 eventual 5—6. In bazin lanţul simpatic este situat înaintea sacrului.

Tehnica simpatectomiei înalte este următoarea: Bolnavul este culcat în decubit dorsal cu faţa laterală respectivă uşor ridicată. Incizia este de 10—12 cm. lungime, transversală pe axa corpului, pe faţa laterală a corpului sub ultima coastă. După secţionarea musculaturei abdominale, apare fascia perirenală pe care o preparăm de pe musculatură posterioară (psoas) şi o ridicăm în sus cu ajutorul unei valve. Deasemenea ridicăm şi vena cavă când operăm la dreapta. La stânga, aorta de regulă nu trebue îndepărtată. Căutăm cu o sondă în ţesutul celular în imediata apropiere a vertebrelor unde descoperim lanţul simpatic, având o coloraţie gălbuie roză. Extirpăm ganglionul I şi II după posibilitate. Tot pe această cale putem extirpa şi nervul marele splanchic care se află la acest nivel.

Simpatectomia joasă având de scop extirparea ganglionilor 3 şi 4, o putem face pe două căi: Extra şi transperitoneal. Calea transperitonială are avantajul că extirparea simpaticului se poate face atât la dreapta cât şi la stânga în acelaşi timp. Desavantajul constă însăşi în faptul deschiderii cavităţii peritoniale.

**Procedeul extra peritoneal.** Incizie oblică abdominală ca pentru apendicectomie (la dreapta) de 10—12 cm. lungime. Fascia oblicului mare, muşchii oblicul mic şi transversal se desfac dealungul fibrelor lor. Deslipim cu degetul peritoneul depe peretele parietal lateral până în profunzime, ajungând la vasele mari. Artera şi vena iliacă comună vor fi trase cu ajutorul unei valve spre linia mediană. In imediata apropiere a vertebrelor descoperim simpaticul şi-l resecăm. Inchidem plaga şi procedăm la nevoie şi la partea stângă în acelaşi mod.

**Calea transperitoneală:** Laparatomie subombilicală în poziţie Trandelenburg. Intestinele vor fi împinse şi susţinute în sus cu ajutorul unor comprese. Incizăm peritoneul parietal posterior la nivelul vertebrei a V-a lombară în linia medială. Vasele mari vor fi trase spre linia medială. Căutăm simpaticul pe vertebre, extirpăm ganglionii inferiori lombari, atât la dreapta cât şi la stânga în cazuri de bilateralitate. Hemostază, sutura peritoneului posterior, apoi închiderea plăgii abdominale.

După Leriche, simpatectomia înaltă dă o vazodilataţie mai bună decât cea joasă, deci, rezultatele post-operative vor fi mai bune. Din punct de vedere tehnic este însă mai grea, şi aproape imposibilă la persoanele obeze.

Royle îndepărtează lanţul întreg simpatic lombar tot retroperitoneal prin o singură incizie, care începe la 1—2 deg. de desubtul vârfului coastei XI-a, trece înaintea spinei iliace anterosuperioare, respective şi se opreşte la 2 degete de ligamentul Poupart.

Muşchii oblicul mare, mic şi transversul vor fi secţionaţi. Deslipirea peritoneului depe peretele lateral şi posterior se face cu cea mai mare uşurinţă cu degetul. In unghiul superior al plăgii nervii intercostali XI şi XII vor fi cruţaţi. Deslipirea peritoneului se face sub controlul ochiului în sus la stânga până la aortă, la dreapta până la vena cavă, în jos până la vasele iliace. Orientarea topografică ce face

după nervul genito-femoral care apare la nivelul vertebrei III-a şi merge dealungul psoasului. Căutăm porţiunea iniţială a muşchiului psoas şi marginea mediană a acestuia la care nivel lângă vertebră găsim primul ganglion simpatic. Secţionăm lanţul deasupra acestuia, secţionăm ramurile comunicante şi astfel îndepărtăm întreg lanţul simpatic lombar.

Un procedeu chirurgical care a fost comunicat de Sauerbruch la Societatea de Chirurgie din Berlin, în 14 N-brie 1938, se bazează pe principiul următor: Se ştie că plăgile pe cale de vindecare provoacă o hiperemie puternică şi de lungă durată, la nivelul ţesuturilor din jur. Bazaţi pe aceasta, făcând multiple incizii până la 100—150 sau chiar mai mult pe un picior cu o circulaţie proastă, putem să obţinem o hiperemie capabilă să oprească evoluţia boalei. In multe cazuri în cari cu toată simpatectomia făcută procesul a evoluat, s-a putut obţine o radicală schimbare a situaţiei spre o vindecare. Această metodă se poate încerca înaintea oricărei intervenţii chirurgicale mai mari conservative sau radicală. A fost prezentat apoi un pacient de către Sauerbruch, căruia înainte cu 4 ani i s-a amputat piciorul drept pentru boala lui Bürger. Bolnavul având o gangrenă şi la degetele piciorului stg. se aplică acest procedeu cu incizii multiple. Timp de 4 ani nu a mai prezentat nici un simptom. In ultimul timp avea furnicături în picior. I se va aplica încă odată procedeul lui Sauerbruch.

Tratamentul în fază de gangrenă. Dacă leziunile sunt incipiente, ulceraţii, acestea se vindecă aproape totdeauna în urma simpatectomiei. Dacă gangrena a atins şi articulaţiile interfalangiane, amputaţia acestor falange se impune. Trebuiesc evitate amputaţiile în faza umedă a gangrenei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Tratamentul în aceste cazuri va tinde să obţinem o uscare a acesteia prin pansamente sterile, căldură uscată (Fön) eventual aplicaţii de soluţii antiseptice, sau ser antigangrenos local şi general. Dacă am obţinut o gangrenă uscată se va aştepta cât posibil demarcaţia spontană a zonei gangrenoasă făcând totdeodată şi blocajul simpaticului cu novocaină pentru o hiperemizare a membrului şi accelerarea demarcaţiei, apoi simpatectomie şi amputaţia în vecinătatea gangrenei.

Amputaţiile în cazurile de gangrenă umedă infectată, cu flegmoane asociate sau limfangite dau un rezultat post-operator cu totul nefavorabil.

## BIBLIOGRAFIE

*Leriche:* Presse Med 41, 1933. — *Nikisin:* Wien, Arch. inner. Med. 24, 1933 — *Kirschner-Nordmann:* Die Chirurgie vol. 3, 1930. — *Ipsen:* Münch. Med Wschr. p 968, 1935. — *Bax:* Nederl. Tydschr v Geneesk 38, 1936. — *Hitzenberger:* Wien med. Wschr 43, 1936 — *K. Stejskal:* Ars Medici, 11, 1936. — *Isler:* Ars Med 11, 1936 — *F. Mandl:* Wien. med Wschr 5, 1937. — *Zwiltinger, Glattauer:* Wien med wschr, 23, 1937 — *Hitzenberger:* Wien Klin wschr. 14, 1937. — *Leriche:* Wien. Klin. Wschr. 43, 1937 — *Sezary, Friedmann:* Derm. Ztschr 4, 1936 — *Chevrier:* Mem. Acad de Chir. p 445, 1938. — *R I. Weissenbach L. Pelis:* Bull. Med. 8 1938 — *Schoemaker:* Mem. Acad Chir. p 1016, 1938 — *L. Langeron, R Desplats, A. Fournier, G. Camus:* Les arterites des membres, Doin. et Cie. 1938. — *Cadenat:* Mem. Acad chir p. 436, 1938 — *O Klein:* Ars Med 4, 1938 — *A. Dimtza:* Helvetica Med. Acta 6, 1938 — *Geissendörfer:* Diagnostisch terapeutische Technik für den Chirurgen, Leipzig, 1937. — *Zimmerman - Meinzingen:* Münch. med Wschr, 6-7, 1939 — *Leriche-Fontaine:* Ztrbl. f. Chir 25, 1938 — *Hasselbach:* Die Endarteritis obliterans Leipzig, 1939.—

*J. K. Narat:* Ztrbltt. f Chir. 8, 1939. — *W. Rider:* Ztrbltt. f. Chir. 16, 1939. — *Demares-Linguette:* Progr. Medic. I 1939. — *Sauerbruch:* Ztrbltt. f. Chir. 34, 1939. — *H. Arndt:* Wien med. Wochenschrift 9, 1939.

D-r E. PACU: *Le traitement des troubles circulatoires artériels aux membres inférieurs.*

Après un succint exposé clinique des plus fréquentes maladies produisant des troubles de circulation artérielle périphérique l'auteur décrit les diverses méthodes de traitement. Le traitement causal ne donne de resultat que dans les cas incipients Le traitement symptomatique doit être apliqué dans tous les cas ou l'étiologie n'est pas clarifiée et dans les cas plus ou moins avancés avec tendance progressive à la gangrène Ce traitement doit être chimique, physique et chirurgical. Les méthodes physicochimiques n'ont eu aucun succès. Le traitement chirurgical s'adresse au système nerveux sympatique s'efforcant d'annnihiler son action vasoconstrictrice. Le résultat sera une meilleure circulation collatérale par a vasodilatation consécutive. Suit la description de quelques procedés opéraoires.

D-r E. PACU: *Die Behandlung arterieller Kreislaufstörungen an den untern Gliedmassen.*

Nach einer kurzen klinischen Darlegung der häufigsten Krankheiten, welche mit periferischen arteriellen Kreislaufstörungen einhergeben, beschreibt der Verfasser verschiedene Methoden der Behandlung. Die kausale Behandlung ergibt Erfolge nur in den Frühfällen Die symptomatische Behandlung muss angewendet werden in allen Fällen, wo die Aetiologie unklar ist, dann in mehr oder weniger fortgeschrittenen Fällen mit der Neigung zur Progression und gangrän. Diese Behandlung ist eine chemische, physikalische und chirurgische. Die physikalische-chemischen Methoden zeitigten keine genügenden Erfolge. Die chirurgische Behandlung geht das sympatische Nervensystem an, indem sie dessen vasoconstrictorische Tätigkeit vernichtet. Das Resultat ist ein gute collaterale Circulation, mittels der consecutiven Vasodilatation. Der Verfasser beschreibt die verschiedenen operativen Methoden.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-r E PACU: *Il trattamento degli disturbi circolatori arteriale delle membre inferiore.*

Dapo una breve espozizione clinica delle malattie piu freqvente che danno disturbi circolatori arteriale periferice l'autore descrive diversi metodi di trattamente. Il trattamento simptomatico bisogna faze in tutti i casi dove l'etiologia non e chiara, poi in casi piu o meno avanzati con la tendenza verso una progresiva gangrena.

Questo trattamento e chimico fizico e chirurgicale.

I metodi fizico-chimice non hanno avuto rizultati sodisfacenti Il trattamento chirurgicale interessa il sistema nervoso simpatico, con la diminuzione della sua azione vasoconstritoria. Il rizultato e una buona circolazione colaterale per una vasodilatazione consecutiva.

Descrive i diversi techniche operatoire.

# LES SPORES D'UNE GRÉGARINE DANS LE LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN DES MALADES DE THYPHUS EXANTHÉMATIQUE.

par

**D-r N. PETROV**

**Ancien médecin de la ville Tighina, Roumanie.**

Autorul arată prezenţa sporilor Gregarinei — Clepsidrina blattarum — in lichidul cefalo-rachidian al bolnavilor de tifos exantematic, descrie modul de pregătire a preparatelor şi coloraţia lamelor pentru examinarea microscopică.

Tabloul alăturat prezintă microfotografiile sporilor din lic. cef. rach. şi formele de desvoltare a gregarinei în sânge.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Quelques années auparavant j'ai publié [1]) mes recherches sur l'agent pathogen du Thypus Exanthématique, la présence duquel j'ai constaté dans le sang des malades en appliquant la méthode spéciale de coloration.

J'ai montré que les differentes formes du microorganisme appartiennent à un protosoaire et notamment à une grégarine approchée du genre — Clepsidrina blattarum [2]).

Maintenant j'ai eu l'occasion d'examiner le liquide céphalorachidien de quelques malades du thypus exanthématique et j'ai réussi à constater la présence des spores de la grégarine du même aspect que les spores du sang, dans le liquide céphalo-rachidien.

Le tableau ci-joint montre l'évolution des grégarines dans ces diffremts etapes constatées dans le sang et ses spores trouvées dans le liquide céphalo-rachidien. Peut être aurait-il-été possible de

---

1) Conférence tenue à la séssion de la Soc. des Médecins et Naturalistes à Iassy le 12 Nov. 1926.

Cet ouvrage a apparu en roumain dans la revue „Revista Medico-chirurgicala" de la Soc. de Medicii şi Naturaliştii, Iassy, an. XXXVII, Nr. 2 şi 6, 1926 et en français dans les Comptes rendus hebdomadaires des séances et mémoires de la Société de biologie, Section de Iassy, séance de 15 Juillet 1926, vol. XCV: Les Protosoaires du sang dans le thypus exanthématique.

2) F. Doflein. Lehrbuch der Protozoen Kunde V Aufl, 1929, pag. 894.

trouver aussi dans le liquide céphalo-rachidien le grégarine en examinant plusieurs malades, mais moi je ne les avais qu'en nombre tres restreint [3]).

Pour l'examen microscopique du liquide c. rach. il est nécessaire après la centrifugation de laisser couler tout le liquide du tube à l'essai et puis avec une aiguille de platine courbée comme une anse à son extremité libre, rétirer du fond et des parois près du fond un peu de substance muqueuse, qui contient habituellement des microorganismes en abondance. Ce mucus s'étend sur une lame sechée, autrement il ne se colle pas.

La lame est sechée et fixée avec le liquide de Bouin et ensuite colorée par le pyronine.

Pour dispenser les lecteurs de la nécessité de chercher mes articles précédents je répète ici abrégé la méthode de coloration des lames et la déscription des formes constatées dans le sang, surtout que les dessins dans ces articles n'étaient pas assez bien executés.

Pour la coloration je me sers de la méthode suivante: les lames sont sechées à la t$^0$ de chambre pendant 2—3 heures; elles sont fixeés par picroformol de Bouin [4]) pendant ½—1 heure et puis elles sont lavées avec de l'eau du robinet jusqu'au moment que la couleur jaune du sang disparait, et, enfin, elles sont lavées avec de l'eau distillés; puis les lames sont colorées avec la solution aqueuse 1% de Pyronine [5]), une goutte sur 1 cmt.$^3$ d'eau distillée; la coloration dure au moins 2—3 heures; puis la lame est lavée, avec de l'eau et sechée. Pour éviter les sédiments qui se forment parfois, il est mieux, d'employer des boîtes speciales, pour la coloration avec la solution de Giemsa, du Professeur Laveran, où les lames sont posées avec la partie étendue vers le fond de la boîte.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Le sang coloré a l'aspect suivant: les globules rouges sont colorées en jaune — vert, la protoplasme des leucocites en rouge, les noyaux — en rose très peu visible; la plasme des cellules plasmatiques et les protosoaires en rouge — vif; les capsules des protosoaires en brun, plus ou moins foncé.

Ce que nous rencontrons dans le sang le plus souvent, ce sont les spores de la grégarine; ils ont l'aspect des corps ronds un peu plus petits que les globules rouges. Leur intérieur est coloré en rouge — vif et couvert d'une capsule brune, ensemencée sur sa surface extérieure par des épines; sur les pôles opposés la capsule a des épaississements proéminents lisses, par lesquelles les spores sont collées entre eux, en formant ainsi des chaînes d'un nombre d'exémplaires; on rencontre aussi des amas de quelques spores, (fig. 1—2).

---

3) Je me sens obligé d'exprimer ma reconnaisance à M-r le docteur Iundt E. chef de la Section de maladies contagieuses à l'hôpital Tighina pour l'exécutation des ponctions lombaires qui étaient aussi appliquées comme une sorte de traitement des malades du thyphus exanthématique qui présentait des complications cérébro-meningées bien prononcées.

4) Solution aqu. saturée d'acide picrique 30 vol.; Formol a 40 p. 100—10 vol.; Acide acétique crist. 2 vol.

5) Pyronin G., E. Leitz, Berlin.

On rencontre aussi des spores fusiformes avec des capsules dentellées ou lisses et avec ou sans épaississements, (fig. 3, 4, 5, 6).

Parfois on trouve des formes beaucoup plus grandes avec des capsules plus grosses aux striations radiales sans épaississements polairs, (fig. 7).

Plus rarement on trouve des sporozoites sortis des spores, habituellement en groupes de quelques eremplaires; ils sont d'une forme ovale avec des extremités apposées aigües beaucoup plus petites que les globules rouges, avec une protoplasme granulée, colorée en rouge et avec un noyau rond, (fig. 8).

Très rarement en trouve des grégarines typiques, elles ont un protomérite conique, limité par une membrane séparative d'un grand deutomérite; avec une protoplasme granulée et un noyau rond et volumineux, (fig. 9).

Nous pouvons observer les kystes seulement dans les caillots du sang prélèvé d'une veine; les caillots sont fixés et après une inclusion habituelle dans la parafine, ils sont coupés à microtone, colorés avec la pyronine et examinés en glycérine.

Les kystes sont très grands comparativement aux globules rouges, ils possédent de nombreuses orifices pour les sporoductes, clairement visibles et situés simmetriquement, qui conduisent à travers la capsule assez épaisse dans la cavité intérieure; sur sa surface la capsule este couverte par des épines et épaississements, (fig. 10).

Les Figures 12—16 réproduisent les formes du protozoaire, constatées dans le liquide céphalorachidien.

2016 Central University Library Cluj

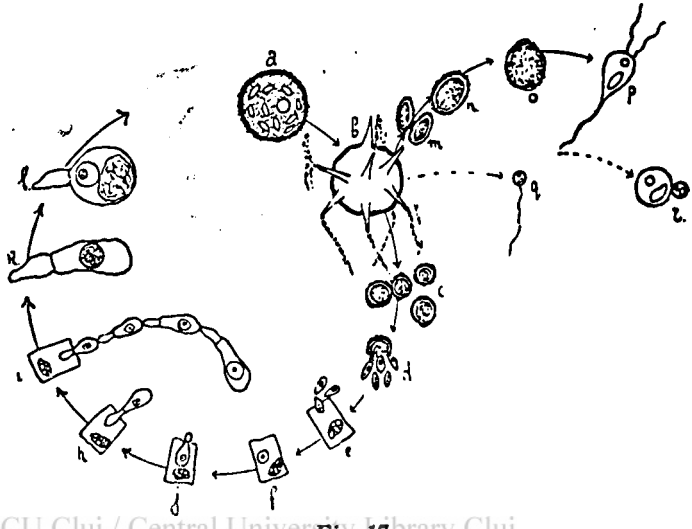
Toutes les microfothographies sont faites d'après les lames colorées et aproximativement dans le même grossissement du microscope, c'est à dire conservant la grandeur relative de differentes formes de la grégarine.

Procédant à l'éxamen de sang il est préferable de prendre 4—5 lames et éxaminer au moins 1 cmt.$^2$ de chacune, parce que les microorganismes se rencontrent assez rarement. Aussi il arrive parfois qu'ils ne peuvent pas être trouvés, tandis que le sang prélèvé un autre jour contient des microorganismes en abondance.

Pour soulager l'éxamen, nous pouvons procéder à la manière suivante: on prend 5 cmt.$^3$ du sang, on le verse dans une vase avec 100 cmt.$^3$ de formaline 10% ou de bile du boeuf, filtrée et sterilisée; puis quelques heures après la dissolution des globules rouges et le formation du sédiment, ou après la centrifugation du liquide, le sédiment est étendu sur la lame; la lame est alors sechée et colorée.

Examinant le sang frais mélé avec de l'eau salée physiologique ou éxaminant le liquide céphalo-rachidien à la t$^0$ de chambre, nous pouvons constater la présence de deux autres formes mobiles: l'une d'elles était piriforme, plus grande qu'une globule rouge, douée à son extrémité aigue d'un cil long et épais, mais au bout apposé elle posséde deux cils fins et ayant de mouvements ondulatoires, et lents; l'autre forme est ronde aproximativement dix fois plus petite que la forme précedente, avec un cil vibratil long, ayant de mouvements

desordonnés et brusques, interrompus par des moments du répos complet. Ces deux formes de grégarines ont la tendance de s'unir, à cause de laquelle, je crois, elles peuvent être considerées comme des macro — et microgamètes. Sur les lames colorées je ne pouvais distinguer ces formes parmi les élements du sang.




BCU Cluj / Central University Library Cluj

*Fig. 17.*

Fig. 17 montre le rapport probable entre les differentes formes de la grégarine. Sous les lettres „p" et „q" sont les formes mobiles separées tandis que sous la lettre „r" ont voit le moment de la liaison entre elles. Les microphotographies de la fig. 11 et 16 présentent les mêmes formes unies, trouvées dans le sang et dans le liquide c. rach.

Il est difficile de distinguer les spores dans le sang frais, parce qu'elles ont le même aspect que les globules rouges; les épines qu'on constate sur les lames colorées sont le résultat de la fixation. Nous pouvons les différencier des globules rouges seulement, d'après la manière de s'unir entre eux: les globules rouges sont collées en „rouleaux de monnaies" tandis que les spores forment des chaînes de quelques éxemplaires.

D-r N. PETROW: *Die Sporen der Gregarinen im Liquor cerebospinalis bei Fleckfieberkranken.*

Der Autor beweist die Anwesenheit von Sporen der Gregarinen-Clepsidrina Blattarum — im Liq. cerebrospin, bei den Fleckfieberkranken; er beschreibt die Art der Vorbereitung und die Färburg der für die microscopische Prüfung bestimmten Präparate.

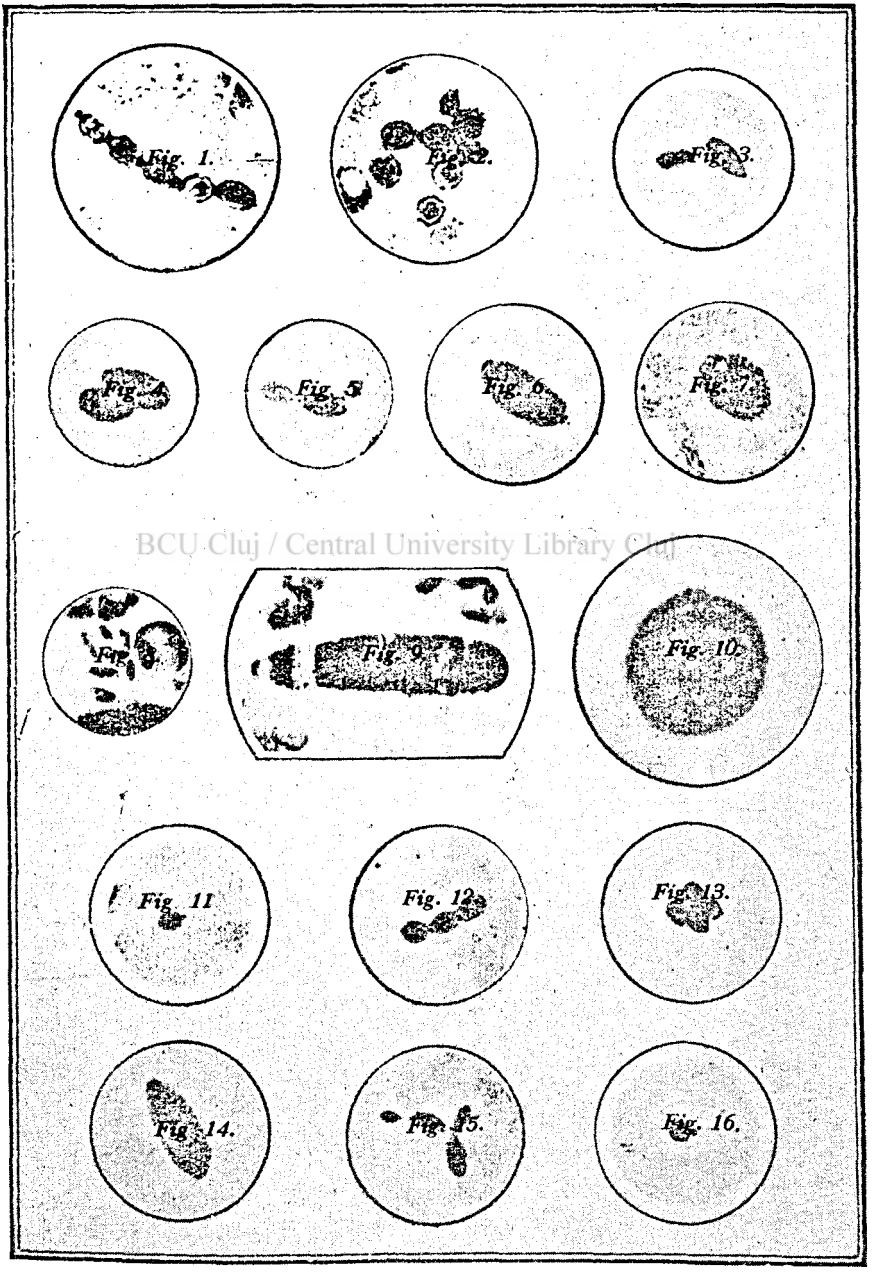
Das beigelegene Bild stellt die Microfotografien der in dem Liqu. cer. spin befindlichen Sporen dar, ebenso die Entwiklungsformen der Gregarinen im Blute.

MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ
No. 11-12/1939

LES SPORES D'UNE GRÉGARINE DANS LE LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN CHEZ DES MALADES DE THYPUS EXANTHÉMATIQUE

par
D-r N. PETROV

## PLANŞA I.




BCU Cluj / Central University Library Cluj

les spores, interrompus par des moments du repos complet. Les deux formes de grégarines ont la tendance de s'unir, à cause de laquelle, je crois, elles peuvent être considerées comme des macro — et microgamètes. Sur les lames colorées je ne pouvais distinguer ces formes parmi les élements du sang.

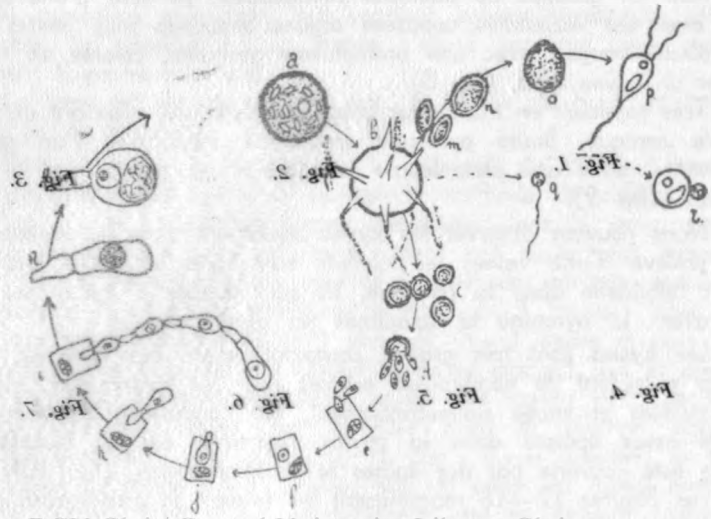


Fig. 17.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

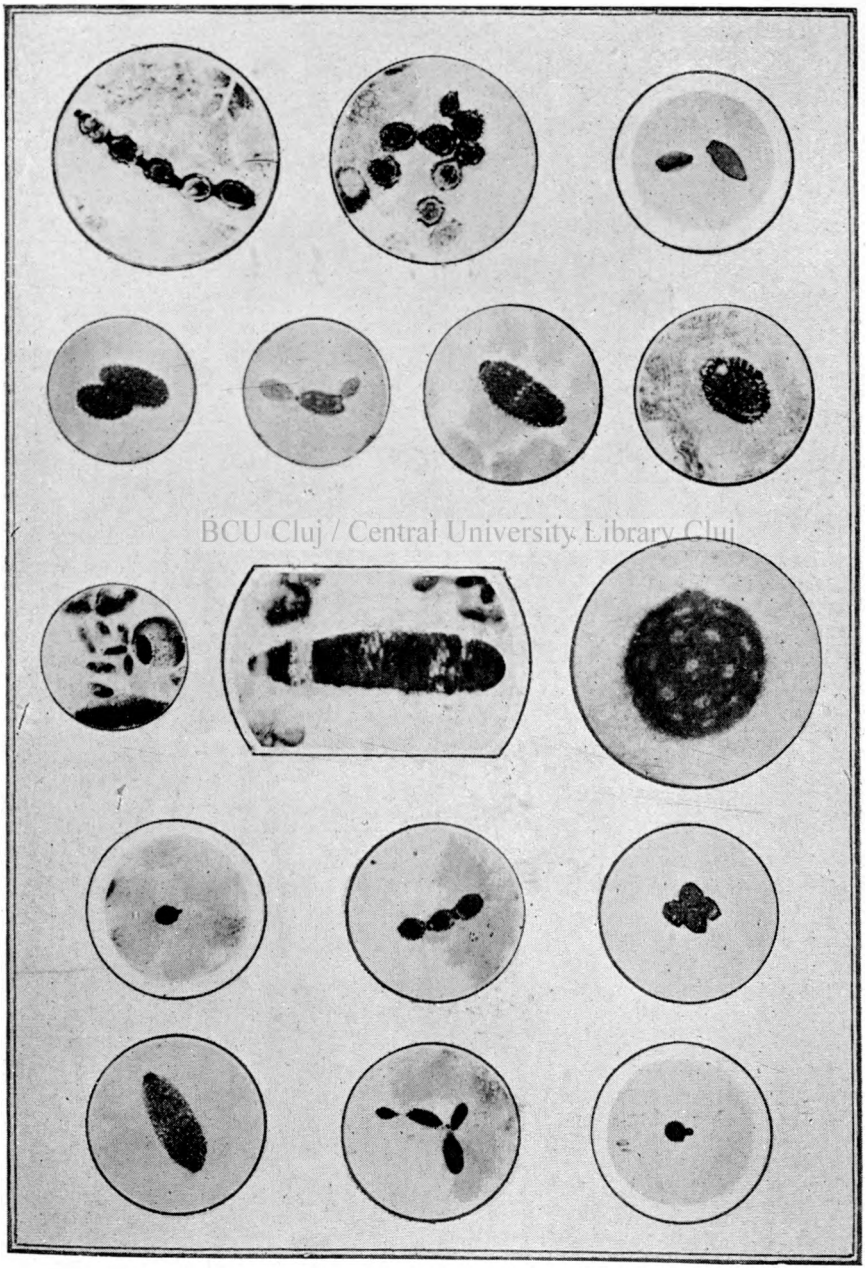
Fig. 17 montre le rapport probable entre les differentes formes de la grégarine. Sous les lettres „p" et „q" sont les formes mobiles separées tandis que sous la lettre „r" ont voit le moment de la liaison entre elles. Les microphotographies de la fig. 11 et 16 présentent les mêmes formes unies, trouvées dans le sang et dans le liquide c. rach.

Il est difficile de distinguer les spores dans le sang frais, parce qu'elles ont le même aspect que les globules rouges; les épines qu'on constate sur les lames colorées sont le résultat de la fixation. Nous pouvons les différencier des globules rouges seulement, d'après la manière de s'unir entre eux: les globules rouges sont collées en „rouleaux de monnaies" tandis que les spores forment des chaînes de quelques éxemplaires.

D-r N. PETROW: *Die Sporen der Gregarinen im Liquor cerebospinalis bei Fleckfieberkranken.*

Der Autor beweist die Anwesenheit von Sporen der Gregarinen-Clepsidrina Blattarum — im Liq. cerebrospin, bei den Fleckfieberkranken; er beschreibt die Art der Vorbereitung und die Färburg der für die microscopische Prüfung bestimmten Präparate.

Das beigefügene Bild stellt die Microfotografien der in dem Liqu. cer. spin befindlichen Sporen dar, ebenso die Entwiklungstormen der Gregarinen im Blute.



BCU Cluj / Central University Library Cluj

BCU Cluj / Central University Library Cluj

*Spitalul de copii: Medic primar D-r Alfred Rusescu*

# DESPRE CONVULSIUNILE INFANTILE, IN LEGATURA CU 3 CAZURI DE CONVULSIUNI CU FEBRA, CA PRIM SIMPTOM AL UNEI NEFRITE

de

**Conf. D-r ALFRED RUSESCU** şi **D-r TRAIAN FELDIOREANU**

Medic primar. Intern.

Autorii prezintă observaţiunea complectă a 3 copii în vârstă de 11, 6 şi 11 ani, cari sunt internaţi de urgenţă pentru un sindrom caracterizat prin convulsiuni generalizate, cu febră şi fenomene meningeale. După ce se elimină diagnosticele cari păreau la prima impresie mult mai probabile, se stabileşte că este vorba de 3 nefrite azotemice ignorate şi cari s'au exteriorizat pentru prima dată prin fenomenele de mai sus: convulsiuni generalizate, cu febră.

Autorii insistă asupra necesităţii unui examen de uree sanguină cât mai precoce, pentru stabilirea diagnosticului.

Se trec apoi în revistă toate noţiunile cari trebuesc avute în vedere în faţa unui convulsivant, pentru stabilirea unui diagnostic etiologic, pentru a prescrie un tratament adequat, pentru a cunoaşte evoluţia şi a evita sequelele posibile.

Câţiva bolnavi internaţi la scurt interval unul de altul în Spitalul de copii, ne-au repus în discuţie problema etiologiei convulsiunilor infantile.

Forma interesantă sub care s'au prezentat, am socotit util s'o relevăm şi să insistăm asupra valorii unui examen de uree în sânge, tot aşa de precoce ca şi puncţia lombară la orice copil convulsivant, indiferent dacă este febril sau nu şi chiar când nu găsim în antecedente vreo afecţiune renală sau maladie cu posibilităţi de repercusiune asupra rinichiului. Cazurile pe care le prezentăm, sunt foarte interesante pentru procesul de gândire pe care-l trezesc, — pentru varietatea diagnosticelor la care se pretează şi cari cad succesiv până la examenul ureei în sânge, — la care trebuie să recunoaştem, nu suntem tentaţi decât după ce am epuizat celelalte probe.

Inainte de a publica cazurile noastre vom arăta importanţa exa-

menului renal şi a tratamentul ce decurge, citând cazul găsit ulterior în literatura cercetată, publicată în Bull. d. Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 1938, căruia i s'a făcut o trepanaţie pentru eventualitate unei tumori cerebrale, în realitate fiind o nefrită cronică hipertensivă şi azotemică. Un copil în vârstă de 10 ani este internat în stare de comă incomplectă, întreţăiată de crize de epilepsie generalizată şi perioade de agitaţie extremă fără revenirea conştiinţei. Temperatura 35,4°. Prezenta semnul lui Babinski bilateral. Reflexe tendinoase vii cu clonus al piciorului. Tensiunea arterială 17—14. Azotemia 0,90°/₀₀. Albuminurie. In sedimentul urinar: puroi. Lichidul cefalo-rachidian cu tensiunea 45 la Claude. Oftalmoscopic: oedem papilar bilateral, cu hemoragii în lungul vaselor de dreapta. S'a pus eventualitatea unei tumori cerebrale. Se face o trepanaţie decompresivă şi bolnavul sucombă. Necropsic se constată un creer mare edematos. Rinichiul drept o hidronefroză congenitală. Infiltraţie grăsoasă a rinichiului stâng.

Iată şi cazurile noastre:

CAZUL I. — Bolnavul M. I., în vârstă de 11 ani, este internat în serviciu în ziua de 3 Noembrie 1937, pentru: 1. Contractură a muşchilor cefei, membrelor superioare şi inferioare. 2. Stare de semiconştiinţă. 3. Convulsiuni şi agitaţii. 4. Febră 39°.

Maladia actuală a început în noaptea trecută. Copilul trezindu-se brusc din somn, era agitat, a ţipat după mama lui şi a făcut câteva convulsiuni generalizate. Faţa era cianozată şi cu spume la gură. A fost repede fricţionat de cei din casă, după care s'a liniştit şi a dormit. Dimineaţa pe când se juca, stând jos a căzut pe spate şi şi-a pierdut cunoştinţa. Vrând să-l ridice, mama lui a constatat că avea mâinile şi picioarele în contractură. Nu mai cunoştea pe cei din jur şi cerea mereu să fie mutat în alt pat. In noaptea internării în serviciu, mai face câteva convulsiuni. Ele constau în contracturi clonice generalizate, în stare de inconştienţă.

Ca antecedente heredo-colaterale găsim: tatăl mort de meningită tuberculoasă. Mama suferă de o afecţiune cardiacă. Mai are un frate şi două surori sănătoşi, iar a treia soră suferă de epituberculoză. Ca antecedente personale: rugeolă la 3 ani. Fractura antebraţului la cinci ani. După aceasta, a făcut o adenită ce a supurat. Amigdalite repetate. Operat de vegetaţii adenoide. Scarlatină anul trecut, după care a avut oedeme şi albumină în urină.

Starea prezentă: Copilul de constituţie medie, cu ţesutul adipos, subcutan, puţin diminuat, prezintă tegumentele de coloraţie brună. In pat păstrează gambele flexate pe coapse şi coapsele pe bazin (cocoş de puşcă). Este agitat şi complect inconştient. Nu răspunde la întrebări, prezintă delir şi fotobie. Din când în când are convulsiuni. Sistemul limfatic: micropoliadenopatie. Sistemul muşchiular în hipertonie generalizată. Febril: 38,2°. Puls 96. Tensiunea arterială 7½—4½. Nimic din partea aparatelor respirator şi circulator. Apetit dispărut. Limba şi mucoasele bucale normal colorate. Fundul gâtului hiperemic. Nu a avut vărstăuri. Este constipat. Micţiuni regulate, urina de aspect şi cantitate normală. Sistem nervos: pupile midriatice. Fotofobie. Reflexele osteotendinoase şi cutanate vii. Semnul lui Kernig şi Brudzinski pozitiv. Redoarea cefei. Hipertonie muşchiulară. Se face imediat puncţie lombară: lichidul cefalo-rachidian este clar hipertensiv. Reacţiunile Pandy şi Nonne Appelt şi a triptophanului negative. La Nageotte: 1,4 elemente. In sediment foarte rare limfocite. Glicorachia 0.58°/₀₀. Formula leucocitară: polinucleare neutrofile 75°/₀. Limfocite 11°/₀. Mononucleare 14°/₀. Globule albe 13.200/mmc. Lichidul păstrat nu face văl. Examenul de urină arată: albumină nor fin, iar în sediment rari cilindri granuloşi frecvente leucocite. Examenul fecalelor pentru ouă de paraziţi arată ouă de botriocephal. Urea în sânge 1 gr. °/₀₀. Cloruri în sânge 6,25 la mie. Calcemia 13,4°/₀. Seroreacţia Wasserman negativă.

In faţa acestui tablou simptomatic şi a rezultatelor diferitelor analize se stabileşte diagnosticul de: **nefrită, uremie cu convulsiuni febrile ca prim simptom al acestei nefrite.** Se instituie imediat regimul necesar şi ureea în sânge scade precum urmează: la 11 Nbrie 0,68 la mie; la 18 N-brie 0,66 la mie; la 24 N-brie 0,37 la mie. Clorurii în sânge 6 la mie. Examenul de urină: albumină absentă. In sediment numeroşi uraţi amorfi de sodiu, cristale de fosfat amoniaco magnezian şi celule epiteliale vezicale. Ca evoluţie, de a doua zi a început să cunoască pe cei din jur. Răspunde la întrebări. Persistă uşoară stare de somnolenţă şi redoarea cefei, care dispar după câteva zile. Urmărit timp de un an, fenomenele nu i-au mai revenit.

**CAZUL II.** — Bolnava B. A., în vârstă de 11 ani, se internează în serviciul medical din spitalul de copii, pentru convulsiuni generalizate subintrante şi stare febrilă. In ziua de 14 Februarie 1939, în timp ce era la şcoală şi făceau rugăciunea — fiind în plină stare de sănătate, a fost observată de colege că are o atitudine fixă, inexpresivă. La întrebări nu răspunde nimic, iar după câteva secunde a căzut jos şi a avut convulsiuni generalizate, dar mai accentuate în jumătatea stângă a corpului, — cu deviaţia conjugată a capului şi ochilor spre dreapta. Şi-a muşcat limba şi făcea spume la gură. A pierdut urina pe dânsa. Această stare convulsivă a durat timp de 3 ore cu pierderea complectă a conştiinţei. In această stare este adusă în serviciul nostru, unde i se face imediat o puncţie lombară şi se extrag câţiva cmc. de L. C. R. Convulsiunile încetează, iar copila trece imediat în stare de linişte. După patru ore se află încă în stare crepusculară: capul şi ochii deviaţi spre dreapta, nu răspunde la întrebări, dar bea apă şi urmăreşte cu privirea. Ţine imobile membrele superior şi inferior stâng şi nu le mişcă decât la excitaţii dureroase puternice. Sensibilitatea pare diminuată. Reflexele osteotendinoase mai vii în stânga, cele cutanate diminuate în stânga. Reflexul cutanat plantar în flexiune bilateral. Semnul lui Chvostek negativ. In seara aceleiaşi zile copila se află cu conştiinţa aproape complect revenită, totuşi răspunde cu greutate la întrebări şi face diferite greşeli. A doua zi (15 Feb.) este revenită complect din punct de vedere al psihicului şi motilităţii.

Starea prezentă: (15 Feb.) Bolnava astenică, prezintă tegumentele şi mucoasele normal colorate. Ţesutul adipos subcutan slab desvoltat. Sistemul osteo muşchiular normal. Ganglionii nu se palpează. Orificiile normale nu prezintă nimic patologic. Starea generală bună, afebrilă. Tensiune arterială 12—6. Puls 102. Greutatea 25,400 kgr. Subiectiv acuză dureri de cap şi când se ridică în picioare ameţeli. Nimic deosebit din punct de vedere obiectiv. Puncţia lombară a arătat un lichid clar, fără tensiune, celule 1,5 la Nageotte. Reacţiile Pandy şi Nonne Appelt negative. Reacţia Wasserman negativă. Glicorachia 0,6‰. Formula leucocitară: polinucleare neutrofile 78%, limfocite 18%, monocite 3%. Leucocitoza 7200/mmc. Hematozoar palustru absent. Nu s'au găsit ouă de paraziţi în fecale. Se fac pe ziua de 17 Febr. următoarele analize: **în sânge ureea = 0,84‰.** Sero-reacţia Wasserman negativă. Calcemia 10 mgr. %. Examenul de urină arată albumină nor, şi rari cilindri hialini. In faţa acestui tablou simptomatic şi a rezultatelor diferitelor analize se stabileşte diagnosticul de: **nefrită, uremie cu convulsiuni febrile ca prim simptom al acestei nefrite,** până atunci ignorată de părinţi. Bolnava este pusă la regim adecuat imediat, iar a treia zi după aceasta, ureea a scăzut la 0,32 la mie. Clorurii în sânge au fost 5,75 la mie. I se repetă puncţie lombară care însă, arată aceleaşi lucruri ca şi prima. Bolnava complect restabilită a părăsit serviciul vindecată în ziua de 5 Martie 1939. Timp de 8 luni cât a fost urmărită, fenomenele nu au mai apărut.

**CAZUL III.** — Copilul S. I., în vârstă de 6 ani şi jumătate, se internează la 23 Aprilie 1939, în serviciu cu: 1. Stare de somnolenţă. 2. Cefalee. 3. Febră 39,5. 4. Greţuri însoţite de vărsături. 5. Delir şi respiraţie stertoroasă.

Istoric: Cu o zi înainte de internare, copilul a avut o stare de indispoziţie şi inapetenţă. La ora 2 noaptea a început delir, vărsături şi febră. Până dimineaţa, a continuat în această stare fiind somnolent şi nu se trezea decât ca să vomiteze şi să se plângă de cefalee. Dimineaţa este adus în serviciu. Ca antecedente heredo-colaterale, mama suferă de o metro anexită

bilaterală, tatăl sănătos. Antecedente personale: a suferit de pojar la vârsta de 2 ani. Acum un an a avut o afecţiune pulmonară. O radioscopie făcută a arătat hilul drept mărit.

Starea prezentă: Copilul se află în stare pseudo-comatoasă. Stare de intoxicaţie profundă. Febr.l 39,6°. Sguduit se trezeşte şi răspunde corect la una, două întrebări; astfel se plânge de dureri de cap. Imediat apoi, recade în stare de somn. Constituţional, bine desvoltat, tegumentele normale. Micropoli-adenopatie. Respiraţia stertoroasă. Nu tuşeşte. Tonalitatea mai ridicată în fosa supraspinoasă stângă. In hemitoracele stâng respiraţia este mai suflantă, în comparaţie cu cea din hemitoracele drept. Cordul tachicardic. Pulsul 108. Tensiunea arterială 12—6½. Tub digestiv: Limba prăjită. Fundul gâtului congestionat — eritematos. Ambele amigdale hipertrofiate; nu au depozit. Inapetenţă, greţuri şi vărsături numeroase. Evacuări normale. Abdomenul difuz dureros, mai sensibil în epigastru şi fosa iliacă dreaptă. Ficatul în limite normale. Splina percutabilă pe două laturi de deget. Lojile renale nedureroase. Micţiuni normale, urina de culoare închisă. Sistem nervos: prezintă o redoare foarte marcată a cefei. Reflexele rotuliene vii. Schiţează semnul lui Kernig. Uşor strabism o. d. Se face imediat o puncţie lombară. Lichidul cefalo-rachidian este extrem de hipertensiv, în jet, până se extrag 6—7 cmc. de aspect normal. La Nageotte 2,4 elemente pe mmc. Rare hematii şi limfocite. Reacţia Pandy negativă.

Evoluţia: A doua zi temperatura scade dela 39,6 la 37,2°. Este mai puţin somnolent. O formulă leucocitară arată: polinucleare neutrofile 71%, limfocite 27%, monocite 2%. Numărul globulelor albe 16,700 pe mmc. A treia zi persistă încă redoarea cefei şi varsă de mai multe ori. Somnolenţa mai continuă. Fundul gâtului însă eritematos, amigdalele mai puţin hipertrofiate. Spre seară se ridică temperatura la 37,8°. Examenul de urină arată: albumina absentă, iar în sediment urat de sodiu. Rare leucocite şi rare hematii. Cilindri uratici rari. O radioscopie pulmonară nu arată nimic deosebit. Se face hemocultură, care rămâne de două ori negativă şi însămânţare din gât, în care cresc bacili pseudo-difterici. Hematozoarul palustru absent în două rânduri. O nouă puncţie lombară arată lichidul cefalo-rachidian cu aceleaşi caractere. Examenul de fecale pentru paraziţi intestinali este negativ. **Ureea în sânge la 25 Iunie este 1,80 gr. ‰.** Examenul de urină arată: albumină nor, ureea 26 la mie, cloruri 2 la mie, acetona prezentă. In sediment: urat de sodiu şi amoniu frequent .Leucocite relativ frecvente, rare hematii. In faţa acestui tablou simptomatic şi a rezultatelor diferitelor analize se stabileşte diagnosticul de: **nefrită, uremie cu convulsiuni febrile ca prim simptom al acestei nefrite**, până atunci ignorată de părinţi. Se instituie imediat tratamentul adecuat şi starea bolnavului se ameliorează paralel cu scăderea ureei în sânge. La 26 Iunie scade la 1,20 gr. la mie. La 28 Iunie 0,80 la mie, iar la 2 Iulie la 0,48 la mie.

In rezumat, aceste 3 cazuri foarte asemănătoare între ele se referă la copii de 11, 11 şi 6 ani, internaţi pentru convulsiuni generalizate şi febră, ce datau de 24 ore.

După ce am eliminat diagnosticele cari păreau la prima impresie mult mai probabile (meningita, pneumonie, otită, helminfiază intestinală, mal comiţial, paludism), am stabilit că era vorba de 3 cazuri de nefrite ignorate de părinţii copiilor, şi cari ca prin simptom au realizat tabloul de convulsiuni cu febră.

Acest tablou simptomatic ne arată că examenul ureei sanghine este indispensabil atât pentru stabilirea diagnosticului, cât mai ales pentru instituirea tratamentului care trebuie să fie cât mai precoce, fără de care sfârşitul poate să fie fatal.

**Privire sintetică asupra convulsiunilor copilăriei.** Ele sunt un sindrom, un mod de reacţie al sistemului nervos. Diagnosticul lor aproape nu se pune pentru că este uşor a le diferenţia de tetanos şi crizele

pitiatice. Problema pe care o relevăm este cea etiologică şi de pronostic, iar după cum va fi cazul unei turburări funcţionale sau unei leziuni organice, pronosticul va fi esenţial, benign sau foarte grav, fie imediat, fie pentru viitor. Prof Hamburger crede că şi cele funcţionale au un substrat organic şi chiar şi contracturile histerice. Pe de altă parte trebuie ştiut dacă convulsiunile sunt în raport cu o afecţiune cerebro-meningee în evoluţie, sau dacă sunt revelatoare unor leziuni meningo-encefalice vechi, constituind o spină iritativă definitivă susceptibilă de a provoca repetiţia lor ulterioară sau fiind numai o reacţie momentană a unui sistem nervos sensibil la modificări humorale, la o intoxicaţie sau la oricare altă cauză de excitaţie corticală.

*Vom arăta cum să ajungem la diferenţiere pentru a putea aplica* un tratament etiologic şi nu numai simptomatic.

a) **Indicaţiuni date de semeiologia crizei convulsive.** — La sugaci *în majoritatea cazurilor de convulsiuni fruste sau localizate, uneori o simplă* revulsie a globilor oculari cu sau fără secuse ale muşchilor feţei şi capului, sau la nivelul membrelor, adeseori parţial neatingând decât un membru sau un grup muşchiular, sunt convulsiuni spasmofilice. Ele sunt mai ales tonice cu contracţia membrelor în extensie, răsucirea piciorului şi supinaţia forţată a antebraţului. Adeseori pumnul este închis cu policele la interior şi antebraţul în semiflexiune pe braţ. Uneori degetele sunt îndepărtate (pattes d'araignée).

Secusele clonice sunt mai rare, nu sunt ritmate ca ale adevăratei crize epileptice şi chiar dacă se repetă la scurt interval ele sunt în general extrem de scurte — nedurând decât câteva secunde.

Caracterul frust, parţial şi fugace al convulsiunilor este un element important în favoarea naturei spasmofilice a accidentelor şi a benignităţii, însă nu este constant şi uneori vedem forme complet generalizate. De altă parte criza convulsivă epipeltică poate fi frustă, limitată uneori la o simplă fixitate a globilor oculari timp de câteva secunde, la o absenţă cu sau fără mişcţiune involuntară şi să treacă adeseori neobservată la copiii mici. Criza mare însă, generalizată, care trece succesiv şi net printr'o fază tonică şi o fază clonică cu pierderea cunoştinţei profunde şi evidentă, paloare la început apoi cianoză, emisiune de urină, muşcătura limbii, spumă sanghinolentă la gură, respiraţie stertoroasă urmată de un somn profund, durând uneori mai mult de o oră, este în favoarea unei leziuni organice a sistemului nervos.

Criza epileptică datorită unei spine cerebro-meningee vechi este în general violentă, masivă, însă unică sau cel puţin nu se repetă decât după câteva ore.

Crizele subintrante dacă sunt uşoare şi atipice relevă spasmofilie sau o intoxicaţie, însă dacă sunt intense să ne gândim la o encefalopatie acută sau la o meningită cu eventualitatea unui apropiat sfârşit fatal.

b) **Vârsta** ne dă o indicaţie importantă. Convulsiunile infantile apar cel mai frequent la sugari, apoi la copii între 2—5 ani şi mai rar la cei mai în vârstă.

La nou născut şi în cursul primelor două luni convulsiunile sunt în general grave pentrucă ele sunt adeseori în raport cu un traumatism

obstetrical şi datorite unei hemoragii meningee, iar spasmofilia este foarte rară la această vârstă. Aceste convulsiunii pot să fie uneori foarte uşoare, prin simpla întoarcere a capului într'o parte sau întoarcerea ochilor peste cap. Ele pot apărea şi tardiv sau să fie observate numai atunci. Ne vom informa asupra naşterii, dacă a fost laborioasă sau dacă copilul s'a născut cu cordonul răsucit în jurul gâtului sau a prezentat semne de asfixie imediat după naştere sau dacă s'au observat turburări de deglutiţie în primele săptămâni.

Pronosticul în general este grav, totuşi nu în mod absolut.

După Prof. Hamburger, la sugari găsim drept cauză a convulsiilor mai frequent: meningitele şi tetania. In faţa unui sugar în convulsii să ne gândim la meningită chiar când celelalte simptome cum este redoarea cefei care poate să nu fie marcată, semnul lui Kernig neconcludent şi vărsăturile să lipsească. Fontanelele pot sau nu să bombeze, căci oasele nu sunt complet sudate. O încetinire a pulsului sau o aritmie a pulsului pledează pentru o meningită sau mai bine pentru o hipertensiune craniană. Mai frequentă este meningita meningococică. In meningita tuberculoasă convulsiile apar de obicei la sfârşitul săptămânii a doua şi începutul celei de a treia. Meningita otogenă poate începe cu convulsiuni. O otită care durează şi care se însoţeşte de convulsiuni după o rugeolă sau scarlatină, face să ne gândim la meningită.

Perioada între două luni şi trei ani este epoca în care spasmofilia este cea mai frequentă. Există deci prezumţia că, convulsiunile survenite la această vârstă ar fi benigne; totuşi ele pot fi şi grave, traducând o meningo-encefalită a copilăriei, sau o meningită tuberculoasă sau relevând o scleroză cerebrală mai mult sau mai puţin frustă, datând dela naştere.

Tetania este încă destul de rară şi cu profilaxia rachitismului scade şi mai mult.

Convulsiunile survenind la epoca pubertăţii sunt în majoritate primele manifestări ale unei epilepsii. Spasmofilia este excepţională, iar apariţia convulsiunilor ne face să ne gândim la o encefalopatie veche sau actuală.

c) **Antecedente hereditare.** Este clasic că epilepsia nu este ereditară. Existenţa convulsiunilor sau a crizelor nervoase la părinţi, bunici sau colaterali pledează în favoarea unui teren neuropsihic hereditar. O hereditate nervoasă încărcată poate fi un element favorizant pentru localizări la nivelul creerului şi meningelor a diverselor infecţiuni, în special a maladiilor eruptive şi a tuberculozei.

Existenţa probabilă sau sigură a unui sifilis congenital va fi o indicaţie terapeutică şi nu un element de pronostic, pentrucă un copil cu un Wasserman pozitiv poate prezenta orice altă categorie de convulsiuni şi poate cu o frequenţă crescută.

d) **Antecedentele personale patologice** trebuesc totdeauna cercetate. Diagnosticul primului acces convulsiv este mai dificil decât dacă aceasta s'a mai repetat.

Maladiile infecţioase, după cercetările din ultimii ani, pot avea repercusiuni importante asupra sistemului nervos, pe lângă aşa numitele neuroinfecţiuni de origină nedeterminată. Nefritele provoacă ade-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

seori convulsiuni şi în special nefrita uremică sau pseudo uremică. Aceste convulsiuni se produc printr'un edem cerebral ce se formează. R. Debré, Julien Marie, R. Dumas et Malinsky au comunicat la Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 1938, cazul unui copil de 9 ani, suferind de nefrită cronică hipertensivă şi care simula o tumoră cerebrală.

Fenomenele nervoase motorii în uremie pot să se manifeste prin contracturi localizate sau generalizate şi convulsiuni parţiale sau totale. Cele parţiale se prezintă ca secuse musculare bruşte, tremulaţiuni fibrilare cari adeseori preced un atac eclamptic. Convulsiunile generalizate sau eclamsia uremică isbucnesc brusc şi sunt formate din accese destul de scurte, însă cari se repetă constituind o stare de rău epileptiform. Aceste accese debutează prin mici mişcări convulsive din ce în ce mai rapide şi intense a muşchilor buzelor, a feţii, a unui membru, mişcări cari apoi ajung la o redoare tetanică generalizată; bolnavul se îndoieşte pe spate şi faţa se congestionează. Excepţional aceste convulsiuni predomină la un singur membru sau într'o jumătate a corpului luând tipul de epilepsie jacksoniană. După criză, bolnavul cade într'un sterţor comatos. Uneori crizele se pot repeta şi s'au numărat până la 60—70 în 24 ore. Uremia eclamptică în nefrita acută se manifestă frequent însă prin contracturi tonice clonice.

Şi în uremia cronică pot apărea la exacerbări ale acesteia, tot aşa şi în scleroza arterială şi renală denumită şi pseudouremie.

Vom aminti simptomele asociate cari sun: cefaleea, ameţeli, torpoare, vărsături, diaree, exagerare de reflexe, hipertensiune arterială, stare de somnolenţă, etc., însă vom insista asupra azotemiei prin hipocloremie care se produce prin pierderea de apă, clor şi Na. Cl. în urma vărsăturilor, diareelor, arsurilor, transpiraţiilor profuze, punctiunilor evacuatoare repetate unite cu diuretice, spălături de stomac intempestive, vărsături, post operatorii, turburări circulatorii şi intestinale. O particulară dispoziţie o dau afecţiunile pancreasului cari se pare că influenţează hormonal metabolismul Na. Cl. (Richard Bauer).

Noţiunea unei intoxicaţiuni, alcool (copil sau doică), plumb, potasă caustică, administrării unui medicament: cafeină, belladonă, opiu, arsenic, santoină; corpi străini în ureche, nas; în cursul unor maladii: spre ex. afecţiuni gastro-intestinale, sindrome colice, colite, constipaţie, viermi intestinali, calculi renali şi vezicali, o injecţie de ser, ne vor orienta spre natura toxică sau reacţională a fenomenelor. In unele maladii cum este tusea convulsivă pot apărea convulsiuni, şi cari se produc fie prin oedem cerebral, fie prin hemoragie cerebrală. Sunt însă rare accesele de tuse convulsivă însoţite de convulsiuni şi Prof. Hamburger a văzut un singur caz.

Convulsiuni se pot vedea şi în difteriile grave sau mai bine zis la sfârşitul lor. Ele se produc prin embolie sau endarterită cerebrală. Sunt rari copii cari supraviţuesc acestor fel de cazuri şi atunci când reuşesc spre nenorocul lor rămân cu o hemiplegie cu puternice contracturi. (Hamburger).

**Modul de apariţie.**

Apariţia unei crize convulsive noaptea sau în plin somn, este în

BCU Cluj / Central University Library Cluj

favoarea epilepsiei. Tot aşa când apare fără motiv aparent, în cursul mesei sau unui joc liniştit, în afara oricărui episod febril sau afecţiune patologică. Din contră, în cursul unui necaz, o emoţie, după un traumatism, o indigestie, pledează pentru natura benignă a accidentului.

**Indicaţiuni date de semnele concomitente.**

a) **Febra.** Unii copii, cu hereditate nevropatică mai frequent, fac convulsiuni cu ocazia fiecărui episod febril ori care ar fi: pneumonie, broncho-pneumonie, scarlatină, pojar, gripă, otită, tetanos, etc., fără a prezenta nici un caracter de gravitate pentru viitor.

Acestea nu au nici-o relaţie cu convulsiunile epilepsiei sau nu arată o tendinţă la epilepsie. Sunt copii cari la orice maladie febrilă fac convulsiuni iar în rest nu prezintă nimic, şi din contră epileptici cari în maladiile febrile nu fac convulsiuni. Nu trebuie să considerăm totdeauna convulsiunile cari apar în febră ca benigne, căci meningitele acute, encefalitele acute pot provoca totdeauna hipertermie şi convulsiuni.

Convulsiunile cari apar într'o febră post-vaccinală, acum când se vorbeşte aşa de mult de encefalita post-vaccinală, nu trebuie să o admitem necondiţionat ca fiind consecutivă unei atingeri encefalitice; numai rar poate fi preludiul unei atingeri durabile a encefalului. Totuşi convulsiunile cari apar frequent după vaccinări sau în stări febrile, dacă nu se probează clinic imediat o encefalită sau să fie urmate de aceasta, se bazează tot pe procese encefalitice hematogene, însă rapid vindecabile (Hamburger).

Insă nu numai la începutul ci şi la sfârşitul maladiilor febrile sau a proceselor vaccinale pot apărea convulsiuni encefalitice. S'au descris astfel encefalita rugeolică şi encefalitidele rugeolice. In tusea convulsivă febrilă, convulsiunile pot apărea tot ca o complicaţie encefalitică.

Crizele convulsive, trebuie ştiut, pot provoca prin ele înşile hipertermie dacă se repetă într'un mod subintrant. In convulsiunile uremice putem avea febră până la 40° fără alte modive decât uremia; însă de obiceiu este hipotermie. Absenţa febrei nu ne dă indicaţiuni mai precise asupra convulsiunilor. Crizele epileptice survin de obiceiu în perioada apiretice, însă pot fi declanşate şi de un puseu febril al unei maladii infecţioase intercurente.

Convulsiunile consecutive traumatismelor obstetricale şi hemoragiilor cerebro meningee survin în general fără febră, însă se pot întovărăşi de uşoară febră.

Convulsiunile spasmofilice sunt în general apiretice, însă nu trebuie uitat că se pot asocia cu o altă maladie. La un convulsivant cu cele mai nete semne de spasmofilie, Prof. Hamburger a găsit o meningită.

b) **Vărsăturile** sunt observate frequent la copii, oricare ar fi natura şi gravitatea convulsiunilor, încât nu le vom acorda o importanţă deosebită.

c) Semnele meningeale trebuesc minuţios cercetate la orice convulsivant, pentru că pot să orienteze diagnosticul pe deoparte spre meningită şi pe dealtă parte spre varietatea etiologică: meningite tuber-

culoase, meningite acute purulente, meningococice pneumococice, etc. şi spre meningite acute seroase.

d) Celelalte semne neurologice: secusele clonice, mişcări coreo atetozice, nistagmus, paralizii sau parezii motrice, retenţie vezicală sau incontinenţă de sfinctere, coma, delir, dovedesc o atingere profundă a creerului şi permit de a ataşa convulsiunile fie la o meningo-encefalită actuală, fie la o hemoragie cerebro-meningee, fie la o scleroză cerebrală sau la o tumoră cerebrală, etc. Pentru motive bine determinate trebuesc căutate la un convulsivant turburările de caracter, arieraţia psihică, instabilitatea, iritabilitatea, etc., micile turburări mentale, căci concomitenţa acestora ne permit a considera cu multă probabilitate convulsiunile epileptice.

e) Concomitenţa semnelor de spasmofilie am văzut în ce măsură să le acordăm importanţă, pentru posibilitatea unor coincidenţe. Alternanţa semnelor convulsive, a contracturilor spasmodice, a trunchiului sau membrelor şi mai ales spasmele sunt caracteristice. Nu vom uita în interogator dacă sugarul a prezentat în zilele precedente, spasme ale glotei cu inspiraţii sonore şi stridente, perioade de apnee mai mult sau mai puţin prelungite cu paloarea şi ţinerea capului pe spate, tresăriri la cel mai mic sgomot sau după supturi dacă nu prezenta vărsături precoce. Vom cerceta apoi celelalte simptome, însă trebue ştiut că în timpul sau după convulsiuni, excitabilitatea mecanică a nervilor motorii poate lipsi la percuţie.

**Cercetări biologice.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

a) Puncţia lombară descoperă atingerile meningeale. Lichidul cefalo-rachidian este normal în cursul epilepsiei, encefalitelor supra-acute, în spasmofilie şi în crizele pur reacţionale.

Reacţia B. W. este importantă. De obiceiu când medicul este chemat la un convulsivant, accesul a trecut deja. Rămâne de făcut o puncţie lombară pentru a elimina probabilitatea unei meningite. Puncţia lombară este indicată în special în convulsiunile nefritelor şi tusei convulsive, unde o scădere a tensiunei lichidului cefalo-rachidian aduce o uşurare, cum şi în meningita bacilară. In hemoragiile cerebrale are mare valoare diagnostică, însă este de o logică elementară a nu extrage mult lichid pentru a nu decomprima şi a facilita o nouă hemoragie.

b) Sângele. Hipocalcemia totală nu este constantă în spasmofilie; trebuie dozat calciul ionizat, ceeace este destul de delicat (Robert Clément). Tendinţa la alcaloză se traduce printr'o uşoară creştere a rezervei alcaline. Dozagiul clorurilor poate descoperi natura convulsiunilor în raport cu cloruremia, etiologie foarte rară la copii. Examenul ureei şi reacţia Bordet-Wasserman am văzut ce valoare pot avea.

c) Examenul de urină ne orientează rapid dacă este vorba de o nefrită, deşi în cele trei cazuri ale noastre, alubmina, la primul examen a fost absentă.

d) Examenul de fund de ochi uneori ne dă indicaţiuni.

**Evoluţia.** De multe ori este foarte dificil a ne pronunţa după primul acces convulsiv asupra naturii acestuia, evoluţia numai ne va putea lămuri. Crizele spasmofilice se repetă, însă niciodată cu regularitatea

crizelor epileptice. Persistenţa între crize a unui deficit intelectual, a turburărilor psihice sau a caracterului, întârziere în mers sau vorbă, sau o stare paretică sunt pentru convulsiunile organice. Proba terapeutică îşi are valoarea ei diagnostică. Să nu uităm nefritele cronice cari pot da convulsiuni cu repetire şi să ne înşele la diagnostic. Vom aminti că s'a explicat caracterul episodic al accidentelor prin prezenţa în sânge de substanţe convulsivante, prin modificări momentane ale circulaţiei sanguine a encefalului sau a L. C. R. prin caracterul evolutiv al anumitor encefalite.

Pronosticul convulsiunilor trebuie să recunoaştem, se situează ca problemă imediată în raport cu factorii etiologici, formele clinice şi mai ales cu factorul de ordin terapeutic care l-a ameliorat simţitor.

Niciodată nu putem fi liniştiţi după un acces convulsiv care a trecut, cu toată majoritatea evoluţiei benigne a acestora. Pronosticul îndepărtat trebuie să fie totdeauna rezervat, căci cea mai mare parte din convulsiuni sunt simptomatice de o leziune encefalică. Vom face pronosticul îndepărtat al convulsiunilor împreună cu Babonneix, privindu-le în cauzele şi în sequelele lor.

In sifilis congenital al sistemului nervos, convulsiunile comportă o semnificaţie sombră. Convulsiunile repetate în primele semestre ale vieţii se termină cu: encefalopatii infantile, hidrocefalie, hemiplegie infantilă, paralizie spasmodică tip Marfan, surditate, iar mai târziu tabes sau paralizie generală.

In encefalitele acute, restitutio ad integrum este foarte posibil; adeseori însă convulsiunilor de debut le succed crize comiţiale care agravează turburări intelectuale preexistente.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In traumatismele craniene, aceleaşi rezerve sunt de formulat, epilepsia substituindu-se convulsiunilor şi sunt rebele la tratamentele cele mai bine conduse.

Ce devin sugarii atinşi de convulsiuni pe bază de tetanie, dacă nu sucombă printr'o sincopă în cursul unui acces de apnee paroxistică sau spasm glotic? După M. Riberolles ar urma aproape toată patologia, însă asupra acestora nimeni nu mai este de acord. După Thiemich $^2/_3$ din convulsivi au turburări de inteligenţă, arieraţie, turburări de caracter, stare nevropatică, turbulenţi, iritabili, impulsivi, etc.

Sechelele convulsiunilor le grupăm după Babonneix în: sechele motrice, complicaţiuni sensoriale, complicaţiuni psihice şi altele. Sechele motrice. Cea mai importanţă este epilepsia. Abadie a semnalat frequenţa convulsiunilor infantile în antecedentele epilepticilor şi frequenţa epilepsiei succedând convulsiunilor infantile. Semne de previziune a epilepsiei la copii cu convulsiunii sunt: apariţia mai mult sau mai puţin periodică a accidentelor france, echivalenţelor epileptice (absenţe), accese de spasmus nutans, crize tonice, crize procursive.

Pe lângă epilepsie care este cea mai importantă sechelă motrice mai există:

a) Turburări spasmo-paralitice.

1. Hemiplegie infantilă. Convulsiuni repetate unilaterale, cu febră, stare de rău, turburări digestive. După criză, jumătatea corpului rămâne inertă.

2. Diplegii infantile. Maladia lui Little, paralizii pseudo-bulbare cu râs şi plâns spasmodic.

b) Mişcări involuntare: atheţoza, coree dublă, ticuri: onychophagie, coprofagie, titilomanie.

c) Distonii de atitudine: atitudine de plicatură, lordoză, rigiditate cerebrată.

d) Sindrome atonice.

e) Fenomene cerebeloase: ataxie cinetică şi statică, asinergie şi dismetrie, turburări de vorbă: scandată, explosivă, nistagmus, etc.

Complicaţiuni sensoriale. Surditate, complicată de muţie, dacă convulsiunile interesează labirintul sau nervii acustici. Ele complică adeseori meningita cerebro-spinală. Atrofia optică legată de o meningită specifică. Strabismul este mai frequent. El se explică fie prin paralizia unui muşchi ocular, fie prin ambliopie legată de o leziune retiniană.

Complicaţiuni psihice. Sunt foarte frequente. Ele comportă facultăţile critice: judecata dela arieraţie simplă la idioţie. Imbecilitatea. Enurezis. Inteligenţa este uneori intactă, însă cu modificări de umoare: nervozitate, turbulenţă, iritabilitate, bizarerii, tendinţă la violenţă, gelozie, terori nocturne, bulimie. Turburări intelectuale şi de caracter, sunt inasociabili, inadaptabili.

Complicaţiuni diverse: 1. Modificări de volum ale craniului: micro sau macrocefalie. 2. Turburări sfincteriene: incontinenţă vezico-rectală. 3. Turburări de desvoltare: nanism, obezitate. Complicaţiunile se asociază aproape în toate cazurile.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

BIBLIOGRAFIE

**Bauer Richard:** Klinic und Therapie der Urämie. (Wiener Klinische Wochenschrieft, 37, 1305, 1937). — **Prof. Babonneix:** Raport la Congres de l'assoc. Internation. pour la protection de l'enfance, 1937. — **Prof. Babonneix:** Les convulsions infantiles. (Paris Médical, 1937). — **I. Cathala, P. Aurépy et A. Brault:** Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 1938. — **Robert Clément:** Convulsions infantiles. Les Fets. du Praticien. — **R. Debré, Julien Marie, R. Dumas et Malinsky:** Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 1938. — **Prof. Hamburger:** Krämpfzustände im Kindesalter. (Wiener Klinische Wochenschrift. No. 8, 1938). — **Prof. P. Nobécourt, Babonneix:** Traité de Médecine des enfants.

Les auteurs présentent l'observation complète de 3 enfants agés de 11, 6 et 11 ani, internés d'urgence dans leur service pour un syndrome caractérisé par des convulsion généralisées, de la fièvre et des symptômes de réaction meningée. Après avoir écarté les diagnostics qui — à première vue — paraissaient les plus probables, on a établi qu'il s'agissait de 3 cas de nephrite azotémique, ignorés et qui, pour la première fois, s'étaient révélés par les phénomènes sus-mentionnés: convulsions généralisées avec fièvre.

Les auteurs insistent sur la nécessité de la recherche immédiate de l'urée sanguine pour pouvoir établir le diagnostic.

On passe, ensuite, en revue, toutes les notions qu'on doit avoir à l'esprit devant un malade qui présente des convulsions, afin de pouvoir établir un diagnostic étiologique, prescrire un traitement adéquat, connaître l'évolution et eviter les complications.

Die Verfasser veröffentlichen die vollständigen Beobachtungen von 3 Kindern die im Alter von 11, 6, 11 Jahren mit allgemeinen Krämpfen, Fieber in meningeolen Erscheinungen aufgenommen wurden. Nachdem, die nach dem ersten Eindruck wahrscheinlichsten Diagnosen ausgeschlossen wurden, stellt man fest dass es sich um 3 vernachlässigte azotämsiche Nephritiden handelt, die sich zuerst durch die obengenannten Symptome äussersten: allgemeine Krämpfe und Fieber.

Die Autoren weisen auf die Notwendigheit eines frühzeitigen Nachweises des Rest-Stichstoffes (R.-N.) im Blute zum Diagnosenstellung, hin. Es werden denn alle Erscheinungen aufgerählt die im Falle eines Krampfzustandes in Betracht gezogen werden müssen um eine etiologische Diagnose mit ihren Weiterentwicklung und ihren möglichen Folgen zu stellen.

Gli autori presentano un esame completo di 3 bambini dell'eta di 11, 6 et 11 anni i quali vennero internati d'urgenza per un sindroma caratterizzato da convulsioni generalizzate con febbre e fenomeni di meningite.

Dopo di aver eliminate, le diagnosi che al primo esame paravano le piu probabili, si stabilisce trattarsi di 3 nefriti azotemici ignorate, manifestatesi par la prima volta coi fenomeni suaccennati (convulsioni generalizzate con febbre).

Gli autori insistano sulla necessita di un rapido esame delle uree sanguine per stabilire la diagnosi.

Vengono successivamente esaminate tutte le nozioni de si debbano tener presenti di pante ad un convulsivo per poter stabilire una diagnosi etiologico e per poter prescrivere un trattamento adequato, per conoscere lo sailuppo ed evitare le possibli consequenze.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Flacon cu 100 g

ARTOSE

pentru tratamentul nou cu

FER și CUPRU

al ANEMIILOR

C. F. Boehringer & Soehne G. m. b. H., Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România: Rudolf Forek, București III, Str. G-ral Er. Grigorescu, 6

## Cazuri clinice

# DERMITA LIVEDOIDA NICOLAU ŞI GANGRENA GLANDULUI IN URMA UNEI INJECTIUNI DE BISMUT

de

**D-r V. DRAGOESCU**
Medic primar Spit. Filantropia

**D-r ANTON DOBRESCU**
Medic la Asigurările Sociale

din Craiova

Redăm mai întâi, în cele ce urmează, observaţia bolnavului nostru:

Bolnavul M. Z., de ani 44, de profesie lăutar, din mediul rural, se prezintă la consultaţie pentru dureri în fessa stângă, cu jenă accentuată în mers şi mortificarea părţei anterioare a glandului, următoare unei injecţii intramusculare de un preparat bismutic.

Intrebat, bolnavul ne povesteşte că în ultimul timp avea deseori dureri în membrele inferioare. Cum în timpul războiului trecut a mai avut asemenea dureri şi cum atunci durerile i-au trecut complect după câteva injecţii cu neosalvarsan şi biiodur de mercur, făcute de un plotonier sanitar, a crezut că şi de data aceasta ar putea avea rezultat bun şi a apelat la bunele oficii ale unui prieten sanitar, care i-a început o serie de injecţii uleioase, roşii, în fessă — desigur un preparat de iodobismutat de chinină.

Materialul a fost procurat de agentul sanitar.

La a patra injecţie, bolnavul a simţit în timpul introducerei preparatului, o durere foarte vie în fessa stângă, totuş, afirmă bolnavul, sanitarul i-a injectat întreaga cantitate de medicament din siringă, cu toate protestările acestuia. Adaugă că întotdeauna i-a practicat injecţiile cu acul montat la siringă. Cu foarte mare greutate, bolnavul s'a transportat la domiciliul său, s'a aşezat la pat şi şi-a pus comprese reci pe fessa care se tumefiase şi devenise atât de sensibilă, încât orice atingere cât de mică, îi provoca o durere acută. A doua zi de dimineaţă, la urinare simte o usturime nu prea mare şi uitându-se special — bolnavul posedă un abdomen voluminos, aşa că organul viril îl vede cu oarecare greutate, — observă că jumătatea anterioară a glandului a căpătat o coloraţie vineţie, iar sensibilitatea acestei părţi la pipăit este dispărută. In zilele următoare durerea din fessa stângă nu dispare, din contră, îi face impresia că „ar coace", iar glandul devine negricios, fapte care îl determină să vină la oraş la consultaţia noastră, în a şaptea zi dela accident. Ne mai informează că nu a avut nici-o maladie venerică. Nu ne dă nici-o indicaţie asupra vreunui simptom ce ar putea fi pus în legătură cu maladia actuală. Nu şi-a făcut niciodată o analiză a sângelui.

**Starea prezentă.** Bolnavul de constituţie robustă, 120 kg. greutate, cu tegumentul intens colorat, aproape ciocolatiu — ţigan — fapt care ne îngreuiază foarte mult fotografierea părţilor interesate, merge greoi, aproape şchiopătând de partea stângă.

La examenul general prezintă un uşor subicter care spune că l'ar avea aproape permanent. In hipocondrul drept punctul vezicular sensibil. Supfebril 37,5. Tensiunea arterială Mx. 16, Mn. 10. Abuzează de fumat şi alcool.

Fessa stângă, tumefiată în partea sa mijlocie, prezintă treneuri sinuoase, reticulate ca o marmorare vineţie-negricioasă, mai greu de fixat pe fotogr. (fig. 1), din cauza tenului prea brunet al bolnavului. Pe lângă marmorare cu aspect livedoid, se desemnează alte două treneuri, dintre care unul tare negricios, cum de altfel se vede şi în fotografie. Fessa tumefiată pare să fie sub tensiune. La palpaţie regiunea este foarte sensibilă. Consistenţa dură. Nu se constată fluctuenţă. Privind cu oarecare atenţie acest „locus dolendi", se poate observa urma înţepăturei acului cu care s'a practicat injecţia — se vede şi pe fotografie — şi prin acest punct de reper se poate stabili că injecţia nu a fost făcută la locul de elecţie ci mai jos şi în centrul fessei. Şederea bolnavului pe scaun este aproape imposibilă.

In afară de aceasta, bolnavul nostru mai prezintă pe organul viril, pe 1/2 anterioară a glandului, mărginindu-se net şi inelar, jur împrejurul lui şi paralel coroanei glandului, o suprafaţă negricioasă verzue, neregulată, mortificată, nu prea zemuindă, care la pipăit are o consistenţă moale gelatiniformă, mişcându-se pe un plan mai rezistent situat spre profunzime. Cu ajutorul unei pense se pot rupe bucăţi mici sfacelice, dense, ce merg la circa 2—3 milimetri în adâncime. Ne ferim de a smulge această masă mortificată, ci ne mărginim de a o ciupi cu foarfecele pe măsură ce se poate detaşa. Meatul uretral nu se poate identifica decât cu greu sau prin urinarea bolnavului. Ceeace este foarte impresionant este marginea promptă ce delimitează partea necrotică de partea sănătoasă (fig. 3).

Reacţia Wasserman în sânge negativă.

Examenul urinilor în 24 ore nu arată nici un element anormal afară de câţiva cristali de oxalaţi de calciu.

Radiografia fesei stângi arată o concentraţie de bismut în regiunea colului femural (fig. 2).

Ca tratament se aplică pansamente cu apă oxigenată pe gland şi comprese umede de fessă. După o săptămână sfacelul glandului se elimină, însă puţin câte puţin, rămânând o suprafaţă roşie, granulată, cam la 2—3 mem. sub nivelul iniţial. După alte 10 zile vindecare cu denivelarea întregei părţi afectate.

In rezumat este vorba de un bolnav cu un accident bismutic. Accidente bismutice s'au descris multe în ultimul timp şi de felurile cele mai variate. Modalitatea de producere diferă şi ea. La bolnavul nostru s'a utilizat un preparat bismut în suspensie uleioasă: iodobismutat de chinină. Modalitatea ambelor manifestări prezentate de acest bolnav, credem că este pur mecanică: acul a pătruns într'un vas arterial, în care s'a injectat medicamentul.

Dermita livedoidă descrisă pentru prima oară de Prof. Nicolau este caracterizată prin tumefacţia dureroasă a regiunei în care s'a făcut injecţia şi apariţia pe suprafaţa pielei în teritoriu respectiv a unei marmorări speciale, ca în livedoul obicinuit, de unde numele de dermită livedoidă şi mergând până la mortificarea şi eliminarea în largi escare a părţilor afectate — dermită livedoidă şi gangrenoasă şi care se datoreşte unei embolii arteriale din cauza introducerei accidentale într'un vas arterial a medicamentului prin acul care a pătruns în lumenul acelui vas. Marmorarea livedoidă este dată de felul în care se produce arborizaţia vasului arterial spre suprafaţă.

Cazurile de dermită livedoidă nu sunt prea rare, totuş ceeace face particularitatea cazului nostru este gangrena jumătăţei anterioare a glandului şi mai ales concomitenţa acestor două accidente. D-l D-r N. Vă-

## PLANŞA I.

*Fig. 1 — Fotogr. fessei stângi atinsă de dermită livedoidă Nicolau*

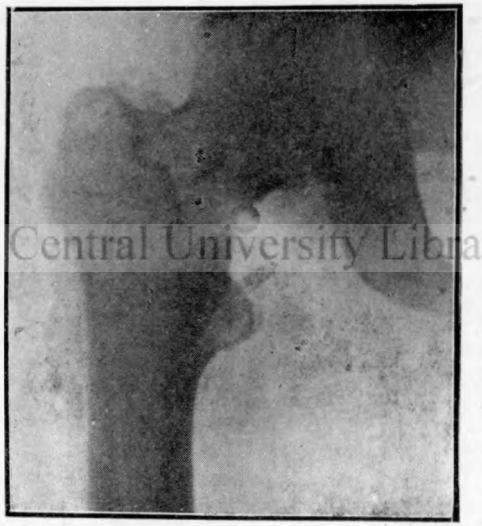


*Fig 2 — Radiogramă — se constată o concentraţie de bismut în fessa stângă, în dreptul colului femoral.*

*Fig. 3. — Fotogr. glandului atins de gangrenă.*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

BCU Cluj / Central University Library Cluj

tămanu a publicat un caz de dermită livedoidă şi gangrenoasă Nicolau, foarte întinsă şi diseminată (Annales des maladies vénériennes No. 9/1936) la un copil de 3 ani. Ca şi pentru dermita livedoidă socotim că la originea gangrenei glandului este vorba tot de o embolie arterială medicamentoasă: embolus-ul medicamentos împins de torentul circulator către vârful glandului.

Ne permitem a reaminti câteva date anatomice pentru a explica producerea acestui dublu accident.

Din trunchiul arterei hipogastrice nasc ramurile terminale: fessiera, ischiatica şi ruşinoasa internă, care toate trei ies din pelvis înapoi.

A. fessieră se divide în superficială care-şi face loc între masele şi mijlociul fessier şi profundă între mijlociul şi micul fessier.

A. ischiatică (fessiera inferioară) circulând în vecinătatea ruşinoasei interne, dă o ramură imperioasă ascendentă, ce se anastomozează cu ramura superioară a fessierei, două ramuri posterioare cu anastomoza pentru ramura fessieră a ruşinoasei interne şi o ramură descendentă.

A. ruşinoasă internă în porţiunea fessieră dă o ramură fessieră pentru marele fessier şi anastomoze cu ramurile posterioare ale ischiatice. După o serie de multe alte ramuri în porţiunile ischio-rectale şi perineale, artera ruşinoasă internă se termină prin artera dorsală a penisului, care ajunsă la gland şi anastomozându-se cu cea de pe partea opusă, formează o coroană din care pleacă ramuri superficiale care se distribue la prepuţiu şi ramuri profunde ce se distribue în gland.

Prin urmare, înţepând şi introducând o parte din supensia uleioasă bismutică, fie în trunchiul principal al uneia din arterele ce mişună în regiunea înţepată, fie în vreuna din multiplele anastomoze, embolus-ul a pornit o parte prin ruşinoasa internă obstruând filetele terminale din gland, iar o altă parte în teritoriul fessier respectiv.

Reamintim afirmaţia bolnavului că injecţia s'a practicat cu acul montat la seringă, fără a se controla dacă acesta nu a pătruns cumva într'un vas sanguin, şi că deşi bolnavul se plângea de durere mare dela începutul acestei injecţii, sanitarul i-a împins tot medicamentul din seringă. La fel reamintim semnul înţepăturei de ac ce se vede aşa de bine pe fotografie şi care arată că injecţia s'a efectuat într'un loc bogat vascularizat.

Deşi s'au adus câteva cazuri de dermită livedoidă Nicolau, produse cu toate precauţiunile luate, nu este mai puţin adevărat că marea majoritate se datoresc tocmai ignorării acestei precauţiuni. Înţeparea cu acul separat, în aşteptare, ne arată că deseori putem pătrunde în lumenul unui vas — arterial sau venos — prin simplul joc al întâmplărei. Câte neplăceri posibile nu se evită în acest fel. Dar, ridicolul situaţiei, bolnavul nostru nici nu a fost — credem — sifilitic. Prin urmare canonul ce a suferit a fost cu totul gratuit. Şi cazuri când oameni fără sifilis au plătit cu sănătate şi uneori chiar cu vieaţa această practică, sunt nenumărate. Trebue să recunoaştem că prea se face abuz cu tratamentul antiluetic administrând la persoane indemne de sifilis câte o serie de injecţii, nu ca un tratament de probă ce îşi are o motivare plauzibilă ci aşa... de sănătate, pentru curarisirea sângelui.

# AZOTEMIE PRIN HIPOCHLOREMIE *)

de

D-r M. ENACHESCU — Medic primar

și

D-r D. BERLIC — Medic Căpitan

Capitolul afecțiunilor renale coprindea la început, după Widal, numai retențiunea clorurată hidratantă și uremia, la care s'a adăugat și retenția clorurată uscată. In ultimii ani, în urma lucrărilor lui Leon Blum, Van Caulaert și Grabar s'a adăugat și sindromul azotemic grav prin lipsă de sare. Ori încă din 1903, Rathéry și Castaigne, atrăgeau atenția asupra prelungirii regimului declorurat, iar în 1914, Romalo și Dumitrescu Mante observaseră scăderea azotemiei prin administrarea de sare pe cale bucală sau intravenoasă.

Leon Blum consideră această azotemie ca provocată fie de pierderea continuă de Cl Na, fie de absența reparației pierderilor.

Pierderea continuă de Cl Na se face pe 3 căi:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

1. Pe cale digestivă, adică prin vărsături sau diaree în diferite afecțiuni.

2. Pe cale renală, pierderea este excepțională și se produce de obiceiu după ingestia repetată de bicarbonat de sodiu, în ulcer gastric și diabet grav cu acidoză, care determină o diminuare a clorului.

3. Pierderea prin derivație în cavități sau țesutul subcutanat, ca în ocluzie intestinală sau în arsuri întinse.

Absența reparației pierderilor în Cl Na este deobiceiu din cauza vărsăturilor care împiedecă ingestia de sare, sau printr'un regim declorurat prelungit.

Cercetările de laboratoriu a arătat că în asemenea cazuri, pe când ureea creștea până la 5—6 gr. %, clorul plasmatic scădea dela 3,50 gr. la 2,20 gr. ‰ și cel globular dela 2,80 gr. până la 1,80 gr. ‰, iar rezerva alcalină deobiceiu scăzută mult.

Dacă pentru cazurile unde pierderea clorului se face pe cale renală este imposibil de a demonstra cauza creșterei azotemiei, fără dozajul clorului plasmatic și globular, în cazurile unde pierderea se face pe cale digestivă, este suficient să constatăm creșterea ureei și scăderea rezervei alcaline, ca să punem azotemia pe seama hipocloremiei.

Noi am avut mai multe cazuri de azotemie prin hipochloremie, toate datorite pierderei de Cl Na pe cale digestivă. Unele din ele au fost mai bine studiate, având dozate pe lângă uree și clorul globular,

*) Comunicare făcută la Cercul de Studii al Medicilor din Județul Neamț la 4/VII/1939.

clorul plasmatic, precum şi rezerva alcalină; aceste cazuri au fost deja publicate.

Observaţiile clinice ne-au demonstrat însă că şi în lipsa posibilităţii de a avea dozajul clorului plasmatic şi globular, cum este în acest ultim caz, tratamentul prin administrarea de Cl Na, a normalizat treptat azotemia, cu prevederea însă, de a ne opri la timp, adică când diureza s'a pornit, iar ureea este aproape de cifra normală.

Astfel, bolnavul N. P. soldat, este adus în serviciul medical la 18—V— cu dureri epigastrice însoţite de vărsături, diaree profuză şi febră 39°, fenomene care au apărut brusc cu câteva ore înainte de internare. Cauza exactă a acestor vărsături nu am putut-o determina; este probabil că pacientul şi-a făcut o injecţie cu cianură de mercur, tratament pe care şi-l făcea în mod discret. A doua zi, bolnavul e emaciat, deshidratat complect, fără puls, vărsăturile şi diareea continuă, limba prăjită, delir, urme de albumină în urină, fără nici un alt element în sedimentul urinar; urinele 400 gr. la 20 V, după 2 zile, temperatura scade delirul continuă, bolnavul devine furios, puterile însă nu-l ajută; diareea şi vărsăturile continuă, cu tot tratamentul administrat. Se face dozajul ureei care este de 4 gr. °/₀₀, iar rezerva alcalină 44%, deci foarte scăzută.

Bazaţi pe aceste elemente, am considerat că este o **azotemie prin hipochloremie** şi deaceea am administrat Cl Na, care pe cale bucală a fost imposibilă din cauza vărsăturilor, îi administrăm ser fiziologic 1000—2000 gr. pe zi, precum şi ser clorurat hipertonic 200 gr.

Urinele cresc, la 24. V, sunt 2000 gr., ureea 3,40°/₀₀, scade apoi treptat până la 0,80 gr. °/₀₀, la 2. VI. Vărsăturile scad, deasemenea diarea, starea de prostaţie a dispărut complect. Se încetează administrarea Cl Na, pe cale subcutanată şi intravenoasă şi se administrează numai în alimente, cantitatea obişnuită. Astfel, la 10. VI, ureea este de 0,30°/₀₀. In tot acest timp diureza este de 1500—2000 gr. Toate fenomenele se amendează, bolnavul se restabileşte, părăsind spitalul complect sănătos, la 16—VI.

După cum vedem, ajutaţi de fenomenele clinice, putem administra cu prudenţă Cl Na, în asemenea azotemii, când n'avem posibilitatea de a doza clorul plasmatic şi globular, controlând însă efectul terapeutic prin nivelul azotemic. In ceeace priveşte mecanismul azotemiei prin hipochloremie, părerile sunt împărţite. Leon Blum crede că urcarea ureei în sânge se produce spre a compensa scăderea ponderei moleculare prin pierderea Cl Na.

Rathéry susţine necesitatea unei cantităţi optime de Cl Na în sânge, pentruca secreţia renală să se efectueze în mod normal şi împreună cu Castaigne a demonstrat aceasta experimental, in vitro şi in vivo. Dealtfel unul din noi a demonstrat-o experimental pe epure, în teza sa, că o doză mai puternică de Cl Na produce leziuni epiteliului renal, atât în glomeruli cât şi în tubii contorţi.

Ambard admite un raport direct între diureză şi presiunea osmotică a albuminelor; ionul Cl găsindu-se în organism sub formă de clorhidrat de albumină; creşterea cantităţii de ClH fixat pe albuminele ţesutului renal ar produce creşterea diurezei apoase.

Oricare ar fi mecanismul acestei azotemii, ceeace este sigur, e faptul după cum a spus Achard, că Cl Na provoacă în asemenea cazuri o diureză abundentă şi care la rândul ei determină scăderea ureei din sânge.

# CHIST RADICULO-DENTAR AL MAXILARULUI SUPERIOR DREPT OPERAT — VINDECAT

de

D-r A. UNGUREANU

Bolnavul F. A., de 35 ani, electrician P. Neamţ.

**Antecedente heredo-colaterale:** nimic deosebit.

**Antecedente personale:** născut la termen:: **Alăptare maternă.** A vorbit şi mers la un an. Dentiţia de lapte între 6 şi 20 luni. La trei ani şi jumătate scarlatină. La 15 ani febră recurentă. **De la vîrsta de 5 ani a suferit aproape zilnic din cauza cariilor dentare.** La 7 ani a început schimbarea dentiţiei de lapte. La 8 ani a avut un flegmon facial, consecutiv unei gangrene a molarului al doilea de lapte inferior stâng, pentru care a fost tratat în spitalul Sf. Spiridon din Iaşi. Neagă venericele.

**Maladia actuală datează de aproximativ doi ani,** când având o carie penetrantă a premolarului al doilea superior drept, a tratat-o empiric timp **de 3 ani.** In acest interval în urma infecţiilor repetate ale canalului dentar a făcut o gangrenă a premolarului respectiv şi ca consecinţă o serie de abcese gingivale în jurul apexului dentar, care se fistulizau spontan în urma tratamentului empiric cu cataplasme locale calde de făină de in sau porumb. Coroana dentară s'a sfărmat rămînîndu-i rădăcina. **In urmă cu 2 ani,** simte o durere vie timp de 24 ore la nivelul apexului acestei rădăcini, după care observă că obrazul drept i s'a tumefiat. S'a tratat empiric tot cu comprese calde locale, edemul a cedat treptat iar la nivelul vârfului rădăcinei s'a instalat o tumoreţă de mărimea unei boabe de fasole, dură, nedureroasă la tact, presiune, masticaţie. De la această dată, tumoreta a crescut treptat, **timp de doi ani, fără a-i provoca nici o durere.** Singurul inconvenient, era estetic, deformarea obrazului stâng, acesta crescând concomitent cu tumora. In Ianuarie 1939 a făcut o radiografie şi medicul respectiv i-a propus extracţia rădăcinei în cauză, însă clientul a refuzat.

Examenul local. In Maiu 1939 este examinat de mine şi, la inspecţie, prezintă o asimetrie facială pronunţată la dreapta, acuzând o senzaţie de tensiune la acest nivel. La palpaţie constat prezenţa unei tumori de mărimea unui ou de gâscă, net delimitabilă la nivelul maxilarului superior drept, interesând întreagă faţa sa externă, bombând în şanţul labio-gingival drept complet şters. Consistenţa este pergamentoasă cu o uşoară fluctuenţă în centru. Tegumentele şi mucoasa bucală libere. Presiunea digitală nedureroasă. Senzaţii

---

*) Com. tăcută la Cercul de Studii al Medicilor din Judeţul Neamţ, în şedinţa din 4/VII/1939.

de tensiune, palatinal nu prezintă asimetrie. Nedispunând de bani nu a putut să-şi facă o radiografie a maxilarului superior. Afebril.

**Fişa dentară:**

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | x | | r | | x | c | | | c | c | x | | x | | x | |
| | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | r | r | | c | | | | | | | c | c | c | c | r | |

**Diagnostic:** după antecedente, evoluţie, vârstă şi examen local, am pus **diagnosticul: chist radiculo-dentar al maxilarului superior drept**, având ca punct de plecare caria penetrantă a 5

Cazul prezintă interes prin însăşi **mărimea exagerată a chistului** şi evoluţiei post operatorie foarte bună şi relativ scurtă, azi fiind complet vindecat.

**Diagnosticul stabilit, am decis tratamentul,** singurul eficace, radical — **operaţia de extirpare a chistului şi extracţia rădăcinei,** ce le-am executat în 14 Maiu 1939 sub anestezie locală şi palatinală cu soluţie Novocaină 2% 5 cm., după ce prealabil am pregătit timp de 7 zile, la domiciliul, bolnavul cu lavajii bucale cu Neol.

Extirparea chistului am făcut-o pe cale bucală prin o incizie de 2 cm. paralelă cu rebortul alveolar, în şanţul labio-gingival. Chistul era extrem de mare, parte aderent de sinusul maxilar şi în cursul manevrei de enucleare, punga chistului a cedat, eliminându-se circa 50 cc. lichid filant, lăptos. Explorând digital cavitatea chistică, constat că se extinde în profunzime până la apofiza palatinală a maxilarului superior drept, până sub orbită şi până la crăpătura sfeno-palatină. Cavitatea rămasă după enucleare am tampont-o cu meşă iodoformată ce este desodorantă, desinfectantă şi iritând uşor ţesuturile, grăbeşte granulaţia.

**Mersul post operator:** Pansamente tot a doua zi, scurtând treptat drenajul. A şaptea zi meşa se suprimă complet, drenându-se din trei în trei zile cu un mic tifon iodoformat. Alimentarea bolnavului prin ajutorul ţevei de sticlă. Lavajii bucale cu Neol timp de zece zile după operaţie. Suprimarea complectă a drenajului în 20 Iunie 1939. Dacă punga chistului nu ceda, nu aşi fi drenat cazul.

Cluj / Central University Library Cluj

Partsch şi Goebel, în cazuri asemănătoare, după gratajul cavităţii, fac plombaje cu pasta Mosetig-Moarhof.

**Ca patogenie:** aceste chiste sunt consecinţa indirectă a cariilor dentare şi sunt datorite, după cum spune Malassez, iritaţiei continue produsă de microbii cariei dentare la nivelul resturilor epiteliale vecine rădăcinei, determinând o proliferare a lor. Natura acestor chiste ar fi tbc., după Zilz, Massia şi Thure.

**Simptomatologia:** până sunt mici, trec neobservate şi numai extracţia dentară le descopere. Totuşi şi în acest stadiu, Dreyfus admite trei simptome distincte;

1) Durerea dintelui cariat, la percuţie, masticaţie cu iradieri în dinţii vecini.

2) Deviarea dintelui.

3) Supuraţia filantă prin canalul dentar.

Dacă chistul creşte în volum, constatăm tumefacţie indoloră, creşterea progresivă şi înceată, dând succesiv impresia de tumoră osoasă, tumoră cu crepitaţii parenchimatoase, tumoră fluctuentă în centru. (Faza închisă).

Chistele incisivilor centrali, interesează vestibulul, planşeul foseselor nazale, bolta palatină.

Chistele premolarilor se desvoltă vestibular, antral, uneori fistulizarea lor le descopere. (Faza deschisă).

Radiografic: dacă sunt submucoase, nu interesează osul, nu dă imagine. Dacă se desvoltă în sinus, imaginea e a unui sinus normal. Chistul crescând repede peste apexele dinţilor vecini, e greu de spus care e cel cauzal.

Diagnosticul se mai face prin puncţie şi prin stilet, când acesta joacă în toate direcţiile în caz de chist.

**Diagnosticul diferenţial:** în cursul evoluţiei, cu tumorile osoase solide ale maxilarului superior. Nu au crepitaţie pergamentoasă şi fluctuaţie la centru. Cu tumorile maligne, însă acestea au evoluţie rapidă şi dureri violente. Cu Odontomul, însă Broca spune că aceasta invadează rebordul alveolar şi proemină vestibular.

Când chistul supurează, cu abcesul dentar — însă jocul stiletului în cavitate, introdus prin fistulă, ne elucidează.

Ca **varietate:** avem cihste dentifere, apar în cursul dentiţiei permanente, conţin dintele absent inclus în cavitatea chistului. Chistele radicule-dentare apar la toate vârstele, în special la adulţi, sunt extrem de rare în dentiţia de lapte. Chistele multicolore sunt transformate deseori în neoplasme.

**Prognostic:** benign pentru cele radiculo dentare, uniloculare; — pentru rest, stăm în rezervă.

**Concluzii:** Maxilarele, în comparaţie cu restul oaselor sistemului osos, sunt mai des sediul chistelor, datorită prezenţei dinţilor şi diferitelor transformări prin care trec aceştia în desvoltarea lor.

Tumorile maxilarelor sunt de origină dentară şi nedentară.

Chistele reticulo-dentare sunt tumori benigne, foarte dese la adulţi, consecinţa unei infecţii atenuate de origine dentară, granulom periapical.

Digitized by Central University Library Cluj

Sediul lor este de preferinţă la maxilarul superior, nici mandibula nu face excepţie (c. dentifer).

Dinţii cauzali mai obicinuiţi sunt în 1/2 din cazuri — incizivii laterali superiori, apoi premolarii superiori şi în fine molarii.

Extrem de rar întâlnim aceste chiste şi la dinţii temporari.

Mecanismul transformării „granulomelor periapicale" este diferit după diferiţi autori:

1. După unii este vorba de o vacuolizaţie a celulelor epiteliale vecine rădăcinei în urma iritaţiei continue produsă de infecţia cariei dentare.

2. După alţii această transformare este datorită unui proces hemoragic.

3. După alţii este vorba de o transformare cholesteomatoasă.

## UN CAZ DE PHLEBITA ALBASTRA

de

D-r I. ZWILLINGER

Apariţia acelui oedem alb, dur şi dureros, caracteristic phlegmaţiei alba dolens, reprezintă pentru bolnav dar şi pentru medic, chirurg şi acuşor, cea mai mare neplăcere, putând printr'o embolie bruscă şi neaşteptată, să întrerupă convalescenţa unei lăuze, sau să complice o interevnţie chirurgicală, până atunci cu mers normal, sau să termine chiar fatal, printr'o embolie consecutivă o maladie infecţioasă, care până atunci a evoluat aproape normal. Afară de această phlebită alba obişnuită, s'a observat uneori apariţia unei phlebite, care reprezintă o anomalie clinică, prin coloraţiunea violetă a tegumentelor şi care spre diferenţiere de phlegmatia alba dolens, i s'a dat denumirea de phlegmatia caerulea dolens, fără a se căuta a se aprofunda, care este cauza acestei diferenţe de culoare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Phlebita albastră este mult mai rară ca cea albă, chiar cazurile observate până acuma nu sunt prea numeroase. Acuma, în urma studiilor lui Audier, Cornil şi Mossinger, cari au arătat interrelaţiunile ce există între artere şi vene în stare patologică, putând să existe leziuni arteriale de origină vasomotorie în cursul phlebitelor sau leziuni venoase în cursul arteritelor. Vena reacţionează la iritaţiunea inflamatorie printr'o dilataţiune venoasă, iar artera printr'o vaso-constricţiune, printr'un spazm arterial, după cum a constat-o Laubry şi Louvel. Observând în cursul verei 1938, un caz de phlebită albastră foarte interesant prin etiologia sa, prin tratamentul ce l'am urmat şi rezultatul fericit pe care l'am obţinut, m'am gândit să-l comunic.

OBS. CLINICĂ: D-l R. R., comersant, în vârstă de 48 ani.

**Antecedente hereditare,** sunt interesante: Părintele său sucombă acum 2 ani în vârstă de 80 ani, în urma unei arterite obliterante bilaterale la membrele inferioare în cursul unui diabet, el a suferit mult timp de claudicaţie intermitentă. Un frate al pacientului a fost internat în anul 1938 în clinica profesorului Haţiegan din Cluj, suferind de o coronarită cu un infortat al miocardului declarat, în urma unui acces de angină de piept. Ceilalţi membrii ai familiei sunt sănătoşi. El personal a fost o singură dată bolnav, acuma 12 ani, suferind de o pleuropneumonie gripală, care l-a ţinut mult timp în pat. Nu a avut nici o maladie infecto-contagioasă: — S. R. Wassermann, în sânge totdeauna a fost negativă. De un an suferă de hipertensiune arterială, variind între 18—21 maximă, iar minima variază între 10—13 cu Vaquez. Nu a avut şi nici nu are vreo leziune cardiacă.

Urea în sânge 0.48. In urină, urme fine de albumină şi celule renale, nu conţine cilindrii. Nu fumează, nu obişnueşte alcoolice. Prezintă câteva mici vene dilatate pe ambele gambe (varice).

**Istoricul maladiei:** In luna Aprilie perfect sănătos, pleacă în străinătate, la 27 Aprilie la înapoerea lui în ţară, după ce toată ziua precedentă a umblat tot timpul pe jos, este silit să stea în tren în picioare, vagoanele fiind aglomerate, deodată simte brusc o durere violentă în jumătatea superioară a coapsei drepte. Durerea este foarte mare, o compară cu o lovitură cu un ciocan greu. Durerea se ameliorează puţin, după câtva timp, mai ales îndoind coapsa pe basin, punând piciorul pe ţevile caloriferului şi îndoiind corpul înainte. După aproape o oră, durerea se amendează, rămânând cu o greutate în picior şi furnicături. Palpându-şi coapsa dreaptă găseşte o coardă dureroasă pe partea internă a terţului superior al ei. Ajungând la Craiova în 28 Aprilie, vine imediat de la gară la mine să-l văd, 10 ore după accident. Pacientul schiopătă foarte pronunţat şi nu poate merge de cât sprijinit în baston. Are dureri la mers, pe cari le localizează la coapsă şi în regiunea poplitee. Membrul inferior drept nu este tumefiat, tegumentele normale, câteva mici vene dilatate la ambele gambe (varice). La palpare se constată o coardă foarte dureroasă pe traectul venei safene interne, de la terţul inferior al coapsei şi până la îmbucătura venei safene în cea femorală. Coarda este foarte dureroasă, mobilă şi de grosimea unui creion, lungă de 12 cm. Pielea pe traectul coardei mai roşie şi caldă. **Diagnosticul** pus: trombophlebită periferică a venei safene interne.

Se institue culcarea imediat în pat, să se pună comprese cu sol. Bourow, câte 3 lipitori de o parte şi de alta a venei trombozate şi la interior 8—12 tablete de citrosodină pe zi, iar contra durerilor la nevoie o tabletă de Rofeină. Organic nu se constată nimic anormal: cord, plămâni, ficat toate normale. Temperatura $37^{4}$—$38^{1}$. Urina urme slabe de albumină. Urea în sânge 0.49. Tensiunea arterială luat cu Vaquez 19—10 jum..

Fiind toată ziua culcat, seara durerile aproape au dispărut, începe însă să apară un oedem, care coprinde laba piciorului drept, regiunea maleolară şi toată gamba, oedemuul este alb, moale şi nedureros. Mişcările piciorului sunt libere. Urmează acelaşi tratament şi se imobilizează piciorul într'o goutieră.

Digitized by Biblioteca Universitatea "Lucian Blaga" din Sibiu

După 3 zile sunt chemat de urgenţă ca să văd bolnavul, care în cursul nopţei este apucat brusc de o durere violentă, atroce în tot membrul inferior drept. Piciorul se tumefiază până la rădăcina lui, o tumefacţie dură, lemnoasă. Pielea de o culoraţie violacee, cu marmoraţiuni mai închise. Această coloraţiune violacee ocupă tot piciorul, ea este mai închisă la degete şi laba piciorului şi merge descrescând până la unghiul inferior al triunghiului lui Scarpă, adică până la treimea superioară a coapsei, unde se întrerupe brusc în forma unui ciorap, făcând loc până la rădăcina coapsei unui oedem elastic, alb ca într'o phlegmaţia albă dolens. Tot membrul inferior drept este rece, insensibil, inert şi imobil, nici o mişcare nu este posibilă.

Tegumentele sunt acoperite de o năduşeală rece şi vâscoasă. Bolnavul spune că nu simte piciorul, are numai o amorţeală şi furnicături; altfel nu ar avea sensaţiunea că mai are picior. Pulsul arterial nu se simte în artera pedioasă, tibială, poplitee; numai la baza triunghiului lui Scarpa, sub arcada crurală, pare că există o foarte slabă pulsaţiune în artera femorală. Se aplică banda oscilometrului Pachorn, tensiunea arterială complect abolită la gambă şi partea inferioară a coapsei. Foarte mici oscilaţiuni abia apreciabile se constată la baza coapsei, spre diferenţă cu celălalt picior unde oscilaţiunile sunt foarte puternice, peste 2 diviziuni. La membrul inferior stâng tensiunea cu Pachon 20—11. Temperatura $38^{5}$—39. Pulsul mic, filiform, rapid 120—130 pe minut. Bolnavul este palid, neliniştit, cu faţa crispată, exprimă o suferinţă adâncă.

In faţa acestui tablou atât de dramatic, diagnosticul care mi se imprimă imediat în minte este al unei phlebite a membrului inferior drept, urmată de o arterită obliterantă a femoralei drepte în terţul superior.

Aducându-mi aminte de un articol citit în Presse Médicale din Ianuarie 1937, a lui Gardère şi Desjaques; în care este vorba de interrelaţiunile artero-venoase ce există în stările patologice, când o trombophlebită poate produce indirect, un spasm complect al arterei corespunzătoare şi de efectele salutare ale injecţiilor cu Acecholină, mă hotărăsc să aştept, să nu fac apel la chirurg

şi să încerc tratamentul medical. Se face bolnavului o injecţie cu Acecholină 0.20 ctgr. I se învelește piciorul în vată, peste care se pun 2 perine electrice (termophoare); I se pune un supozitor cu eupaverină. Bolnavul spune după o jumătate oră că amorţeala şi furnicăturile au dispărut din picior. Se fac injecţii cu ol. camforat. La interior se administrează citrosodină şi cardiazol. Seara se face din nou o injecţie cu 0.20 acecholnia, se pune un supozitor cu eupaverina şi o injecţie cu oleu camforat. A doua zi piciorul fiind scos din vată, se observă că coloraţia violacee este mult mai puţin pronunţată, piciorul este însă încă rece şi numai este transpirat.

Oedemul este acelaşi. Tratamentul urmat în ziua doua: 2 injecţii cu acecholină 0.20, pansamentul vatat, 2 supozitori cu eupaverină, injecţii cu ol. camforat iar la interior tonice cardiace şi citrosodină.

A III-a zi, coloraţia violacea în parte dispărută, se limitează numai la degete şi partea dorsală a piciorului, restul tegumentelor au recăpătat coloraţia normală, pielea este caldă afară de degete, cari sunt tot reci, se simte la palparea profundă pulsul arterial la femorală şi poplitee, unde se simte foarte bine, mai puţin bine se simte la pedioasă. Tratamentul este acelaşi ca mai sus.

A 4-a zi la desfacerea pansamentului, membrul inferior drept şi-a recăpătat coloarea normală, pe toată întinderea lui, tegumentele sunt calde, sensibile. Bolnavul poate face mici mişcări cu degetele piciorului. Pulsul bine bătut, atât la baza coapsei în femorală, poplitee, tibiole şi pedioasă. Oscilometrul Pachon arată pulsaţiile oscilometrice de una şi jumătate diviziune pe toată întinderea membrului inferior drept. Tensiunea arterială 18 la gamba dreaptă. Oedemul este încă foarte pronunţat, este însă un oedem că într'o phlegmaţia alba dolens obişnuită, numai că are o consistenţă mult mai dură, coarda safenei este foarte pronunţată şi dureroasă. Temperatura variază între $37^3$ şi $37^9$. Pulsul bine bătut 80—90 pe minut. Se urmează încă câtva timp cu injecţiile cu acecholină 0.10 ctgr., o fiolă zilnic şi la interior sol. alcoolică de benzoat de benzyl 20 % şi Diuretină, în plus restul tratamentului phlebitei. Temperatura mai persistă încă 4 săptămâni. Apoi în a 5-a săptămână devine şi ea normală. Oedemul scade foarte puţin, mişcările reduse se fac normal cu membrul inferior drept. La 21 Iunie, adică după 7 săptămâni de boală, survine din nou o durere violentă, acuma însă în moletul gambei stângi, piciorul şi gamba stângă se tumefiază până peste genunchiu, sunt dureroase la presiune, pielea are o coloraţie normală, este caldă, sensibilă. Temperatura se ridică iar peste 38 grade. Deci o nouă phlebită a gambei stângi. Se pune deasupra genunchiului stâng un lanţ circular de şease lipitori, se reiau din nou injecţiile zilnice cu acecholină 0.10 ctgr. Se continuă apoi tratamentul clasic al phlebitelor. Oedemul scade încet la ambele membre inferioare şi după alte 4 săptămâni, adică după 11 săptămâni, dela declararea maladiei, bolnavul poate fi considerat ca vindecat şi abia acuma îndrăznesc al da jos din pat. Rămâne încă un oedem al membrului inferior drept, care se accentuează prin mers, cel stâng însă este normal. La început mersul este foarte greu din cauza redoarei piciorului drept. Bolnavul merge în cârji. Se institue la 2 zile masagiul uşor al membrelor inferioare, alternând cu băile carbogazoase artificiale.

După alte 2 luni bolnavul este complect restabilit, a rămas numai un uşor oedem maleolar la membrul inferior drept. Tensiunea arterială la braţ, 18—16, la gambă 20—10.

Phlebita albastră trebue să fi fost observată, încă de mult timp de către medici, dar nu i s'a dat cred, importanţa necesară, ci a fost trecută cu vederea, înglobându-se cazurile observate în phlegmaţia alba dolens obişnuită. Abia dela 1929 încoace, încep să apară primele cazuri descrise în literatura medicală, cu articolul lui Trèmolieres şi Veran, din 19 Octombrie 1929, în Buletinul medical şi care este urmat apoi de o serie de publicaţiuni de cazuri, după cum se poate vedea din bibliografia ce o alătură. Adevărata explicaţiuni a cazurilor de phlebită albastră, a dat-o Audier în teza sa din Marsilia, 1930, cât şi în lucrarea sa apărută în editura Doin, 1935, asupra phlebitelor în genere şi apoi Cornil, Mossinger şi Audier în remarcabilul lor articol din Presse

Médicale, 17 Martie 1937, în cari au arătat interrelaţiunea ce există între artere şi vene în stările patologice.

Phlebita albastră poate apare la orice vârstă la adult. Ea nu există la copil. Sexul nu are nici-o importanţă, căci ea poate lovi atât pe bărbat cât şi pe femeie în aceeaşi proporţiune. Ea este mai întotdeauna observată la membrele inferioare, totuşi există un caz descris de Cirtanovitz şi publicat de Wertheim şi Fritsch în Presse Médicale, 1935, unde în urma unei injecţiuni intravenoase a apărut o phlebită a braţului, urmată de o arterită şi cianoză a antebraţului, gangrenă consecutivă şi moartea. La autopsie se constată o tromboză a venei cefalice, fără ca aparatul circulator arterial să fi fost cât de puţin lezat.

**Simptomatologia.** Debutul ei este în generalbrusc şi începe printr'o durere în membrul lezat, a cărei intensitate, este de obiceiu, ca în cazul nostru violenţa şi a cărei durată variază dela câteva ore la câteva zile şi este localizată în tot membrul lezat.

Oedemul apare mult mai târziu, după una sau două zile. El este mult mai pronunţat ca în phlebita albă şi este un oedem dur, lemnos. Apoi apare cianoza pielei. Pielea ia o coloare închisă, dela roşul închis şi până la violetul negricios. Culoarea este mai închisă la degete şi merge descrescând până la partea superioară a coapsei, terminându-se brusc în colorațiunea albă a pielei, sub forma unui ciorap. Colorațiunea uneori este uniformă, alteori pot apare marmorațiuni mai închise pe un fond mai deschis al pielei. Un semn principal şi imediat este disparițiia pulsului arterial, în special al arterei femorale şi ale colateralelor ei, mai frequent atinse. Această dispariție poate să fie totală sau să fie numai redusă, lăsând la palparea profundă să se constate o foarte slabă pulsațiune. In acelaşi timp tensiunea arterială dispare parțial sau de obiceiu total, lucru ce se poate constata, aplicându-se banda oscilometrului Pachon. Pielea devine rece, în comparație cu cea a membrului sănătos şi acoperită ca în cazul nostru de o transpirație abundentă, vâscoasă. Piciorul bolnav este complect impotent, nici-o mişcare nu îi este posibilă, devine insensibil şi inert. Bolnavul numai are sensațiunea existenței membrului său inferior lezat. Temperatura este de obiceiu urcată, variază între 38—40°. Pulsul este mic şi accelerat, variază între 120 şi 140 pe minut. Starea generală este rea, faţa bolnavului exprimă aspectul unei suferinţe adânci, este palidă, trasă, acoperită de sudoare rece. Respirația este accelerată, putând a lua forma unei adevărate dispnee. Bolnavul are uneori sensațiunea de moarte iminentă, cum o descrie aşa de bine, Prof. Grégoire, în articolul său din Presse Médicale din 13 Septembrie 1938.

Evoluția phlebitei albastre este aceeaşi ca şi cea a phlebitei albe, însă urmele lăsate de ea sunt mult mai frequente şi mai profunde, mai ales oedemul permanent şi leziunile trofice consecutive.

**Pronosticul** este şi el mult mai sombru, căci pe lângă complicațiunile posibile, inerente trombozei venoase, ca emboliile pulmonare sau cardiace, mai intră în joc şi consecințele leziunei spasmului arterial şi care poate merge dela spasmul arterial simplu, de o durată mai mult sau mai puţin lungă, ca în cazul nostru şi până la spasmul arterial permanent, cu consecințele sale, gangrena membrului şi uneori chiar moartea, după

cum o descrie Audier şi Haimovici, în Presse Médicale din 21 Septembrie 1938.

Pentru **anatomia patologică şi phisio-patologia** acestei afecţiuni, luăm ca bază comunicarea făcută de Profesorul Raymond Grégoire, la Academia de chirurgie din Paris, din 3 Martie 1938, cât şi articolul său publicat în Presse Médicale din 3 Septembrie 1938.

Este vorba de o femeie, operată în serviciul său, pentru un pyosalpings dublu, 13 zile dupe operaţie apare brusc o phlebită albastră la membrul inferior stâng. Procede imediat la o intervenţie chirurgicală, pentru a constata causa leziuni şi a proceda în consecinţă. Urmează acuma descrierea lui Gregoire: „Incizia subanestezie locală, de la vârful triunghiului lui Scarpa până la mijlocul arcadei crurale. Planurile superficiale sângerează şi necesită punerea a 3 sau 4 ligaturi. La deschiderea logei vasculare, artera femorală este contracţiată şi dură, redusă la diametrele radialei, pe 2 ctm. din lungimea ei. Ea bate foarte slab în partea superioară a inciziei. Este absolut inerfă jos sub inelul spazmului. Pereţii arterei par normali, ea nu conţine nici un trombus. Vena femorală este sus foarte distinsă printr'un chiag enorm, albastru negru de volumul indexului şi boselat. Chiagul în jos se întinde pe distanţa de 3 ctm., iar în sus se perde şub arcada crurală în spre abdomen. Dedesuptul chiagului vena este foarte redusă de volum şi albă. Suntem deci în faţa unui spazm al arterei femorale, provocat prin focarul din tromboza venoasă a venei alăturate. Intr'adevăr nu există chiag în artera femorală, mai mult încă curentul sanguin arterial nu este complect întrerupt, căci se constată că degajând artera, 2 mici colaterale lezate sângerează foarte slab. Punctionând artera în partea sa contractaţă, puţin sânge roşu, iasă în sacade pe pavilionul acului. In fine pulsaţiunile arteriale se opresc brusc, la nivelul limitei inferioare a trombusului venos. Constată deci un spazm arterial prin iritaţiunea plecată de la vena trombozată".

Voi rezuma pe scurt cum a procedat Grégoire mai departe.

Injectează 1 ctgr. de morfină în lunecul arterei, fără rezultat. Face apoi o infiltraţiune cu novocaină în adventica periarterială. Rezultatul imediat este o vasodilataţiune marcată, bătăile arteriale reapar, însă sunt de scurtă durată şi câteva secunde dupe acea spazmul reapare cu abolirea lor complectă. Face apoi o simpactectomie periarterială şi perivenoasă pe o distanţă de 10 ctm. Fără să obţină vre-un rezultat, membrul rămâne rece, cyanozat, fără puls arterial şi după 7 zile se vede silit, să facă bolnavei o amputaţie a coapsei în treimea superioară.

In rezumat, din această observaţiune se constată un spasm arterial la nivelul formaţiunei chiagului în venă, calibrul arterei este redus, ea este inertă şi fără bătăi dedesubtul inelului spasmotic. Sângele nu circulă în artere şi dacă circulă încă în mod redus este desigur în cantitate insuficientă pentru a asigura nutriţia membrului inferior. Ne întrebăm însă, dacă Grégoire ar fi făcut o phlebectomie, adică ar fi rezecat vena pe distanţa trombozată şi prin aceasta ar fi ridicat zona reflexogenă şi cu simpatectomia periarterială pe care a făcut-o, nu s'ar fi putut ridica spasmul arterial? Prin aceasta s'ar fi restabilit circulaţia sanguină în arteră, şi ca consecinţă poate s'ar fi salvat piciorul bolnavei.

Pentru **patogenia** apariţiei spasmului arterial, în cursul unei phlebite, ne bazăm pe studiul lui Cornil, Mossinger şi Audier, apărut în Presse Médicale, din 17 Martie 1937, şi al lui Audier şi Haimovici, din acelaş jurnal din 21 Septembrie 1938.

Se ştie că pereţii venei cât şi pereţii arterei sunt formaţi din 3 straturi: intima, media şi adventicea, apoi vine teaca ţesutului peri-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

adventicial. Din studiile lui Policard reese, că endovena şi endartera sunt irigate şi hrănite de sângele ce circulă prin ele, adventicea este irigată prin vasele capilare, vasa vasorum, iar media prin ambele sisteme care se îmbrică în ea. Ţesutul periadventicial este format din ţesut conjonctiv şi o împăslire de vase capilare, vase limfatice şi firişoare nervoase, cari trec dela un vas la altul. Este de observat că pe când media venoasă, conţine foarte multe vase capilare şi limfatice, media arterială fiind formată în mare parte de un ţesut elastic foarte dens, este lipsit de vase limfatice şi conţine foarte puţine vase capilare.

Cum o infecţiune dintr'o venă trombozată poate trece dela venă la arteră? Acţiunea este centrifugă pentru venă şi centripedă pentru arteră. Infecţiunea dintr'o trombophlebită, trece uşor prin celulele endovenei în media, care este plină de vase capilare şi limfatice şi ajunge de aci la adventicea. Aci ţesutul fiind foarte lax, inflamaţia adventicei se poate face şi în sens transversal şi în cel longitudinal. Astfel o foarte mică alteraţiune a endoteliului venos în cursul unei trombophlebite, poate să producă o adventiciită venoasă pe o distanţă foarte mare, de aci prin ţesutul periadventicial, prin vasele capilare, vasa vasorum, şi numeroasele vase limfatice ce există aci, poate trece la adventicea arterială producând o inflamaţie a ţesutului adventicial al arterei colaterale la acelaşi nivel, sau să fuzese dealungul arterei şi să producă aceste leziuni de adventiciită arterială, la distanţă destul de mare de focarul venos de origină. Propagarea deci dela venă la arteră se poate face atât direct prin continuitate, cât şi prin vasele limfatice la distanţă. Media arterială neconţinând vase capilare şi limfatice, infecţia dela adventicea arterială, nu se poate propaga la endarteră, media făcând o barieră de aceia, în cele mai multe cazuri endartera este normală şi ferită de infecţiune. Iritaţiunea produsă de inflamaţia adventicei poate produce o infiltraţiune în corpusculii nervoşi, cari sunt atât de numeroşi în adventicea arterială.

Această iritaţiune a firelor nervoase poate reacţiona după Laubry şi Louvel, printr'un spasm arterial şi o vaso-constricţiune, care devenind permanentă poate conduce până la gangrena membrului irigat de această arteră. Pe preparatele istologice a acestor autori se vede invadarea ramurilor simpatice prin celule limfoide de reacţiune şi celule albe.

Putem conchide deci că spazmul arterial, care complică phlebita albastră, este consecinţa unei infiltraţiuni inflamatorii plecată dela vena trombozată şi propagată la periadventicea comună a ambelor vase colaterale. (Gregoire).

**Consideraţiuni terapeutice.** — Din cele mai sus expuse, reese că într'o phlebită albastră avem de luat în considerare doi factori, factorul venos sau trombophlebita şi factorul arterial, adică spazmul arterial. Contra trombophlebitei vom lupta prin imobilizare, hirudinizare şi medicamente anticuagulante ca citrosodina. Contra factorul arterial, care este cel mai grav şi care el singur ocupă toată scena, avem tratamentul medicamentos şi cel chirurgical. Desigur ne vom adresa imediat medicamentelor vasodilatorie şi antispasmotice. In primul rând acecholinei, care într'adevăr uneori dă rezultate miraculoase.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Aşa Lapeyre prescrie imediat o injecţie cu acecholina 0.10 ctgr. pe zi.

Deasemenea Gardère şi Desjaques ca şi Nicolle întrebuinţează acelaşi medicament şi în aceeaşi doză. Intr'adevăr spun ei, efectul medicamentului este miraculos, în câteva minute pulsul revine în arteră, membrul se recolorează şi se încălzeşte.

Noi am întrebuinţat doze mult mai mari, adică 0.20 acecholină şi de 2 ori pe zi şi abia în a 4-a zi pulsul s'a restabilit complect în artera jemorală. Tremolières şi Veran, abia după o întrebuinţare de 3 săptămâni, a injecţiilor de acecholină au dobândit un rezultat eficace. Pe lângă acecholină, ne putem adresa şi papaverinei, a cărei eficacitate vasodilatatorie în trombozele cerebrale, a descris-o de curând Laignel Levastine şi de Seze. Casa Lematte din Paris, produce un preparat nou, acecholina papaverinata, care pe lângă acecholină conţine şi 5 ctgr. de Phenil glicolat de papaverină.

In cazul când tratamentul medicamentos nu este urmat de rezultatul dorit, este locul chirurgului de a interveni. In primul loc prin infiltraţiunea novocainică a ganglionilor lombari şi stelaţi după Leriche, care prin acţiunea directă antispasmotică, pare indicată în acest caz. Acest procedeu a dat într'un caz lui Cadenat un succes deplin. Se pot întrebuinţa concomitent cu injecţiile de acecholină şi aceste infiltraţiuni cu novocaină în cazurile mai grave, când şi aceste mijloace sunt insuficiente, atunci este indicată exploraţiunea chirurgicală a logei arteriovenoasă, căci aceasta ne permite în prima linie o verificare a diagnosticului pus şi apoi se poate interveni printr'o simpatectomie periarterială şi perivenoasă, cum a făcut-o Grégoire sau mai bine printr'o phlebectomie, prin care se ridică zona reflexogenă şi infecţioasă, adică vena trombozată, combinate cu o simpatectomie periarterială. Când nici acest tratament conservator, care trebue încercat întotdeauna, nu ne dă rezultatul dorit, adică restabilirea circulaţiei arteriale, singur amputaţia deasupra locului trombozat şi cât mai timpurie rămâne ultima măsură terapeutică pentru a putea salva vieaţa bolnavului.

Digitized by Google / Generated on 2024-09-13 / Public Domain, Google-digitized / Digitized by Google

Cauzele cari m'au determinat să publicăm acest caz, sunt următoarele:

1. Phlebita albastră deşi nu tocmai rară, este încă foarte puţin descrisă în literatura medicală. Nu ştim dacă în ţară a fost publicat vreun caz.

2. Caracterul familiar şi predispoziţiunea spre arterite observate în această familie. Tatăl diabetic a suferit mult timp de arterite a membrelor inferioare, din care cauză a şi sucombat, iar fratele pacientului sufere şi el de un infarct al miocardului în urma unei coronarite obliterante. P. Savy a descris caracterul uneori familial în unele cazuri de phlebite, cari socoteşte el, sunt datorite unei stări humorale, sau unei insuficienţe venoase.

3. Mersul dramatic al acestei afecţiuni, care făcea la început impresia unui pronostic, cât se poate de grav şi rezultatul miraculos, ce l'am dobândit prin injecţiile masive cu acecholina, atunci când piciorul părea perdut şi singura salvare nu o vedeam decât într'o intervenţie chirurgicală.

## BIBLIOGRAFIE:

**Raymond Grègoire**: Academia de Chirurgie din Paris, ședința 2 Martie 1938: Repercusiunea inflamației venei asupra sistemului arterial colateral. — **Raymond Grègoire**: La phlébite bleue. Presse médicale, 3 Septembre 1938. — **Cadenat**: Academia de Chirurgie din Paris, 16 Martie 1938: Phlebita cu fenomene pseudo-embolice. — **Chévrier**: aceași ședință, spazm arterial și phlebită. — **Laubry și Lonvel**: La Loi de Stockes en patologie veineuse. Presse Médicale, 2 Aprilie, 1938. — **Cornic, Mossinger și Andier**: Interrélations arterio-veineuses pathologiques des membres Presse médicale, 17 Martie 1937. — **Audier și Haimovici**: Gangrénes des membres d'origine veineuse. Presse médicale, 21 Septem. 1938. — **Gardère și Desjaques**: Phlebite du membre inferieur simulant une embolie arterielle, Presse médicale, 30 Ianuarie 1937. — **André Chalier**: Prevention et traitement abortif des Phlébites post-operatoires. Presse médicale, 10 Septembre 1938. — **Audier**: Le diagnostic des phlébites des membres. (Doin) 1935. — **Trémolières și Veran**: Syndrome d'oblitération arterielle au cours d'une phlebite superficielle, Bul. méd. 19 Octomb. 1929. — **L'aewen**: Spazmul arterial în cursul unei tromboze veinoase. Centralblatt für Chirurgie 1934. — **Wertheimer și Fritsch**: Tromboses veineuses. Presse médicale, 22 Iunie 1935. — **Wicolle**: Le spasme arteriel au cours de la trombose veineuse. Schweizerische medizinische Wochenschrift, Novembr. 1935. — **Audier**: Tromboses veineuses aigues simulant l'epbolie arterielle des membres, Paris médical, 2 Mai 1936.

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

**Ein Fall von blauer Phlebitis mit Beurteilung der jetzigen Kenntnissen.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Sirop de Efetonină
(contra tusei) Merck
în tuse, tuse convulsivă, bronșite, gripă
Flacoane cu aprox. 100 și 170 g.
E. MERCK-DARMSTADT
Reprezentanța generală: „CHIMIROMAN"
București I — Str. T. G. Masaryk 32

## REFLEXIUNI ASUPRA CERTIFICATELOR MEDICALE IN PERIOADA DE MOBILIZARE

Aceste reflexiuni, făcute de D-l Prof. E. Sergent în „Presse Médicale" din 25 Oct. 1939, sunt de vie activitate şi de folos pentru medicii solicitaţi să elibereze certificate medicale.

Autorul nu se ocupă decât de medicii şi bolnavii de bună credinţă, nu de acei cari dau certificate de complezenţă sau de bolnavii cari simulează.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Principiul dela care trebue să se inspire cei solicitaţi a elibera asemenea certificate este acela de a consemna numai ceea ce medicul a văzut şi constatat personal, putând totuşi semnala documentele strânse de alţi confraţi şi supuse examenului său, dar precizând că ele nu fac parte din cele culese de el.

In ceea ce priveşte limitaţia drepturilor certificatului medical, medicul nu are să formuleze nicio concluzie în ceea ce priveşte afectarea la cutare funcţie a serviciului militar; acesta este dreptul şi datoria expertului militar; medicul care eliberează un asemenea certificat, poate numai să specifice dacă socoteşte pe individ inapt pentru orice serviciu sau apt a îndeplini o funcţiune analogă cu cea îndeplinită în vieaţa civilă.

Autorul mai menţionează câteva cazuri de conştiinţă, în faţa cărora personal s-a găsit în ultimul răsboiu.

Privesc pe indivizii reformaţi anterior sau declaraţi inapţi pentru orice serviciu şi convocaţi cu ocazia mobilizării în faţa unui consiliu de revizie; ei vin să ceară un certificat constatator că starea lor nu le permite a face serviciu; medicul nu va face decât să expună constatările sale, fără a trage nici-o concluzie de ordin militar.

Alţi indivizi, reformaţi anterior în mod definitiv sau temporar, vin să ceară un certificat constatator că sunt în perfectă stare de sănătate şi că pot fi încorporaţi; între aceştia autorul specifică anume pe vechii tuberculoşi cari au fost trataţi anterior cu pneumotorax terapeutic

şi de mult timp l-au părăsit; la aceştia medicul nu va putea decât să certifice că individul este capabil a face un serviciu sau a îndeplini o funcţiune analogă cu aceea ce face în prezent sau de câţiva ani; toţ expertului militar îi rămâne să stabilească dacă este apt a fi vărsat în Serviciul activ sau auxiliar.

La fel cu medicii foşti tuberculoşi, reformaţi odinioară şi cari au rămas ataşaţi pe lângă Sanatoriile de tuberculoşi, sau îndeplinesc o funcţie civilă, sau fac practică medicală activă; pe aceştia comisiunile sau experţii militari mai de grabă îi vor afecta formaţiilor sanitare rezervate tuberculoşilor, în cari vor putea aduce mai mari foloase decât dacă ar fi trecuţi la alte servicii.

Aceste consideraţiuni, cari se aplică la medicii încă bolnavi sau nu, se pot aplica la orice alt profesionist care va servi ţara mai bine, fiind menţinut la un serviciu similar cu cel de până atunci.

Aceste reflexiuni sunt bine venite pentru numeroşi medici cari eziţă să elibereze asemenea certificate de ultimă oră şi cari eliberându-le nu ştiu la cât au dreptul să se întindă în concluziile lor.

*M. C.*

## EXPLORARE A SISTEMULUI VAGO-SIMPATIC PRIN OSCILOMETRIA DIFERENŢIALĂ RADIO-TIBIALĂ

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Măsurarea comparativă a indicelor oscilometrice ale arterelor radială şi tibială constitue un nou mod de explorare vago-simpatică, descoperită de D-rul P. Constantin din Biarritz.

Până acum probele-reflexe cari explorau sistemul vago-simpatic se adresau ritmului cardiac, ţinând socoteală de accelerarea sau încetenirea numărului bătăilor inimei.

Oscilometria diferenţială radio-tibială se adresează la tonusul vascular al cărui grad măsoară prin compararea indicelui oscilometric.

**Technica:** subiectul este culcat în decubit dorsal absolut; se ia succesiv presiunea arterială la gâtul mâinei şi la glesnă cu un sfigmo-oscillometru; la fiecare grad de contra-presiune manometrică se notează indicele oscilometric corespunzător care se exprimă în unitate, jumătate şi sfert de unitate.

Aceste valori, traduse în abscise pentru contra-presiunile manometrice şi în ordonate pentru indicele oscilometrice, dau 2 curbe mai mult sau mai puţin ridicate, mai mult sau mai puţin paralele, mai mult sau mai puţin depărtate.

Nu se ia în considerare decât valoarea indicelor.

Curba radială este figurată în trăsătură plină, cea tibială în trăsătură punctată.

**Constatări:** în mod normal curba tibială domină şi coafează curba radială cu o distanţare de $1\frac{1}{2}$—$2\frac{1}{2}$ unităţi din cauza calibrului mai mic al arterei radiale decât al celei tibiale.

La vagotonicii mari depărtarea este considerabilă (3, 4, 5 sau 6 unităţi).

La simpaticotonicii mari curbele sunt foarte apropiate, lipite sau chiar inversate.

Intre aceste 2 tipuri antagoniste se poate întâlni o gamă de curbe intermediare.

Inălţimea generală a curbelor indică tonusul general holosimpatic şi traduce o noţiune cantitativă de potenţial (hiper sau hipo-amfotonie).

Distanţarea celor 2 curbe într'un sens sau altul indică predominenţa tonusului unuia din cele 2 sisteme, şi traduce o noţiune calitativă de echilibru de potenţial (vagotonie sau simpaticotonie).

Pentru a demonstra relaţia tonusului radio-tibial cu tonusul vagosimpatic, autorul a practicat odată cu oscilometria diferenţială probele farmacodinamice cu atropina şi pilocarpina, observând că o injecţie de atropină apropie cele 2 curbe, o injecţie de pilocarpină le îndepărtează — de asemenea a urmărit gradul alcalozei la vagotonici.

Cum se explică această relaţie? desigur prin intermediarul triplului reflex motor: cardio-aortic, sino-carotidian şi tisular.

Bazându-se pe valoarea tonusului vascular al arterei temporale care a demonstrat un decalaj oscilometric comparabil al acestor 3 teritorii arteriale; caşi pe faptele clinice constatatoare de frequenţa lipotomiilor la vagotonici (printr'o emoţie sau schimbare bruscă de poziţie), subiecţi cari ajunşi la bătrâneţe (caracterizată prin scleroză şi aterom) evoluiază spre ramolismentul cerebral şi tromboză, pe când simpaticotonicii evoluează către hemoragia cerebrală şi gangrena extremităţilor — autorul socoteşte că repartiţia generală a tonusului vascular în organism este diametral opusă la vagotonici şi simpaticotonici, la cei dintâi tonusul vascular urmând un mers ascendent dela cap la picioare, ca cei din urmă un mers descendent.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Această metodă de comparaţie a oscilometriei diferenţiale radiotibiale poate servi ca **test diagnostic**: înlocueşte R. O. C. adeseori indiferent şi probele farmacodinamice, nepractic în clientelă şi uneori periculoase; — ca **test pronostic**: poate urmări reacţiile sistemului vagosimpatic în numeroase afecţiuni nervoase, circulatorii şi pulmonare; astfel Chaize din Cambo urmăreşte prin această metodă evoluţia tuberculozei, constatând o evoluţie favorabilă când curbele se ridică cu îndepărtare notabilă una de alta, o evoluţie fatală când curbele se apropie şi se scoboară; — ca **test terapeutic**, dând indicaţiuni medicamentoase precise şi cari pot fi supuse controlului: 2 curburi ridicate consiliază o medicaţie litică; scoborîte, o medicaţie tonică; foarte îndepărtate, o medicaţie adrenergică; foarte apropiate sau inversate, o medicaţie cholinergică.

Metoda mai dă indicaţiuni de ordin terapeutic nu numai medicamentos, dar fizioterapic şi climatic; vagotonicii suportă greu razele ultraviolete şi sunt justiţiabili de vechea electricitate statică, simpaticotonicii dinpotrivă, climoterapia, care pune la contribuţie ionizaţia atmosferică şi curenţii electrici ai atmosferei, când este sedativă (ca la Cambo) scoboară curbele, când este hipertonică (ca la Biarritz) le ridică.

Toate aceste noţiuni sunt expuse de autor rezumativ, într'o comunicare prezentată la Soc. medicală a spitalelor din Paris în şedinţa din 25 Noembrie 1938 şi, în extenso, în Monde médical din 15 Iulie 1939.

*M. C.*

## RACHIANESTEZIA IN DIAGNOSTICUL PATOGENIC AL MEGACOLONULUI

Patogenia megacolonului, în lumina ultimelor cercetări, rezidă într'o turburare a acţiunii sistemului neuro-vegetativ asupra intestinului gros, fie în sensul unei hipofuncţiuni parasimpatice, fie în sensul unei hiperfuncţiuni simpatice.

Morton şi Scott au publicat în 1932, în Revue Française de pediatrie (No. 1/1932, p. 103), o importantă lucrare în acest sens şi împreună cu Stabius în Amer-Journal of Surgery, Ian. 1935, p. 107, arătând rezultatele obţinute în tratamentul megacolonului şi al constipaţiei opiniatre prin rachianestezie.

In No. 56/1939, al rev. „La Presse Médicale", V. Climescu, P. Sârbu şi S. Roman, publică o interesantă observaţie de megacolon, la care rachianestezia a dovedit următoarele:

1. Patogenia megacolonului rezultă dintr'o distonie vago-simpatică abdominală cu predominenţă simpaticului.

2. Rachianestezia este un mijloc precis şi simplu pentru diagnosticul acestei patogenii.

3. Cunoaşterea exactă a patogeniei, indică actul chirurgical: simpatectomia sau sfincterectomia.

4. Rachianestezia, paralizând simpaticul, degaje acţiunea motrice a parasimpaticului care, restabilind motilitatea intestinului gros, face să dispară pentru câtăva vreme simptomul principal al boalei, constipaţia.

Rachianestezia practicată din timp în timp — cred autorii citaţi — ar putea conduce la o regularizare a transitului intestinal, devenind astfel un mijloc terapeutic simplu, de recomandat în megacolon.

*I. Rosenstein.*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

## PICIORUL DE TRANŞEE

Ni se pare că e necesar a comunica, după Siècle Médical No. 303/1939, raportul Profesorului J. P. Langlois, din Noembrie 1917, asupra degerăturilor picioarelor celor ce au stat în tranşee în timpul răsboiului din 1914—1918.

Cum vremea rea se apropie şi vremurile se asamănă cu cele din 1917, să evităm suferinţele celor ce stau în tranşee, dar mai ales să le evităm şi să remediem pe cât se poate aceste accidente.

S'ar potrivi mai bine expresia de **picior macerat** decât degerat, sau **picior de tranşee.**

In 1914, Langlois găseşte 2286 cazuri în Octombrie, în 1917 raportează 4417 cazuri.

Deşi starea sanitară a corpului I de armată este excelentă, notează dela 10—20 Octombrie 147 picioare degerate, — al 30 corp are 200 picioare degerate, deci în 10 zile sunt imobilizaţi 347 oameni. In primele zile ale lunei Octombrie erau între 5—10 cazuri, apoi 134 la 12 Oct., 100 mai târziu şi numărul scade apoi.

Examenul curbei arată că numărul accidentelor a crescut a 3-a zi dela intrarea trupei în tranşee, pentru a se menţine a 4-a zi, ca apoi să scadă de îndată ce trupa a părăsit tranşeele.

Luându-se măsuri excelente de directorul serviciului sanitar al armatei ne putem de seama şi de proporţia cazurilor serioase a acestei afecţiuni şi ce fel trebue să luptăm ca să împedecăm ivirea acestei boale.

Toţi oamenii care prezintă turburări sau dureri de picioare sunt examinaţi de medicul postului de ajutor şi făcânduli-se triajul sunt expediaţi cu o fişă distinctivă posturilor de evacuare, la Crombeck şi Hariagen. Aci sunt amenajate pavilioane speciale pentru cazurile serioase.

Rezultate: nu toate cazurile serioase au fost grave; din 17, trei au fost spitalizaţi. In general 8% erau serioase, nu era prea frig, şi s'a dat o îngrijire inteligentă şi rapidă bolnavilor.

Apoi raportorul face o anchetă notând etatea, localitatea, profesiunea, vârsta, gresajul încălţămintei, a picioarelor, durata statului în tranşee.

Observaţii complecte se fac pe 60 bolnavi: 75% au suferit, civili fiind, de transpiraţie a picioarelor, — 70% s'au pezentat a 3-a zi după ce au stat în tranşee, 2 zile au suferit de frig, a 3 zi au dureri mari, anestezie a picioarelor şi umflarea lor, — a 3-a zi sunt rădicaţi din tranşee şi duşi la postul de ajutor.

Cei mai rezistenţi sunt probabil imuni la frig, aceştia rar gresau picioarele.

Incălţămintea a fost gresată, dar numai 6% şi-au gresat picioarele. 58 din 60 purtau moletiere.

In general: încălţămintea este în stare bună, gresajul încălţămintei s'a făcut regulat, dar gresajul picioarelor nu s'a făcut la plecare, probabil gradaţii ocupaţi cu alte chestiuni importante nu s'au mai ocupat de aceste detalii.

Langlois recomandă a se da fiecărui soldat bastoane de grăsime formolată câte 10 gr. pe zi, 200 kgr. pentru 2000 oameni şi 6000 kgr. pe lună. Armata avea cantităţi suficiente de grăsime şi lanolină, dar este necesar ca s'o întrebuinţeze ca să se evite accidentele datorite frigului din tranşee.

Mai atrage şi atenţia asupra încălţămintei impermeabile din tranşee, încălţăminte din pânză impermeabilă şi tălpi de lemn, deşi sunt grele s'ar putea înlocui cu şoşoni, ghete de cauciuc.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In concluzie, comandamentul va insista ca să se atragă atenţia asupra gresajului picioarelor celor ce vor sta în tranşee, întrebuinţarea bastonului de grăsime se va generaliza şi se va cerceta încălţămintea cea mai potrivită, uşoară şi bună, pentru cei ce luptă în tranşee.

*R. H. şi M. C.*

## SGOMOTUL „DE PENDULĂ DESECHILIBRATĂ"

Acest sgomot constitue un mic semn stetacustic, frequent şi precoce, de deficienţă cardiacă.

Constă într'o anomalie ritmică, care traduce slăbirea muschiului cardiac şi anume, o exagerare a inegalităţii normale a celor 2 pauze ale inimei: mica tăcere se scurtează şi sgomotul al 2-lea cardiac succede 1-iului sgomot cu precipitare neobişnuită, aceasta independent de ritmul cardiac care poate fi normal, tachicardiac sau bradicardic.

Semnul constă deci între schiopătare comparabilă cu sgomotul unei pendule desechilibrate; parcă miocardul slăbit, epuizat, îşi scurtează durata contracţiunei sistolice, precum şchiopul scurtează timpul de apăsare pe piciorul bolnav.

Pe traseurile electrocardiografice semnul nu se traduce; poate că pe cele fonocardiografice; auscultatoriu însă se percepe în mod mani-

fest şi se întâlneşte în tot felul de slăbiri cardiace, precum în cele datorite boalelor infecţioase (în special tifoida şi difteria), cardiopatiilor reumatismale, insuficienţei ventriculare a hipertensivilor, miocarditei senile, ce precede sau acompaniază celelalte manifestaţiuni uşoare sau grave de insuficienţă cardiacă.

Acest nou semn vine astfel să se aşeze alături de ritmul pendular, care constă în egalizarea celor 2 pauze ale inimei, şi alături de ritmul foetal (Stokes) sau embriocardic (Huchard), care constă în egalizarea de intensitate a celor 2 sgomote ale inimei, ambele cunoscute de mult, traducând asemenea deficienţa miocardică.

Acest semn nou de insuficienţă cardiacă este făcut cunoscut de D-r P. Isaac-Georges, fost intern al Spitalelor din Paris şi este publicat în „Le Monde Médical" din 1 Iulie 1939.

*M. C.*

## SULFAMIDOTERAPIA

Sulfamidoterapia, adică tratamentul cu sulfamide reprezintă o modalitate a chimioterapie antiinfecţioase introduse în practică în ultimul timp.

Compuşii organosulfuraţi absenţi prin introducerea sulfului în molecula organică vie, s-au dovedit a conferi acesteia proprietăţi bactericide.

PRONTOSIL-ul în Germania, descoperit de autorii germani **Mietzch** şi **Klarer** în 1932 şi RUBIAZOL-ul în Franţa, au fost primii compuşi sulfuraţi dotaţi cu proprietăţi antistreptococice, ambele preparate fiind o sulfocrisoidină, substanţă azoică care colorează intens urina, tegumentele şi mucoasele; proprietăţile lor bactericide in vitro au fost puse în evidenţă in vivo, în streptocociile experimentale pe şoareci, de către **Domagh**, premiul Nobel de chimie în 1939, şi **Levaditi-Waisman** în 1935.

Obţinerea unor derivaţi similari incolori, precum SEPTAZINA, a marcat un progres ulterior; — dar descoperirea cea mai importantă a fost făcută de către **D-na** şi **I. Trefonël**, **Nitti** şi **Bovet** în laboratorul lui **Fourneau** dela Instit. Pasteur din Paris, cari au stabilit că porţiunea activă, dotată cu proprietăţi nu numai antistreptococice, dar polimicrobiene în general, din aceşti compuşi cu formulă complexă este nucleul de bază, PARA-AMINO-FENIL-SULFAMIDA sau **1162 F**, care se degaje şi se pune în libertate prin descompunerea compuşilor azoici, a căror elemente azoice nu sunt indispensabile.

In prezent sunt pare în practică medicală curentă, deci în comerţ, următoarele principale medicamente organo-sulfurate:

din grupa sulfamidelor, sulfamida propriu zisă sau para-amino-fenil-sulfamida sau **1162 F**; cu derivaţii săi azoici PRONTOSIL şi RUBIAZOL; derivaţi incolori SEPTAZINA; disulfamidele precum ULIRON; şi ulltimul compus SULFAMIDOL-ul; — din grupa sulfonilor, 1939 F sau RODILON.

CĂILE DE INTRODUCERE ale tutulor acestor medicamente sulfamidate, sunt: bucală, parenterală (intramusculară, intravenoasă, subcutanată), locală (în focarul infecţiunei), asociată.

Absorbţia pe cale bucală se face în 4 ore, iar eliminarea în 48—72 ore.

MODUL DE ACŢIUNE se face prin stimularea forţelor de apărare ale organismului, cari conduc la favorizarea fagocitozei (Levaditi şi Waisman); — sau printr'o acţiune directă asupra germenilor.

ACCIDENTE, INCIDENTE, INTOLERANȚĂ: a) **Incidentele banale**, comune, sunt anorexia, turburări gastrice, amețeli, cefalee; b) **incidente importante**, ca astenia, eriteme, erupțiuni generalizate sau localizate — țin la susceptibilitatea indivizilor; **accidente serioase**, ca cianoza, sulftremoglobinemia, metemoblobinemia, anemia și agranulocitoza — țin la influența toxică asupra sângelui și organelor hemato-poetice; **accidente** grave, mortale, țin de regulă la nerespectarea contra-indicațiilor (epuizare, cachexie, insuf. hepatică sau renală, stări grave).

**Incompatibilitățile** constau a nu administra cu medicamentele sulfamidate alte medicamente sulfatate, precum sulfatul de sodiu, de magneziu, de fier sau antitermice, precum piramidonul, antipirina.

INDICAȚIUNI: a) toate **streptocociile**, de ordin chirurgical și medical, erizipelul, scarlatina, anginele streptococice, amigdalite, pleureziile purulente, congestiile pulmonare, meningitele streptococice; stările septice din ginecologie, în special post-partum și post-abortum, infecțiunile puerperale; infecțiunile din pediatrie; infecțiunile oto-rino-laringologice și stomatologice; b) **gonococia** (asociat cu celelalte metode locale sau generale, în sens curativ sau profilactic; c) **meningocociile** (bucal, parenteral, intrarachidian), curativ și mai ales preventiv în mediu epidemic; d) **pneumocociile**; e) **colibacilozele**; f) **orice alte infecțiuni**, precum stafilocociile, tifos și paratifos, limfogranulomatoza, rugeola, tusea măgărească, febrele ondulante, infecțiunile acute ale sistemului nervos central, trachomul, chiar paludismul, pemfigusul, impetigo, streptodermiile.

**Dozele** merg dela 0.50—0.60 la sugaci, până la 2—3 grame la adulți și chiar mai mult; se prescriu fracționat la intervale regulate întinse în soluțiuni de diferite concentrațiuni indicate în prospectul fiecărui preparat.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Toate aceste noțiuni sunt precis puse la punct de D-l D-r Anghel Daniel, într'o lucrare apărută în monografie la Institutul Grafic „Eminescu" din București, 1939, intitulată SULFAMIDOTERAPIA.

Autorul, care consideră sulfamidoterapia nu ca o metodă de modă, deci trecătoare; nici ca un panaceu universal, deci de încercare, dă preferință Sulfamidol-ului, cel mai recent descoperit din serie, ca fiind mai eficace, mai difuzibil, mai lipsit de toxicitate.

In literatura medicală românească au apărut însă foarte numeroase lucrări expunând rezultatele extrem de favorabile obținute cu celelalte preparate sulfamidate, între cari Prontozyl, Rubiazol, Septazine.

Consacrarea introducerii proparatelor sulfamidate în chirurgia de răsboiu, o fac D-rii Levaditi, Bréchot, Tournay și D-na Gérard-Moissonier, într'o comunicare recentă la Academia de Medicină din Paris; studiind flora microbiană a 61 traumatisme de răsboiu și evoluția ei sub influența tratamentului aplicat, mai precoce (pe front) sau mai tardiv (înapoia frontului), autorii urmărind în special eficacitatea antistreptococică a principalilor derivați sulfamidați administrați bucal sau prin aplicațiuni locale sau prin ambele metode, au arătat că în unele cazuri aceste medicamente au făcut să dispară definitiv streptococul din secreția purulentă, în alte cazuri cu toată ameliorarea clinică, germenul a persistat timp îndelungat, dar suferind o modificare involutivă care îl făcea apt a fi distrus prin mijloacele de apărare defensive ale organismului, în particular fagocitoza.

Autorii reconfirmă astfel că mecanismul activităţii chimioterapice a sulfamidelor constă într'un proces de origine endogenă şi nu exogenă, efectul germicid fiind indirect şi nu direct.

*M. C.*

## TRATAMENTUL STĂRILOR DE GREAŢĂ PRIN CLORUR DE SODIU

De mai mulţi ani, autorii englezi au preconizat ingestia de apă sărată pentru a vindeca accidentele datorite căldurei sau oboselii. De curând Prof. Ambard a preconizat acelaş tratament în stările de greaţă.

A Ravina publică în Presse Médicale No. 45/1939, o notă asupra acestei chestiuni, arătând bunele rezultate obţinute.

Technica acestui tratament este următoarea: Se prepară întâiu o soluţie saturată din care apoi se fac diluţii: 1 parte din această soluţie, la 5 părţi apă, ceeace ar reveni aproximativ la 5% sare.

Bolnavul va ingera deodată un sfert de pahar, după care va bea apă nesărată şi apoi va continua până la dispariţia greţei.

Cantităţi minime de sare, 1,5—2,5 gr. dau rezultate rapide şi complecte.

*Mod de acţiune:* Danielopolu a arătat că introducerea unei soluţiuni saline hipertonice într'un stomac în stare de hiperperistaltism îl pune aproape imediat în repaus. Se poate presupune că soluţiunile saline hipertonice au o acţiune calmantă şi asupra sistemului nervos.

*I. Rosenstein.*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

## DESVOLTAREA SÂNILOR PRIN APLICAŢIUNI LOCALE DE HORMON OESTROGEN

A. Ravina, publică în „La Presse Médicale No. 57 din Iulie 1939, o revistă asupra acestei chestiuni, ocupându-se în special de lucrările lui Cyril Mc. Bryde publicate în The Journal of the American Med. Assoc. din 18 Martie 1939.

Mc. Bryde studiază efectul local al hormonilor oestrogeni asupra glandei mamare la femeie.

Intrebuinţează o pomadă conţinând 5000 U. I. de foliculină sau benzoat de foliculină la 1 gr. Pomada se aplică direct în regiunea mamară pe o suprafaţă circulară de 10 cm. diametru, având ca centru mamelonul.

Bolnava face în fiecare seară fricţiuni cu 5 gr. pomadă adică 25.000 U. I.

**Rezultate:** In toate cazurile, substanţa oestrogenă a provocat în aplicaţiuni locale o creştere importantă a sânului, acestea fiind superioare injecţiunilor intramusculare cu foliculină.

Suprimarea tratamentului duce la o scădere notabilă a volumului sânilor, astfel că tratamentul trebue reluat şi continuat multă vreme.

Ravina se întreabă dacă durata tratamentului nu ar putea fi vătămătoare bolnavului.

*I. Rosenstein.*

# AL X-lea CONGRES NAȚIONAL DE CHIRURGIE

Bucureşti, 5—7 Noembrie 1939

de

D-r PETRE TOPA

Duminică 5 Noembrie 1939, la ora 14, a avut loc şedinţa inaugurală a celui de al X-lea Congres Naţional de Chirurgie, în marele Amfiteatru al Facultăţii de Medicină din Bucureşti. D-l Prof. Amza Jianu, Preşedintele Congresului, ia cuvântul declarând Congresul deschis. D-l D-r Petre Topa, secretar general al Asociaţiei Române de Chirurgie, prezintă darea de seamă.

I-a chestiune la ordinea de zi:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

## MALADIA LUI NICOLAS-FAVRE, FAZA INGUINO-ILIACĂ.

Raportori: D-l Prof. Ştefan Nicolau şi D-r Z. Borza (Cluj).

1) RAPORTUL D-LUI PROF. ŞTEFAN NICOLAU.

D-l Prof. Ştefan Nicolau într'o expunere sobră, concisă, desprinde toate caracteristicile acestei afecţiuni atât de mult studiată în ultimele două decenii.

După o scurtă introducere în care insistă asupra faptului că, limfogranulomatoza este o afecţiune complexă cu manifestaţii şi localizări diverse, dintre care manifestarea inguinală este una dintre ele, autorul trece la studiul clinic al bubonului limfogranulomatos inguino-iliac propriu-zis.

Consideraţiunile de ordin etiologic şi patogenic privesc mai mult transportul virusului boalei prin intermediul vaselor limfatice dela nivelul şancărului în ganglioni şi faptului că bubonul este o manifestare abligatorie a infecţiunii limfogranulomatoase, făcând parte integrantă din tabloul simptomatologic al boalei, iar nu ca o complicaţie eventuală.

Incubaţia boalei ar fi de 21—28 zile, dar este pasibilă de variaţiuni. Simptomele boalei sunt caracterizate prin: adenită inguinală (mai târziu adenită inguino-iliacă) periadenită inguinală, supuraţie ganglionară inguinală (cu puroi cenuşiu gălbui), fistulizare în chip de ciur, febră 38°—38,50°, alergie cutanată limfogran. (reacţia Frei), mono-

nucleoză. Ganglionii iliaci nu supurează niciodată.

Pe lângă tipul descris care este cea mai frecventă formă a boalei, există o serie de alte forme anatomo-clinice speciale, care pot fi reduse la 3:

1. Forma disecantă periganglionară, caracterizată prin un proces de periadeniiă supurativă;

2. Bubonul limfogranulomatos în formă de abces unic;

3. Bubonul limfogranulomatos cu fistule migratorii profunde.

La diagnostic autorul atrage atenţia asupra cazurilor de buboane mixte, limfogranulomatoase şi şancroase în acelaşi timp şi sifilo-limfogranulomatoase şi diferenţiază afecţiunea de: adenopatia tuberculoasă, de limfosarcomul primitiv al ganglionilor inguinali, de limfogranulmalignă, de adenopatia canceroasă secundară şi insistă asupra valorei relative a intradermo-reacţiilor Ito şi Frei.

Tratamentul în faza actuală prezintă următoarele metode:

1. Metoda chirurgicală. Ablaţiunea ganglionilor limfatici care este folositoare numai în caz de precocitate a boalei în faza ei de monoadenită.

2. Metodele fizice. Rezultate satisfăcătoare dau razele X în formele incipiente, asemenea şi electro-coagularea mai ales în formele disecante deschise.

3. Metodele chimice: substanţele întrebuinţate sunt foarte numeroase şi foarte variabile după compoziţia lor. Fiecare din ele îşi au vindecări la activul lor fără a fi totuşi constante. Cele mai încurajatoare ar fi Septoplixul şi Dagenanul, dar concluzia nu poate fi încă trasă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

4. Metodele specifice. Vaccinuri (Levaditi, Ionescu-Mihăeşti), asemenea au dat rezultate inconstante.

Expunerea făcută în chip magistral de D-l Prof. Nicolau a adus o vedere clară, netă şi impregnată de simţul meticulos al savantului cercetător asupra afecţiunei arătând stadiul în care se găsesc actualmente cunoştinţele lumii medicale asupra bubonului limfogr. inguino-iliace.

In numele Asociaţiei Române de Chirurgie, d-l Prof. Hortolomei a mulţumit d-lui Prof. Nicolau, atât pentru amabilitatea pe care a avut-o de a expune în calitate de raportor chestiunea la ordinea de zi, cât şi pentru frumoasele cunoştinţe pe care le-a adus, fruct al vastei d-sale experienţe.

2) RAPORTUL D-LUI D-R Z. BORZA (CLUJ).

D-l D-r Zeno St. Borza în raportul său:

Face mai întâi un istoric amănunţit al boalei, urmat de un interesant studiu al anatomiei limfacitelor organelor genitale şi al ganglionilor inguino-iliaci. In capitolul epidemiologic, autorul atrage atenţia asupra faptului că afecţiunea e contractată prin raport sexual, că survine în special vara, se observă mai ales la bărbaţi şi a apărut în ţară la începutul secolului. Agentul afecţiunei este un viros filtrabil limfotrop, care pornind pe căile limfatice contaminează ganglionii inghino-

iliaci, mai departe leziunile se întind prin propagare difuză. După descrierea tabloului evolutiv al afecţiunii, autorul menţionează formele diverse ale limfogr. inghino-iliace sub-acute: a) forma abortivă fluxionară acută a lui Chevalier şi Bernard; b) forma supurativă masivă a lui Pautrier şi Gouverneur; c) limfitele la care adaugă formele cutanate şi septicemice.

La diagnostic, autorul insistă asupra valorii reacţiei Frei, spunând că este una dintre cele mai singure metode de explorare biologică, fără a fi strict specifică şi exprimă părerea Prof. Nicolas, care spune: „Elle a la valeur d'un symptôme. Quand elle fait defaut, il faut savoir s'en passer si la clinique permet de dire lymphogranulome. Quand elle est positive, on y trouve un argument de grande valeur et susceptible de confirmer une impression clinique; mais s'il n'y a pas de signes cliniques, il faut la discuter et ne pas la retenir aveuglement".

Tratamentul cuprinde 4 metode:

1. Tratament fiziologic: ultra-violete, ultra-scurte, diatermie şi infra-roşii.

2. Chimioterapie: locală şi generală care a întrebuinţat un număr nesfârşit de mare de preparate chimice cu rezultate variabile.

3. Tratamentul biologic care se împarte în:

a) Stimulant nespecific (auto-hemoterapie, Dmelcos, proteinoterapie, etc.);

b) Imunoterapia activă (anti-vaccin şi hetero-vaccine);

c) Imunoterapia pasivă (serul de convalescent) au dat rezultate inconstante.

4. Tratamentul chirurgical.

Trebue aplicat în faza de adenită a boalei atunci când după un tratament medical insistent, fenomenele inflamatorii nu prezintă tendinţă de ameliorare sau dacă ele progresează, iar în caz de periadenită, autorul se aliază la părerea Prof. Haţieganu, care recomandă intervenţia numai într'un interval de acalmie atât locală cât şi generală (afebrilitate sau sufebrilitate), intervenţie care constă în extragerea ganglionului.

Raportul d-lui D-r Zeno foarte documentat, prezintă vederi personale ştiinţifice utile, isvorîte dintr'o vastă experienţă în materie.

La DISCUŢIA RAPORTULUI ia parte d-nii D-ri **Petre Topa, I. Marian, D. Caramzulescu, V. Dimitriu, M. Robitu, I. Făgărăşanu, D. Berceanu, I. Gilorteanu, Ţurai şi Colişă.** După care urmează COMUNICĂRI diverse făcute de d-nii Prof. **N. Hortolomei,** Prof. **Tr. Nasta,** Agr. **I. Jianu,** D-ri **Burghele, Olănescu, Adameşteanu, Tzaicu şi I. Petroşanu.**

**Luni 6 Noembrie 1939,** urmează a doua chestiune la ordinea de zi.

## CHIRURGIA COMPRESIUNILOR MEDULARE.

1) RAPORTUL D-LUI D-R D. BAGDASAR.

Autorul, neurochirurg, începe prin a face istoricul afecţiunei care este cunoscută din 1740, însoţit fiind de date statistice străine. In studiul anatomo-patologic constată că tumorile compresoare se împart în intramedulare (glioame) şi extramedulare (meningioame şi neurinoame) la care se mai adaugă şi tumorile vasculare.

Autorul analizează simptomele boalei care se reduc la 4: turburări de sensibilitate (încep tabloul clinic prin elementul durere), turburări de motilitate, modificarea reflexelor tendinoase şi cutanate şi turburări sfinctiene şi sexuale şi schiţează pentru diagnosticul nivelului compresiunei un tablou clinic sugestiv pentru diferitele cazuri de localizări ale afecţiunei dealungul măduvei spinării: în regiunea cervicală super, regiunea cervic. superioară (tip superior Duchenne-Erb, tip inferior Duchenne-Arn, Syndrom Déjerine-Klumpke), regiunea dorsală superioară, regiunea dorsală inferioară, conul şi coada de cal, la care adaugă un studiu al lichidului spinal din punct de vedere manometric, chimic şi biologic. Acest examen clinic şi de laborator sunt completate prin examenul radiografic: prin pnemografie medulară sau cu ajutorul probei cu lipiodol şi unul din semnele cele mai importante ar fi mărirea distanţei interpediculare. Diagnosticul diferenţial trebue făcut în faza cu orice afecţiune toracică şi abdominală dureroasă şi cu artrita vertebrală, mai târziu trebue să ne gândim la sifilis, mielitele acute, scleroza în plăci, Morbul lui Pott şi cancerul primitiv sau metastatic.

După autor, ablaţia chirurgicală constitue singura metodă raţională de tratament a tumorilor spinale primitive, indiferent de origina lor. Se abordează regiunea prin dublă laminectomie, urmând apoi technica proprie cazului clinic. Autorul prezintă 29 cazuri operaţi cu 14 vindecări pe un număr de 26 bolnavi care au supraviţuit, deci o proporţie de 53,8% şi închee spunând că actualmente chirurgia rămâne suverană în alinarea suferinţei creată de acest flagel.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Raportul d-lui D-r Bagdasar aduce noi cunoştinţe în terapeutica tumorilor medulare.

2) RAPORTUL D-LUI D-R T. FIRICĂ.

D-l D-r Firică într'o amplă, documentată expunere desvoltă chestiunea raportului care poate fi rezumat după cum urmează:

Compresiunile medulare de origină rachidiană pot fi după modul lor de apariţie: acute (bruşte) sau lente (cronice).

Tipul compresiunilor acute este reprezentat de fracturile şi luxaţiile rachidiene, iar al celor lente de tuberculoză vertebrală şi a tumorilor vertebrale.

Autorul studiază rând pe rând traumatismele închise ale rachiului, apoi rolul meniscului vertebral şi al tumorilor în compresiunile medulare.

In traumatismele închise ale rachisului, statisticele sunt următoarele: frecvenţa compresiunilor medulare faţă de numărul fracturilor şi al luxaţiilor rachisului este de 37,9%, faţă de totalitatea maselor traumatice în general este de 6,33%, faţă de numărul fracturilor în general: 1,33—2,16% şi mai frequente în reg. cervicală ($C_5$,$C_4$,$C_6$).

Diagnosticul în compresiunile acut-post-traumatice nu trebue să facă apel probei tranzitului lipiodolat, nici probelor manometrice care sunt inutile şi periculoase. Examenul radiologic simplu trebue făcut imediat şi nu poate furniza indicaţii de mare probabilitate şi aspectul leziunilor osoase va indica alegerea atitudinei terapeutice.

Pronosticul ameliorat prin progresele tehnice de reducere, de imobilizare şi de terapeutică, funcţional continuă a fi încă întunecat. El este în raport direct cu:

1. Nivelul compresiunei şi gradul leziunilor medulare; 2. Momentul reducerei, calitatea decompresiunei şi cu imobilizarea realizată.

Tratamentul este: I. Conservator şi cuprinde: a) reducerea leziunilor osoase în decubitus dorsal asociată cu extensia continuă şi urmată după amendarea turburărilor nervoase; b) de contenţiune în aparat gipsat timp de 3—6 luni de zile. II. Chirurgical, atunci când mijloacele ortopedice nu au dat rezultate şi se clasifică în: a) reducerea sângerândă; b) laminectomie decompresivă, care trebue făcută relativ; şi c) rachisinteza care este indicată în leziunile cu mare instabilitate a coloanei cervicale.

**Herniile nucleare posterioare** sunt deseori cauza de compresiuni nervoase care pot fi radiculare, medulare sau mixte. Turburările nervoase pot fi produse direct prin hernia intra-spinală a nucleului sau indirect mai rar prin erupţia sa intraspongioasă, care determină deformaţiuni vertebrale şi rachidiene consecutive. Semne de mare probabilitate pot fi obţinute prin examene radiologice care arată: lipsa de leziuni osoase, turtirea discului intervertebral, un transit lipiodolat cu opriri tranzitorii sau defecte ale substanţei opace care se menţin cu schimbarea atitudinei.

Tratamentul ortopedic este preventiv în perioada de iritaţie radiculară. Tratamentul chirurgical poate fi curativ: laminectomie decompresivă simplă. Rahisynteză este indicată, fiindcă realizează anhiloza coloanei, evitând astfel hernii secundare.

**Tumorile vertebrale.**

Clinicește prezintă semne comune: a) în perioada de debut dimprome dureroase variabile; b) în perioada de stare semne de compresiune nervoasă confirmată radiculară, medulară sau radiculo-medulară. Radiologia constată leziuni destructive importante, parţiale sau difuze, limitate sau nu, corticula ruptă sau intactă şi un semn aproape constant: integritatea discului intervertebral. Transitul lipiodolat şi semnele lichidiene confirmă existenţa şi sediul compresiunei, fără a ne da indicaţii asupra naturei agentului compresor. Pentru a şti dacă tumora este metastatică sau primitivă, malignă sau benignă, trebue să facem apel la antecedente, la examenul general şi imaginei radiologice.

Diagnosticul diferenţial se pune deseori cu Morbul lui Pott reumatismul vertebral, sifilisul vertebral.

Tumorile vertebrale chiar benigne, duc la fenomene grave de compresiune radiculo-medulare, care întunecă pronosticul şi precipită sfârşitul letal. Intervenţia chirurgicală a putut da rezultate bune şi durabile,

atât asupra leziunilor osoase cât şi asupra sindromului nervos de compresiune. In tumorile maligne primitive sau metastatice ca şi în tumorile benigne, radioterapia asociată sau nu cu laminectomia a dat uneori ameliorări a simptomelor nervoase.

La DISCUŢIA RAPORTULUI iau parte D-nii Prof. A. Jianu, D-ri Petre Topa, Dan Berceanu, I. Gilorteanu, Athanasiu, Ionescu şi Andreescu. După care urmează COMUNICĂRI DIVERSE făcute de D-nii Prof. Traian Nasta, M. Hortolomei, Dan Teodorescu, Agr. I. Jianu, D-ri N. Frâncu, P. Georgescu, Slama, A. Trosc, Christide, Săbăilă, Lambescu A., Petre Severin, St. Jianu şi D. Zeana.

Marţi 7 Noembrie 1939, a III-a chestiune la ordinea de zi.

## HORMONII IN CHIRURGIE.

RAPORTUL D-LUI D-R GH. PLĂCINTEANU.

Chirurgia nu poate neglija cunoaşterea aprofundată a chestiunilor endocrinologice în general şi în deosebi a bolilor glandelor endocrine, care în majoritatea cazurilor reprezintă stări constituţionale bine circumcise cu influenţă însemnată asupra stărilor pre- şi post-operatorii. Autorul desvoltă pe rând următoarele anomalii constituţionale endocrine:

1. Status thimeo-lymphaticus.
2. Guşa cu tipurile hiperthireotice şi hipotireotice.
3. Constituţia hipoparathiroidiană.
4. Constituţia hipogenitală.
5. Habitusul acromegalic (hipertytarism).
6. Constituţia hipocromafină.
7. Hiposecreţia internă a pancreasului.

RAPORTUL D-LUI D-R PORUMBARU.

Interesanta lucrare cuprinde 2 părţi:

I-a parte consemnează noţiuni generale asupra hormonilor concepuţi în cadrul biologiei şi expuşi din punct de vedere a funcţiunilor lor (ca factori esenţiali şi echilibrului organic) şi al raporturilor cu sistemul nervos vegetativ, sistemul nervos central, vitaminele, fermenţii, cancerul, cu hormoni şi opoterapie. Totodată autorul defineşte noţiunea de hormon şi enumără în tablouri schematice substanţele hormonale cunoscute în raport cu origina lor şi cu denumirile cunoscute.

In partea II-a, autorul trece în revistă fiecare hormon în parte, prezentând rând pe rând şi pe larg proprietăţile fiziologice, corelaţiunile sindromele provocate de hiper- sau hipo-funcţiunea glandei, aplicaţiunile terapeutice pur medicale şi indicaţiile de chirurgie.

Raportul interesant al d-lui Porumbaru aduce informaţiuni noui în terapeutica hormonală de care trebue să ţinem cont.

După care urmează COMUNICĂRI DIVERSE făcute de D-nii D-ri C. Christide, Grozăvescu, I. Făgărăşanu, V. Pătrăşcanu, M. Constantinescu, V. Ţuchel, C. Andreoiu, Gh. Panaitescu, R. Popescu-Tătaru, I. Petroşanu, A. Vasiliu, Săbăilă, G. Teodorescu-Galaţi şi Ritter.

Biblioteca Universitară "Iuliu Haţieganu" Library Cluj

# ANTE PROECT DE LEGE
## pentru
# ORGANIZAREA COLEGIULUI MEDICILOR

Prezentul Ante-Proect de lege pentru organizarea Colegiului Medicilor a fost trimis secţiunilor judeţene ale Colegiului, cu Circulara No. 17 din 2/XII 1939, în scop de a fi supus deliberării Comitetelor judeţene.

In conformitate cu hotărîrea Consiliului general din 25 Iunie a. c., o comisiune formată din D-nii Prof. D-r N. Minovici, Prof. D-r Iacobovici, Prof. D-r C. Tătaru, Agr. D-r Marinescu Gh. şi D-r Popescu Buzeu, a redactat definitiv acest nou Ante-Proect de lege.

Acest Ante-Proect a fost supus discuţiunei Comitetului Executiv al Colegiilor Medicilor, precum şi Comitetului Central al Asociaţiilor Generale a Medicilor care a delegat pe D-l D-r Petre Topa, spre a colabora la redactare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ante-Proectul a fost în urmă dat cercetării D-lor Gh. Papadopol, Preşedinte la Curtea de Apel din Bucureşti, precum şi D-lui Gh. Păcuraru, Procuror General al Curţii de Apel din Bucureşti, care i-au dat redactarea juridică.

Acest Ante-Proect are deci toate şansele a trece în proect definitiv, astfel precum a fost redactat şi se publică în numărul de faţă al revistei.

Eventualele modificări, dacă se vor face, le vom publica la timp *).

## DISPOZIŢIUNI GENERALE

ART. 1. — Colegiul Medicilor creat prin art. 165 al Legii Sanitare şi de Ocrotire din 1930, este persoană juridică de drept public şi continuă să funcţioneze potrivit dispoziţiunilor legii de organizare a Ministerului Sănătăţii şi Asistenţei Sociale, publicată în M. Of. nr. 269 din 20 Noembrie 1939.

## CAPITOLUL I
### Scop şi atribuţii

ART. 2. — Colegiul Medicilor are drept scop şi atribuţie:

a) de a studia şi de a apăra interesele profesionale din punct de vedere moral, economic şi social;

*) Acest Ante-proect neputând fi trecut la timp în stare de lege, Alegerile generale pentru Colegii se vor face în luna Ianuarie 1940 sub imperiul vechei legi actualmente în vigoare şi a art. 13 din Regulamentul său.

b) de a exercita activitatea sa numai pe planul național, cu respectarea intereselor superioare ale Statului;

c) de a trimite la cerere reprezentanți în diferite instituții de Stat și particulare;

d) de a da la cererea autorităților avizul asupra tuturor problemelor cu caracter general în care are competența technică de a se pronunța sau a exprima deziderate din proprie inițiativă;

e) de a sprijini orice acțiune menită să ridice și să perfecționeze cultura medicală;

f) de a veghea la aplicarea legilor și regulamentelor privitoare la titlul de doctor în medicină și a urmări atât disciplinar cât și penal pe lângă celelalte organe fixate de legi, pe oricine practică medicina fără a întruni condițiunile legale pentru exercitarea acestei profesiuni, sau pe cei cari deși întrunesc asemenea condițiuni totuși lipsesc prin atitudinea lor dela îndatoririle profesionale sau cele fixate pentru ocrotirea sănătății publice;

g) de a creea instituțiuni de prevedere și asistență în favoarea membrilor săi și a familiilor lor;

h) de a crea de acord cu autoritățile în drept, un Corp technic medical;

i) de a reglementa onorariile membrilor săi;

j) de a fixa minimum de salariu pentru membrii ce se angajează la instituții particulare;

k) de a arbitra diferendele între medici și instituțiile publice sau private;

l) de a elabora regulamentele necesare funcționării sale.

## CAPITOLUL II

### Inscrierea în Colegiu

ART. 3. — Oricine are libera practică a medicinii, militar sau civil, trebue să se inscrie în Colegiul Medicilor.

Cei care vor fi dovediți că exercită medicina fără să fie inscris în Colegiu, vor fi pedepsiți conform art. 589 din Codul Penal Carol II.

ART. 4. — Inscrierea se face la sediul secției județene a Colegiului, unde solicitantul își exercită profesiunea.

Consiliul județean va rezolva cererea de inscriere în termen de cel mult 30 zile.

ART. 5. — Pentru a fi inscris în Colegiul Medicilor se cere următoarele condițiuni:

a) să fie cetățean român;

b) să aibă drepturile civile și politice;

c) să aibă titlul de doctor în medicină și dreptul de liberă practică eliberat de autoritatea în drept;

d) să nu se găsească în vreunul din cazurile de nedemnitate al prezentei legi.

## CAPITOLUL III

### Incompatibilități și nedemnități

ART. 6. — Exercițiul profesiunii de medic este incompatibil cu:

a) profesiunea de comerciant exercitată direct sau prin persoane interpuse, soția medicului este socotită de drept persoană interpusă;

b) exercitarea comerțului farmaceutic;

c) orice ocupațiune care ar fi de natură să aducă o știrbire demnității profesionale;

d) sunt nedemni de a practica medicina acei condamnați la pedepse ca autori sau complici;

Pentru orice crimă sau vreunul din delictele care din codul penal sau alte legi cari pot atrage degradarea civică sau interdicția corecțională.

Comitetul secției va aprecia asupra nedemnității celor amnestiați sau cei care au fost reabilitați judecătorește.

## CAPITOLUL IV

### Drepturile şi obligaţiile membrilor

ART. 7. — Membrii Colegiului vor avea o carte profesională şi vor purta o insignă.

ART. 8. — Membrii Colegiului au dreptul:

a) de a exercita profesiunea în regiunea pe care şi-au ales-o;

b) de a alege şi a fi ales în organele prevăzute la cap. VI.

c) de a lua parte la discuţiunile ce pot avea loc în şedinţele Comitetelor;

d) de a beneficia de orice mijloc pe care Colegiul l-ar creea pentru a veni în ajutorul material şi moral al membrilor săi.

ART. 9. — Membrii Colegiului sunt obligaţi:

a) să execute dispoziţiunile prezentei legi şi regulamentele în vigoare;

b) să se supună deciziunilor organelor legale stabilite prin legea de faţă şi regulamentul ei de aplicare;

c) să achite cotizaţiunile stabilite de organele Colegiului cu excepţia membrilor ce nu mai exercită sub nici o formă medicina.

## CAPITOLUL V

### Organizare

ART. 10. — Colegiul Medicilor este împărţit şi organizat pe judeţe, ţinuturi şi municipiul Bucureşti, corespunzătoare legii administrative.

ART. 11. — Toţi medicii din cuprinsul unui judeţ constituesc secţiunea judeţeană respectivă, cu sediul în capitala judeţului.

ART. 12. — Toţi medicii secţiunilor judeţene din cuprinsul unui Ţinut şi cei aflaţi pe teritoriul Municipiului Bucureşti constituesc secţiunea de Ţinut a Colegiului Medicilor, care îşi are sediul la rezidenţa Ţinutului iar secţiunea Municipiului Bucureşti în Capitala Ţării.

## CAPITOLUL VI

### Organele centrale de conducere, administraţie control şi disciplină

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ART. 13. — Organele centrale de conducere, de administraţie, control şi disciplină ale Colegiului Medicilor sunt:

a) Consiliul General;

b) Comitetul Executiv;

c) Comisiunea de control financiar;

d) Comisiunea de disciplină centrală.

## PARAGRAF 1

### Consiliul general

ART. 14. — Se compune din totalitatea preşedinţilor secţiunilor de ţinuturi.

El se întruneşte cel puţin odată pe an în sesiune ordinară în luna Noembrie şi ori de câte ori nevoia va cere, în sesiune extraordinară, la convocarea preşedintelui Colegiului sau locţiitorului său.

Membrii Consiliului vor fi chemaţi cu 15 zile înainte de data convocării, prin invitaţiuni personale.

In caz de sesiune extraordinară termenul de mai sus se poate reduce până la 3 zile.

Consiliul General este legal constituit, dacă vor fi prezenţi jumătate plus unul din numărul membrilor.

In caz când la prima convocare nu se întruneşte numărul cerut, a 2-a convocare va avea loc în maximum 8 zile, când Consiliul se consideră legal constituit cu ori câţi membrii prezenţi ar fi.

ART. 15. — Consiliul general are următoarele atribuţiuni:

a) a se pronunţa asupra contestaţiilor la înscrieri în Colegiu;

b) exercită supravegherea şi controlul practicei medicale, în ultimă instanţă;

c) examinează propunerile făcute de Comitetul Executiv şi îşi dă avizul asupra propunerilor făcute de secţiunile Ţinuturilor;

d) administrează averea Colegiului, face bugetul şi supraveghează executarea lui;

e) aprobă bugetele pentru Ţinut şi fiecare secţiune judeţeană dând prisosul în fondul Colegiului;

f) alege comisiunea de control financiar şi cea de disciplină centrală afară de preşedinte;

g) fixează cotizaţiile anuale obligatorii pentru membrii Colegiului;

h) Alege Comitetul Executiv.

## PARAGRAF 2

### Comitetul executiv

ART. 16. — Se compune dintr'un preşedinte şi 4 membri cari sunt aleşi de Consiliul general în sesiunea ordinară.

Alegerea se face pe termen de 3 ani.

Vacanţele eventuale se vor completa de către Comitet prin cooptare pe restul duratei mandatului Comitetului.

Comitetul poate lucra şi lua hotărîri cu minimum 3 membri.

El ţine cel puţin 3 şedinţe pe an şi poate fi convocat de preşedinte ori de câte ori va fi nevoe.

ART. 17. — Atribuţiunile Comitetului Executiv sunt:

a) îndeplineşte atribuţiunile date prin delegaţie de Consiliul General iar în cazurile de urgenţă poate lua dispoziţiuni rămânând a fi ratificate de Consiliul General;

b) acceptă liberalităţile şi donaţiile făcute Colegiului;

c) încheie acte şi convenţiuni necesare funcţionării Colegiului şi bunei administrări a averii Colegiului;

d) editează un buletin al Colegiului în care se vor publica şi deciziunile Comisiunei Centrale de Disciplină.

## PARAGRAF 3

### Preşedintele Colegiului

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ART. 18. — Reprezintă întreg Corpul Medical în faţa autorităţilor şi în tot ce priveşte practica medicală şi orice alte interese ale Corpului.

Aprobă cheltuelile prevăzute în buget şi le ordonanţează.

## PARAGRAF 4

### Comisiunea de control financiar

ART. 19. — Se compune din 3 membri titulari şi 3 supleanţi aleşi de Consiliul General în sesiunea ordinară.

Mandatul membrilor comisiei este pe termen de 3 ani.

## PARAGRAF 5

### Comisiunea de disciplină centrală

ART. 20. — Se compune din 4 membrii titulari şi 4 supleanţi aleşi de Consiliul General dintre membrii Colegiului, cu domiciliul în Capitala Ţării.

Comisiunea este prezidată de un preşedinte al Curţii de Apel din Bucureşti, desemnat de Ministerul Justiţiei la cererea Comitetului Executiv, pe un termen de 4 ani. Actualul preşedinte rămâne să funcţioneze pe 4 ani socotiţi dela promulgarea prezentei legi.

## CAPITOLUL VII

### Organele de conducere, administraţie, control şi disciplină ale secţiunei de Ţinut

ART. 21. — Organele de conducere, administraţie, control şi disciplină ale secţiunei de Ţinut sunt:

a) Consiliul general;

b) Comitetul;

c) Comisiunea de control financiar;

d) Comisiunea disciplinară.

## PARAGRAF 1
### Consiliul general al Ţinutului

ART. 22. — Se compune din toţi preşedinţii secţiunilor judeţene.

El se întruneşte în condiţiunile prevăzute pentru Consiliul General central. Sesiunea ordinară are loc în luna Octombrie.

ART. 23. — Atribuţiunile Consiliului General sunt:

a) se pronunţă în primă instanţă asupra contestaţiilor la înscriere în Colegiu;

b) exercită supravegherea şi controlul practicei medicale;

c) examinează şi dispune executarea tuturor deciziilor organelor centrale sau a celor prevăzute prin lege;

d) administrează averea Colegiului în Ţinut, face bugetul şi supravegheazâ executarea lui;

e) alege Comisia de control financiar şi cea de disciplină;

## PARAGRAF 2
### Comitetul Ţinutului

ART. 24. — Se compune din:

1 preşedinte şi 4 membri aleşi de Consiliul General al Ţinutului în sesiunea ordinară, pe termen de 3 ani.

Preşedintele şi cel puţin 2 membri trebue să aibă domiciliul la reşedinţa Ţinutului.

ART. 25. — Comitetul Ţinutului are următoarele atribuţiuni:

a) iniţiază şi execută tot ceeace crede necesar în interesul Ţinutului;

b) aprobă cheltuelile prevăzute în buget şi le ordonanţează;

execută deciziunile Consiliului Ţinutului şi pe cele primite dela organele centrale ale Colegiului

## PARAGRAF 3
### Comisiunea de control financiar

ART. 26. — Se compune din 3 membri din care cel puţin 2 să aibă domiciliul la reşedinţa Ţinutului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Comisiunea se alege de Consiliul General al Ţinutului pe termen de 3 ani. Ea controlează gestiunea Ţinutului.

## PARAGRAF 4
### Comisiunea Disciplinară

ART. 27. — Se compune din 2 membri şi 2 supleanţi aleşi de Consiliul Ţinutului, dintre membrii săi cu domiciliul la reşedinţa Ţinutului şi va judeca apelurile secţiunilor judeţene.

## CAPITOLUL VIII
### Organele de conducere, administraţie, control şi disciplină a Secţiunei de judeţ.

ART. 28. — Organele de conducere, administraţie, control şi disciplină ale secţiunii judeţene sunt:

a) Adunarea Generală

b) Comitetul

c) Comisiunea de disciplină

d) Comisiunea de control financiar.

## PARAGRAF 1
### Adunarea Generală

ART. 29. — Se compune din totalitatea membrilor secţiunei judeţene, se întruneşte odată pe an în sesiune ordinară în luna Septembrie şi ori de câte ori nevoia va cere în sesiune extraordinară la convocarea preşedintelui său locţiitorul său.

Membrii vor fi chemaţi cu 15 zile înainte de data convocării prin ziare şi anunţ la sediul Colegiului. In caz de sesiune extraordinară termenul de mai sus se poate reduce la 3 zile.

In caz când la prima convocare nu se întruneşte numărul cerut a 2-a con-

vocare va avea loc în maximum 8 zile când adunarea se consideră legal constituită cu ori câţi membrii prezenţi ar fi.

ART. 30. — Adunarea generală are următoarele atribuţiuni:

a) aprobă bugetul şi dă descărcare de gestiune.

b) alege Comitetul

c) alege Comisiunea disciplinară

d) alege Comisiunea de control financiar.

## PARAGRAF 2

### Comitetul

ART. 31. — Comitetul se compune dintr'un preşedinte şi un număr de de membri, toţi aleşi pe 3 ani în proporţia următoare:

Cele cu 1—200 membri vor avea 4 membri şi un supleant.

Cele cu 201—500 membrii vor avea 6 membri şi doi supleanţi.

Cele cu 501—1000 membrii vor avea 8 membri şi trei supleanţi.

Cele cu 1001 şi mai mulţi membri vor avea 10 membri şi patru supleanţi.

Dintre aceştia cel puţin preşedintele şi 2 membri să fie dintre medicii care profesează în capitala judeţului.

ART. 32. — Comitetul are următoarele atribuţiuni:

a) primeşte înscrierea nouilor membri, potrivit Cap. II;

b) şterge din controale şi face cunoscut Comitetului Executiv şi Ţinutului numele membrilor decedaţi, sau cari au pierdut drepturile de a profesa potrivit art. 5 din prezenta lege;

c) exercită şi supraveghează controlul practicei medicale ca primă instanţă;

d) execută deciziunile Consiliului General şi cel al Ţinutului;

e) administrează averea Colegiului judeţean, face bugetul şi dispune executarea lui;

f) cercetează, semnalează şi ia măsurile necesare pe care le crede de cuviinţă pentru păstrarea prestigiului Corpului Medical; cel lezat prin aceste măsuri are dreptul de a apela la Comitetul Ţinutului şi în ultimă instanţă, la Comitetul Executiv Central al Colegiului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

g) deciziunile se iau cu majoritatea celor prezenţi;

h) se adună în mod obligatoriu odată pe lună şi ori de câte ori preşedintele o cere;

## PARAGRAF 3

### Comisiunea de control financiar.

ART. 33. — Se compune din 3 membri aleşi pe timp de 3 ani.

## PARAGRAF 4

### Comisiunea de disciplină

ART. 34. — Se compune din 2 membri asesori şi 2 membri supleanţi, aleşi pe termen de 3 ani de Adunarea Generală.

Ea va fi prezidată de Primul Preşedinte al Tribunalului respectiv sau locţiitorul său.

## CAPITOLUL IX.

### Urmăriri, contravenţii, pedepse.

ART. 35. — Comitetele judeţene, prin preşedinţii lor, sunt autorizate de sesiza parchetele respective, pentru urmărirea şi trimiterea în judecată pe acei ce practică medicina în mod ilicit, putându-se constitui parte civilă pentru daunele mamateriale sau morale ce li s'ar cauza.

Se înţelege prin practica ilicită a medicinei faptul acelora cari nefiind medici, recomandă sau aplică, prin publicitate sau în ori şi ce alt mod medicamente, tratamente sau practică operaţiuni chirurgicale.

Comitetele judeţene au dreptul de a trimite în judecată pe ori care din membri cari calcă dispoziţiunile privitoare la practica profesională, sau pe aceia, cari prin atitudinea lor fie chiar numai omisiune, lipsesc dela îndatoririle fixate pentru ocrotirea sănătăţii publice.

ART. 36. — Comitetele judeţene fixează dimensiunile firmelor, anunţarea schimbărilor de adrese şi cea a specialităţilor.

ART. 37. — Medicii cari vor fi contravenit la una din dispoziţiunile legei de faţă, vor fi pedepsiţi conform art. 41.

În special sunt pasibili de pedepsele prevăzute la art. 41 din această lege medicii:

a) cari nu plătesc cotizaţiile; cari caută să acapareze clientela prin mijloace nedemne de prestigiul corpului;

b) cari anunţă şi întrebuinţează aşa zisele medicamente secrete;

c) cari lansează medicamente cu numele vreunui medic;

d) cari recomandă locul de procurarea medicamentelor;

e) cari îşi atribue un titlu de specialist, care nu este în conformitate cu Legea Sanitară şi cu Legea de Organizare a Corpului Tehnic Medical.

f) cari contravin dispoziţiunilor regulamentare asupra firmelor şi reclamelor sub orice formă.

ART. 38. — Judecarea tuturor abaterilor profesionale comise de medici şi prevăzute în prezenta lege este dată în competinţa Comisiunei de Disciplină a seţiunei judeţence respective.

Comisiunea de disciplină este sesizată de preşedintele secţiunei fie din oficiu, fie în urma reclamaţiunei ce ar fi primit.

Preşedintele primind reclamaţiunea sau denunţul delegă un membru din Comitet cu cercetarea cazului, care ascultă pe medicul învinuit ce va fi citat prin scrisoare recomandată, şi face cercetările necesare, întocmind un raport pe care îl înaintează preşedintelui.

Preşedintele va aduce la cunoştinţa Comitetului cele constatate care decide dacă medicul învinuit trebue sau nu să fie trimis în faţa Comisiei de Disciplină.

Comitetul Judeţean şi cel al Ţinutului poate convoca pe medicul învinuit pentru a fi ascultat.

ART. 39. — Medicul trimis în judecată îşi va putea face apărareă înăinteă comisiunei de judecată fie singur, fie asistat de un coleg sau de un avocat.

Şedinţele Comisiunii sunt publice.

Fixarea zilei de judecată se face cu cel puţin 8 zile înainte de termen.

Medicul învinuit va fi chemat printr'o scrisoare recomandată.

Deciziunile Comisiunei se dau la sfârşitul şedinţei iar motivarea lor se va face cel mai târziu în 10 zile dela data pronunţărei.

ART. 40. — Deciziunile Comisiunei disciplniare judeţene se dau cu drept de apel la Comisiunea Disciplinară a Ţinutului.

Termenul de apel este de 15 zile dela pronunţare dacă învinuitul a fost de faţă, iar dacă a fost lipsă dela comunicarea sentinţei 30 zile.

Deciziunile Comisiunei Ţinutului pot fi atacate cu recurs la Comisiunea de Disciplină Centrală din Bucureşti.

ART. 41. — Comisiunile de disciplină vor putea pronunţa după gravitatea învinuirii următoarele pedepse:

a) avertismentul oral;

b) avertismentul scris şi publicat;

c) avertismentul cu ridicarea dreptului de a fi ales în Comitete dela 1—3 ani;

d) interdicţiunea temporară a practicei medicinii;

e) radierea de pe tabloul Colegiului.

În îndeplinirea atribuţiunilor sale, Comisiunile de Disciplină vor solicita concursul Ministerului Sănătăţii şi Asistenţei Sociale sau Direcţia Serviciului Sanitar al judeţului şi Municipiului.

## CAPITOLUL X

### Alegerile

ART. 41. — Sunt eligibili;

a) în comitetul secţiunilor judeţene numai medicii cari au o practică de cel puţin 10 ani împliniţi;

b) în comitetul secţiunilor de Ţinut numai medicii cari au o practică de cel puţin 10 ani împliniţi.

c) în Comitetul Executiv numai medicii cari au cel puţin 15 ani de practică profesională;

d) în Comisiunile de Disciplină şi control financiar se vor păstra aceleaşi norme ca şi la alegerile comitetelor secţiunilor de judeţ, Ţinut şi Comitetul Executiv.

## CAPITOLUL XI

### Dispoziţiuni tranzitorii

ART. 42. — Colegiul Medicilor din România organizat în baza art. 165—178 din Legea Sanitară şi de Ocrotire din 1930 şi cu modificările aduse în 1933 şi Legea de organizare a Ministerului Sănătăţii şi Asistenţii Sociale publicată în M. Of. No. 269 din 20 Noembrie 1939 precum şi asociaţia Generală a Medicilor din România ca persoană morală şi juridică, prin Legea promulgată cu Inalt Decret Regal No. 1479 din 23 Martie 1930 şi modificările aduse ulterior, fuzionează într'o singură organizaţie profesională sub denumirea de Colegiul Medicilor.

ART. 43. — Averea Colegiului Medicilor şi cea a Asociaţiei Generale a Medicilor din România formează un şi singura avere, care rămâne Colegiului Medicilor.

ART. 44. — Un regulament alcătuit de Comitetul Executiv Central şi aprobat de Ministerul Sănătăţii şi Asistenţei Sociale va determina condiţiile de aplicare a prezentei legi.


**Un singur mijloc pentru combaterea gripei şi a răceli!**

**Acitophosan**

**2 — 8 tablete pe zi.**

**In afecţiunile inflamatorii acute ale căilor respiratorii, în special**

**Pneumonie, Abces pulmonar, Bronchopneumonie, Pleurezie purulentă, etc,** apoi în **Septicemie**

**Remediul suveran**

**CAMFALCOL inj.**

**Camfor — Alcool — Glucoză**

**pentru injecţiuni intravenoase**

20-80 cc. pe zi, după gravitatea cazului.

fabrica de produse chimice gedeon richter bucureşti

**Bucureşti, str. Logofătul Tăut, 99**

# NOUA LEGE PENTRU ORGANIZAREA MINISTERULUI SANATATII ŞI OCROTIRILOR SOCIALE

Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale şi-a dat o nouă lege, care a fost publicată în Monitorul Oficial No. 269 din 20 Noembrie 1939.

Această lege, care şi-a concentrat cuprinsul în 187 articole, are la bază introducerea şi organizarea **Principiilor de medicină socială** preventivă, în mijlocul cărora stă crearea **Centrelor de sănătate**, în mediu urban şi rural.

Centrul de sănătate este o instituţie concepută nu să vegheze la vindecarea celor bolnavi, ci de a ajuta populaţia din raza sa de activitate să fie pusă la adăpost de îmbolnăviri.

O primă experienţă a noilor idei de medicină socială s-a făcut la noi acum 4 ani cu Centrul de sănătate din Sectorul II Verde, realizat cu concursul Fundaţiei americane Rochefeller; sistemul Centrelor de sănătate a fost extins anul acesta în toată Capitala.

Expunerea de motive, ce a însoţit noua lege de organizare a Ministerului Sănătăţii, spune: „principiile de medicină preventivă, mult timp rămase în domeniul speculaţiilor teoretice, au primit în timpul din urmă multiple aplicaţiuni pe teren şi au impus organizaţiilor sanitare din toate ţările, adoptări noi.

Toate aceste principii se aflau în germene în legea sanitară întocmită în 1930, de D-l Profesor I. Moldovanu, la baza ei stând **Medicul higienist şi Sora de ocrotire**, la ajutorul cărora ulterior s-a recurs în mod restrâns şi mai mult în Ardeal.

Spicuim în treacăt câteva particularităţi mai însemnate ale noi legi sanitare, care mai pune în practică **Principiile de coordonare ale diferitelor instituţiuni sanitare din ţară**, precum şi **Controlul tecnic al Ministerului** asupra tutulor acestor instituţiuni sanitare.

Art. 17—22 prevăd în Cadrul Organizării Centrale şi ca Organe de colaborare ale Ministerului **5 Consilii Sanitare**, care sunt:

**Consiliul superior al sănătăţii** Acest consiliu, care a funcţionat şi în trecut, are astăzi următoarele atribuţii:

Examinează starea sănătăţii publice şi ia cunoştinţă de mersul epidemiilor după buletinele statistice lunare, urmărind mişcarea bolnavilor şi ocrotiţilor după tabele; dă aviz în chestiunile importante privind igiena şi medicina preventivă, organizarea şi desvoltarea asistenţei medicale; pentru măsurile generale privind exerciţiul medicinei şi farmaciei; pentru modificarea legilor şi regulamentelor sanitare şi de ocrotire; pentru marile lucrări de salubritate şi declaraţia obli-

gatorie a lor; desbate şi propune programe de durată în domeniul sănătăţii publice; propune constituirea de comisiuni temporare de specialitate pentru marile probleme ale sănătăţii; deleagă membrii în consiliul superior de coordonare, cooperare sanitară şi de ocrotire socială şi în comisiunile administrative şi de disciplină; decide în chestiunile de ştiinţă medicală aplicată şi asupra numirii membrilor din diferite consilii sau comisii; ş. a.

Nici un aşezământ sanitar public nu se va putea înfiinţa fără avizul conform al consiliului superior al sănătăţii, cu avizul prealabil al consiliului superior de coordonare.

**Consiliul superior al ocrotirilor sociale.** Acest al doilea consiliu îşi dă avizul asupra modului de organizare, de îndrumare şi control a tuturor operilor privitoare la problema ocrotirii.

**Consiliile interministeriale.** Acestea vor putea lua fiinţă pentru toate chestiunile relative la sănătatea publică şi a căror rezolvare este în funcţie de mai multe departamente. Aceste consilii vor avea câte 2 reprezentanţi ai departamentelor respective.

**Consiliul superior de coordonare, cooperare sanitară şi de ocrotire.** Are de scop să realizeze o cooperare şi o raţionalizare în toate problemele sanitare sau de ocrotire, cari depind de mai multe ministere ori instituţiuni publice sau private. El studiază şi face propuneri referitoare la o cât mai bună organizare sanitară a ţării, stabilindu-se pe baza unui program, aportul pe care trebue să-l aducă fiecare departament sau instituţie de stat, subvenţionată sau controlată de stat sau particulară, în cadrul organizării generale sanitare a ţării.

**Consiliul superior balneo-climatic.** Are următoarele atribuţii: dă avizul în chestiunile prevăzute de legea sanitară şi cele ce i se supun de minister; studiază rapoarte anuale obligatorii ale consiliilor medicale din staţiuni, sau ale medicilor şefi din localitate balneo-climatice, avizând asupra lor; ş. a.

Art. 23—39 cuprind în Diviziunea tecnică, **5 Direcţii Sanitare,** cari sunt: Dir. Oficiului de Studii, Documentare şi Coordonare, Dir. Igienei, Sociale, Dir. Medicinei curative, Dir. Ocrotirilor Sociale, Dir. Farmaciilor şi Drogheriilor, Dir. Balneo-climatică.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Art. 56—67 pun sub **Controlul şi Dependenţa Ministerului toate instituţiile particulare sanitare,** între cari: Societatea Naţională de Cruce Roşie, Eforiile Spitalelor civile din Bucureşti, Epitropia Spit. Spiridon din Iaşi, ş. a.; — **Instituţiile de ştiinţă aplicată,** între cari: Institutul Superior de Sănătate, nou creat, Institutul de Seruri şi Vaccinuri „D-r Cantacuzino", Institutul de Igienă şi Sănătate Publică din Centrele Universitare, Institutul Universitar de Puericultură, acestora 2 din urmă fixându-le atribuţiile.

Art. 96—148 introduc în org. exterioară **Ţinutul,** în locul vechilor Inspectorate sau Direcţiuni regionale, căruia îi înfiinţează între Organele de colaborare şi executare ca instituţiuni noi create: un **Institut de Puericultură,** un **Spital de boale sociale,** un **Centru antirabic,** un **Centru de Sănătate model Oficii de ocrotire socială, Eforii locale sanitare şi de ocrotire socială.**

In organizarea sanitară Municipală şi a Judeţelor se introduce în sfârşit, ca organ de execuţie nou creat, **Centrul de Sănătate,** secundar şi primar, cu atribuţiuni de ordin preventiv şi profilactic.

Art. 171 prevede că niciun medic nu va ocupa o funcţiune oficială în stat, dacă n-a făcut o **Practică medicală timp de 2 ani în mediu rural.**

De asemenea, prevede o **Unificare a examenului şi concursului** pentru toate locurile vacante în toate instituţiile de asistenţă socială din ţară, declarate vacant la timp.

Art. 172 bagă tot personalul sanitar superior într'un **Corp tecnic medical,** pendinte din punct de vedere tecnic de Minister, iar din punct de vedere administrativ de autorităţile şi instituţiunile la cari serveşte.

Art. 183 schimbă denumirea de Soră de Ocrotire în aceea de **Asistentă de ocrotire,** căreia se fixează aceleaşi atribuţiuni.

## Cărţi — Monografii — Teze

### TRATAT ELEMENTAR DE SEMIOLOGIE ŞI PATOLOGIE MEDICALĂ

de

**HAŢIEGANU — GOIA**

Vol. III, Tip. Cartea Românească, Cluj, 1939.

Cu volumul de faţă, al III-lea, se închee seria volumelor cari formează **Tratatul elementar de Semiologie şi Patologie medicală** scris de D-nii Prof. Haţieganu şi Goia cu colaboratorii.

Acest volum prezintă în substanţă:

**Bolile infecţioase. — Sângele. — Bolile de nutriţie. — Vitaminele. — Reumatismul. — Intoxicaţiile. — Bolile cauzate de agenţii patogeni externi.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Primele 2 volume cuprindeau:

VOL. I: **Noţiuni generale de propedentică medicală. — Noţiuni generale de clinică medicală. — Aparatul respirator. — Aparatul circulator. — Aparatul renal.**

Vol. II: **Tubul digestiv** (gura, faringele, stomacul şi intestinul). — **Organele conexe** (ficatul, pancreasul, splina, peritoneul).

Cu privire la cuprinsul vol. III, remarcăm, împreună cu autorii în Prefaţă, inovaţia, atât de judicioasă, de a prezenta studiul bolilor infecto-parazitare în ultimul volum al trilogiei medicale ce au scris, după ce au prezentat bolile tuturor aparatelor; — poate că ar fi trebuit ca acest studiu să vină după prezentarea şi a sângelui, ca să închee împreună cu intoxicaţiile şi bolile cauzate de agenţi patogeni externi drama patologică a corpului omenesc.

Oprindu-ne în special asupra bolilor infecţioase şi a reumatismelor, de cari personal ne-am ocupat mai de aproape, remarcăm de asemenea cu autorii, cari au clasificat şi tratat bolile infecto-parazitare mai mult după frequenţa şi caracterul lor primordial, inegalitatea de tratare a unora dintre bolile infecţioase; — precum şi inegalitatea de expunere şi tratament a unora dintre bolile parazitare, cari ca ascaridoza bântue în circa 60—70% din populaţia noastră rurală, în favoarea altora cari încă nu se întâlnesc la noi.

Autorii promit a reveni în a II-a ediţie a volumului, în care să

ne fie permis a remarca că trebue să se repare impietatea ce continuă a se comite față de memoria răp. D-r Calistrat Grozovici — fost șef al Serv. de boli contagioase dela Spitalul Colentina din București, mort în preajma războiului de tifus exantematic, febra țigănească cum îl numea el — căruia aparține semnul plicei cotului, care la pag. 28 este atribuit tot D-rului Pastia, precum se scrie în cărțile străine; — pe când, de fapt, semnul este descris de D-rul Grozovici, și cu totul în alt sens de cum este prezentat acolo; D-rii Pastia și Marbe, căruia la un moment dat i s-a atribuit și lui paternitatea semnului, au fost interni ai serviciului ca și mine, și au făcut prezentarea fenomenului în reviste străine fără să insiste, cum trebuia, asupra adevăratei paternități.

Insistăm și pentru importanța mare ce are acest semn în diagnosticarea unei scarlatine între a 7-a—14-a zi, adică după ce a trecut erupția și înainte de a se produce desquamația.

Imprimarea acestui volum, necesitând un timp îndelungat, n-a permis să se facă mențiune despre câteva lucrări de ultima oră de mare valoare practică, precum tratamentul preventiv și curativ al paraliziilor differice cu doze prelungite de stricnină, pe lângă cele cu ser; și prevenirea tetanosului noilor născuți, adică al fălcariței, care în populația noastră rurală face atâtea victime, cu injecțiile de anatoxică tetanică la mame; — precum și de clasificația Prof. Danielopolu, cu privire la reumatisme, clasificație făcută în ultimul timp în fața Academiei române de medicină.

Față de valoarea imensă pentru știința medicală română a acestei opere, aceste neînsemnate observațiuni sunt de prea mică importanță; ele sunt făcute și pentru a arăta autorilor că am întârziat atât cu prezentarea către publicul medical românesc a ultimei lor opere, pentru că am dorit să o consult temeinic și prin revederea materiei să mă instruesc — ceea ce constitue în definitiv scopul suprem al străduințelor șefilor școalei dela Cluj, când cu elevii lor au întreprins această operă capitală.

Scurtimea recenziei de față mă împedecă însă a menționa și toate părțile admirabile expuse de autori, conforme cu ultimele date ale cunoștințelor respective trecute prin controlul lor personal, pline de contribuțiuni originale, și cari se întâlnesc la fiece pas.

Cu volumul din urmă putem să aruncăm o privire generală asupra întregei opere.

Spiritul eclectic al **Școalei medicale dela Cluj** se manifestă dela un capăt la altul; toate capitolele, tratate de maestri sau de elevii lor, trădează aceeași metodă eclectică de a baza totul pe concepția fiziopatologică și de a trata fiecare parte în cele mai mici amănunte — sinteză de ordin funcțional, analiză de caracter anatomo-patologic, cari stau sub influența respectivă a școalelor franceze și germane și cari nu sunt poate străine de influențarea spiritului medical francez transmis prin București și de determinisul cultural medical german al Ardealului.

Materia aceasta medicală, concepută astfel și tratată așa, a suferit deci determinismul unor influențe străine, precum el s-a exercitat și în alte manifestațiuni ale spiritului și culturii poporului românesc așezat într'o țară „de răspântie".

Metoda electică de a adopta dela alții tot ce este de valoare; de a-l adapta la condițiile locale ale poporului românesc, de a cerne prin discernământul, de a aplica cu măsura și de a expune cu claritatea — moștenite dela geniul latin; de a se folosi de un limbaj românesc, medical, pentru-că vorbim aci de medicină; — acestea trebue să fie atributele oricărei școli românești și deci ale ȘCOALEI MEDICALE ROMÂNEȘTI.

Școala medicală dela Cluj îndeplinește aceste postulate; generalizată va conduce la o concepție unitară pe care o va grăbi elaborarea unui mare Tratat medical și chirurgical românesc, eșit din colaborarea celor 3 facultăți de medicină din România și a celor mai autorizați specialiști din țară.

Inițierea acestei Școli rămâne marele merit al maeștrilor dela Cluj, iar elaborarea tratatului de față constitue opera lor capitală.

*M. C.*

* * *

## L'HYGIÈNE DE LA RACE

par

**D-r C. BANU**

Imprimeria Națională
București

Masson et C-nie — Editeurs
Paris

1939

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Această ultimă lucrare a D-lui D-r C. Banu în cadrul igienei sociale se ridică dela diferitele probleme sociale studiate pe plan național, în mod fragmentat, la aplicarea lor pe plan internațional, într'o lucrare de ansamblu.

Este o sinteză concepută pe plan universal a unui **Studiu de biologie hereditară care tinde la Normalizația rasei umane.**

Redresarea rasei umane, autorul n-o concepe în cadrul rasismului biologic limitativ care se practică azi în unele state ca Germania, ci în ambianța generală de ordin somatic, linguistic, cultural, politic, social și economic a fiecărei națiuni sau etnie sau popor, în care cu majoritatea națională conviețuesc și minorități de altă origine.

Autorul aplică în esență principiile Eugeniei la perfecționarea rasei umane, în cadrul fiecărei națiuni și printr'o politică de stat dirijată.

Lucrarea se împarte în 6 capitole.

Primele 5 capitole aplică la compunerea studiului de față toate noțiunile implicite de ordin teoretic, bazate pe principiile și pe scopurile higienei rasei; — expune importanța și actualitatea problemelor sociale rasiale; — arată că hereditatea constitue baza biologiei rasiale, diferitele tipuri constituționale rezultând din altoirea pe tulpina originală de caractere secundare, pe care interesele grădinarului de stat le fixează; — pentru investigația practică în problemele de higienă rasială se aplică anumite metode, pe care autorul le expune; — ca și metodele și rezul-

tatele cari se bazează pe studiile statistice; indispensabile în măsuri cari se adresează unor mase mari de populaţie.

Capitolul VI este însă acela care prezintă măsurile directe de luat pentru normalizarea rasei şi redresarea ei când ese din făgaş, şi cari măsuri tind la un scop triplu: „a menţine şi încuraja elementele normale, a elimina indivizii definitiv deficienţi, a recupera pe aceia cari sunt în parte sau temporar anormali".

Aceasta este în definitiv, după autor, definiţia termenului „normalizaţia rasei" şi acesta este scopul suprem al Higienei rasei"; adăogăm, în cadrul specificului biologic şi social al fiecărei naţiuni.

In măsurile cari tind la realizarea acestui scop sunt de luat:

**Măsuri preventive cu caracter social:** certificatul medical prenupţial ale cărui modalităţi să poată interzice în mod definitiv sau temporar o căsătorie sau să o permită; controlul preventiv al naşterilor, care să conducă la o raţionalizare a naşterilor prin legalizarea avortului eugenic şi social; lupta contra metissagului adică în contra încrucişării tipurilor de rasă diferită; —

**măsuri biologico-sociale:** scoase din studiul ştiinţific al heredităţii; segregaţia care comandă îndepărtarea sau izolarea de colectivitate a elementelor disgenice; sterilizarea preventivă a degeneraţilor şi criminalilor; —

**măsuri de igienă socială,** cari prescriu lupta contra boalelor sociale, în primul rând tuberculoza, boalele venerice, alcoolismul; —

**măsuri economice, fiscale şi sociale,** în cari acţionează sacrificiile pecuniare făcută de stat prin intermediul unei reforme fiscale, majorarea salariilor şi valorificarea muncei fiecăruia — pirn împrumuturi în vederea fondării unei familii, degrevări de impozite pentru familiile numeroase, măsuri economico-sociale în favoarea clasei rurale; —

**măsuri educative şi de propagandă,** prin educaţia părinţilor (şi prin corectarea sistemului de educaţie al elevilor în şcoli), carnetul de sănătate, prin fişa individuală de sănătate; —

**măsuri pentru organizarea oficială şi particulară a unei politice demografice şi rasiale,** cari sunt: arborele genealogic al neamului sau spiţei, însoţit de arhiva familiară şi de documentarea biologico-hereditară a respectivilor; comitete de specialişti însărcinate cu urmărirea politicei demografice şi rasiale; oficii de higienă rasială; oficii de hereditate — toate acestea fiind oficiale sau din iniţiativă particulară; —

**măsuri de higienă mintală,** prin o nouă orientare terapeutică a instituţiilor psichiatrice, prin legi de profilaxie mintală, prin dispensarii de higienă mintală.

Toate aceste noţiuni sunt însoţite de o amplă documentare de ordin practic, precum şi de textele legislaţiilor respective sau de istoricul lor în alte ţări.

Din înălţimea la cari sunt fixate, ca să cuprindă un orizont cât mai întins, îşi îndreaptă cu predilecţie privirea spre ţara noastră.

Această lucrare prin limba în care este scrisă intră în patrimoniul ştiinţei universale, spre mai marea laudă a ţării noastre.

Recompensa străduinţelor neîncetate ale autorului pe terenul higienei sociale nu poate fi decât adoptarea sau măcar inspirarea celor chemaţi permanent — instituţiile de stat, sau vremelnic — cei cari se perindă prin fruntea lor, din principiile expuse aci.

*M. C.*

* * *

## AFFECTIONS NON ULCÉREUSES DU DUODÉNUM

par

**I. PAVEL et A. PAUNESCO-PODEANU**

Masson, Paris, 1938.

Alături de ulcerul duodenal, la care cei mai mulţi practicieni încă reduc toată patologia duodenului, mai este o patologie, neulceroasă, prea puţin cunoscută şi încă şi mai rar diagnosticată.

Semnalată de mult, în mod parţial şi incidental, fragmentar şi fără continuitate, noţiunile respective trecute în tratatele mari de patologie dacă erau reţinute, sumar, de memoria celor ce preparau concursurile, nu trecuseră în practica medicală curentă.

In ultimul timp, procesele periduodenale au reţinut mai mult timp atenţia chirurgilor, compoziţia sucului duodenal extras cu sonda, pe aceea a specialiştilor în boalele tubului digestiv, şi diverticulii duodenali atenţia radiologilor versaţi.

A contribuit de sigur şi constatarea, la autopsie în aproape treimea cazurilor a leziunilor de duodenită — după cum afirmă D-l D-r I. Ch. Roux în „PREFAŢA" elogioasă ce scrie acestei noi lucrări de mare răsunet a D-lui D-r Pavel, după cartea publicată în colaborare cu D-l Prof. M. Chiray asupra Patologiei vesiculei biliare.

Un studiu de ansamblu al tutulor acestor afecţiuni neulceroase ale duodenului încă nu fusese scris, şi „Diagnosticul lor residual", cum îl numesc autorii în INTRODUCERE, nu venea la rând, decât după decantarea, adică excluderea tutulor celorlalte diagnostice.

Biblioteca Centrală Universitară Cluj

Este cu atât mai mare meritul autorilor care fixând un tablou clinic şi o simptomatologie proprie acestor afecţiuni, le-a făcut accesibilă diagnosticarea pozitivă.

In CAP. I se studiază **Fisiologia duodenului** în ceea ce priveşte secreţia exocrină şi endocrină a duodenului, absorbţia în duoden, bacteriologia duodenală.

In CAP. II se prezintă **Duodenitele**, pseudo-ulceroasă, hemoragică, de formă icterică, flegmonoasă, infecţioase specifice, toxice.

In CAP. III se studiază **Diverticulii duodenului.**

In CAP. IV: **Stazele duodenale**, mecanice şi funcţionale.

In CAP. V: **Tumorile duodenului.**

In CAP. VI: **Malformaţiile congenitale.**

In CAP. VII: **Paraziţii duodenului**, lambliaza, ankilostoma duodenală şi muguet duodenal.

La fiecare grup de afecţiuni se face, după împrejurări, istoricul fiziopatologia, tabloul clinic, radiologia, evoluţia şi complicaţiunile, diagnostic, tratamentul.

O bibliografie amplă documentează fiecare capitol.

Studiul acesta, ca şi cele anterioare ale D-lui D-r Pavel făcute în diversă colaborare, poartă pecetea Şcoalei franceze, sunt studii de ordin clinic, de sinteză, bazate pe fizio-patologie.

Se mai adaogă originalitatea concepţiilor şi a cercetărilor personale, cărora le stau la bază controlul sever şi o amplă documentare, în care contribuţia românească, câtă este, constatăm că este citată cu predilecţie.

Este tocmai ceea ce face valoarea şi asigură valabilitatea concluziilor unui studiu de ordin clinic, precum cel de faţă, a cărui prioritate şi deci originalitate în multe din chestiunile tratate este subliniată de un specialist de talia unui I. Ch. Roux, care concede că „dans cette région peu connue de la pathologie les auteurs auront eu souvent le mérite de poser les premiers jalons".

*M C.*

* * *

## AFECŢIUNILE INTESTINULUI GROS

de

**D-r ANDREI CÂRSTEA**

**1 vol. de 543 pag. cu 116 figuri în text. — Bucureşti, 1939.**

In cadrul unei colecţii intitulată „BIBLIOTECA DE MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE" care va fi publicată de autor împreună cu D-l D-r V. Plătăreanu, D-l D-r Andrei Cârstea, medic al Spit. Brâncovenesc din Bucureşti, prezintă AFECŢIUNILE INTESTINULUI GROS, cari constituesc I-ul volum din aceasiă colecţie.

Prefaţa acestei lucrări o scrie D-l D-r G. Băltăceanu, Profesor de Balneologie şi Dietetică la Facultatea de Medicină din Bucureşti, în serviciul căruia autorul a funcţionat ca medic secundar. D-sa laudă curajul autorului care s-a aventurat pe un teren aşa de dificil ca acela al boalelor intestinului gros, cu a cărui patologie a avut prilejul să se familiarizeze în calitate de elev al Prof. Teohari.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ante-prefaţa a fost solicitată D-lui D-r Victor Gomoiu, o personalitate ştiinţifică polivalentă de suprafaţă mondială, care posedă erudiţia întinsă a marelui istoriograf şi competinţa desăvârşită a chirurgului eminent, care tocmai pentru afecţiuni ale intestinului gros a deschis nenumărate burţi.

Autorul s-ar fi putut dispensa de a doua prefaţă, a unui elev ca şi D-sa al aceluiaşi maestru; căci îşi găsea o competinţă suficientă, când s-a apucat să scrie o întreagă bibliotecă, pe care numai o începea cu volumul de faţă; iar prima, unica şi adevărata prefaţă, scrisă de D-l D-r Gomoiu, mergea şi la Biblioteca de Medicină şi Chirurgie pe care o socoteşte drept o „operă naţională" ce întreprinde autorul, şi la volumul de faţă căruia îi aduce critici severe pentru formă, dar elogii nemăsurate în comentariile ce face asupra fondului.

O prefaţă atât de autorizată şi de complectă ar fi fost de ajuns, fără a mai lua în consideraţie motivele de ordin personal ce leagă pe autor de D-l D-r Gomoiu şi de Şcoala lui.

In Introducere autorul constată că literatura medicală română este foarte săracă, în cărţi de învăţătură medicală — de aceea înfiinţează

„Biblioteca de Medicină şi Chirurgie" *), în care crede că este bine să intre cu timpul şi cursurile stenografiate ale profesorilor, precum şi cărţile ce s-ar decide să scrie „alţi medici entuziaşti", în loc să umble după Titluri" şi să facă „Lucrări" pentru prea multele concursuri — cari în definitiv nici nu se ţin; şi explică motivele cari îl fac să înceapă cu volumul de faţă.

In Tratarea materiei se prezintă:

In CAP. I — **Anatomia** intestinului gros, cu 2 admirabile planşe desenate de D-l D-r Al. Seimeanu; —

în CAP. II — **Fiz.ologia** int. gros şi a apendicelui cecal; —

în CAP. III — **Semiolog.a,** cu toate informaţiile ce un examen f. bine condus permite a trage; —

în CAP. IV — **Examenul coprologic** cu degajarea sindromelor coprologice respective şi a anomaliilor de transit — cu iconografie reprodusă, nu personală; —

în CAP. V — **Anuscopia-Recto-Sigmoidoscopică,** cu dif. imagini normale reproduse, dar lipsind câteva anormale personale; —

în CAP. VI — **Examenul radiologic** al intestinului gros cu numeroase demonstraive imagini normale şi anormale personale (clişee D-r N. Banu); —

în CAP. VII — **Noţiuni de dietetică,** expuse în mod sumar dar complect; —

în CAP. VIII şi IX — **Constipaţia şi Diarea,** studiate în mod complect în cauzele, semnele, formele şi tratamentul lor; —

în CACP. X — **Colita muco-membranoasă,** cu teoriile patogenice, simptomatologia directă şi împrumutată dela afecţiuni cari evoluează paralel; —

în CAP. XI — **Apendicita** cu toate mecanismele patogenice, localizările tipice şi atipice al flegmonului apendicular şi evoluţia lor, cu toate punctele, semnele şi tabloul diferitelor forme clinice, complicaţii, regule de tratament — numele Prof. Gerota, D-r Gomoiu şi Poenaru-Căplescu fiind deseori citate; —

în CAP. XII — **Colitele,** difuze, segmentare şi pericolitele, ulceroase grave — precis puse la punct din toate punctele de vedere, mai cu seamă cele segmentare şi pericolitele, cu demonstrative imagini radiologice; —

în CAP. XIII — **Dizenteriile,** bacilare şi parazitare, cu menţionarea publicaţiilor lui Goia, Spârchez şi Gavrilă în formele cu Lamblia; —

în CAP. XIV, XV, XVI — **Sifilisu', Tuberculoza, Tumorile** intestinului gros, cu vechiul tuberculom cecal şi mai noile polipoze intestinale; —

în CAP. XVII — **Boala lui H rschprung** cu tratamentele de ultima oră;—

în CAP. XVIII, XIX — **Hemoroizii şi Plesnitura anală,** expuse în mod eminamente practic; —

---

*) O **Bibliotecă medicală românească** există deja; în rafturile ei la lacul de onoare stau volumele semnate de D-nii D-ri Banu, Brătianu, Danielopolu, Grota, Gomoiu, Haţeganu-Goia, Hortolomei, Iacobovici, Ionescu-Mihăeşti, Lupu-Petrescu, Manicatide-Cajal, Negru, Popovici, Rădulescu-Cluj, Teohari, Vasiliu, ş. a. cu acelaş caracter didactic care ne scapă.

Biblioteca pe care îşi propun a înfiinţa D-nii D-ri A. Cârstea şi V. Plătăreanu, va constitui mai mult o **Colecţie de Manuale,** de uz practic, în cari cea mai mare parte va fi scrisă de iniţiatori.

Cea ce rămâne de scris va fi un mare **Tratat de medicină şi Chirurgie,** românesc, despre care am pomenit în repetate rânduri, în felul marilor tratate străine, în fascicule, scrise de către cei mai autorizaţi specialişti români, cari grupaţi îşi vor asuma din vreme materia de tratat.

Ii va lipsi desigur caracterul unitar al Tratatului elementar de Semiologie şi Patologie medicală al colaboratorilor din şcoala de la Cluj, dar el va constitui un tratat complect analitic şi sintetic care să reprezinte întreaga Scoală medicală românească.

In el îşi are de pe acum aşezat locul fascicula D-lor Pavel şi Păunescu —Pădeanu, complectată de un chirurg cu afecţiunile ulceroase ale duodemului, precum şi Tratatul de Terapeutică al răp. Profesor Teohari.

în CAP. XX — **Localizările ano-rectale ale boalei Nicolas-Favre** cu importanta contribuţie românească, în special a lui V. Dimitriu şi Stoia, Nicolau şi Banciu; —

în CAP. XXI şi XXII — **Stenozele şi Viermii intestinali.**

Considerând în deaproape această importantă lucrare, cu care autorul îşi începe în mod fericit proectata bibliotecă, constatăm:

desigur o inexperienţă publicistică dar de ordin tipografic, care se poate uşor remedia în viitor; —

o bogată iconografie, care va câştiga dacă va fi cât mai personală sau de colaborare, nu reprodusă după diverşi autori, în special în ceea ce priveşte aspectele rectoscopice; —

un stil concis, precis, care fixează cu claritate noţiunile; şi care ajutat de o literă potrivită le-ar fi şi nuanţat în scris mai bine, cum remarcă D-l D-r Gomoiu; —

un limbagiu medical care păstrează franţuzisme când se poate lipsi de ele, precum „efort", „epreinte", în loc de sforţ, sforţare, scremete; o „Bibliotecă de medicină şi chirurgie" va fi şi mai românească, dacă ne-am sili cu toţi să făurim şi un limbagiu medical românesc; —

lucrarea nu face exces de nume proprii, cum i-ar fi fost uşor autorului care a frământat un material imens, făcând excepţie în favoarea bibliografiei româneşti; ceea ce se potriveşte cu caracterul oarecum didactic şi practic, ce urmăreşte autorul; —

în schimb excelează în descrieri complecte, în amănunte cari nu scapă nimic; —

sunt desigur omisiuni, în sensul că anumite părţi au fost mai rapid tratate, dar este dreptul autorului să treacă prin ciurul lui ceea ce vrea el, mai cu seamă când autorul are o aşa de bogată practică în materie, care socotim că ea l-a făcut mai de grabă să înceapă biblioteca cu tratarea afecţiunilor intestinului gros; —

dar sunt în schimb adaose de contribuţii de ultima oră, care figurează în prezent numai în publicaţiile periodice; aceste noutăţi, împreună cu bogăţia amănuntelor, fac din lucrarea de faţă un studiu unitar şi complect, metodic şi practic, care corespunde intenţiunilor autorului şi constitue marea valoare a acestei lucrări.

„Necesitatea reală" căreia corespunde cartea aceasta, sau „nevoia mai mare" a unei astfel de cărţi la noi, o subliniază în primul rând frequenţa covârşitoare în practica medicilor a afecţiunilor cari poartă asupra intestinului gros, necunoscute la timp şi prost tratate.

Am făcut aceste lungi observaţiuni, care nu sunt destinate a figura în prefaţa viitoarei ediţii, tocmai pentru-că apreciem valoarea deosebită a acestei cărţi şi-i dorim cât mai apropiată această ediţie.

*M. C.*

* * *

## IGIENA ŞI ESTETICA PĂRULUI

de

**Docent D-r AUREL VOINA**

Editura «Cugetarea», Bucureşti 1939.

D-l D-r Aurel Voina, Docent universitar de Dermatologie, şi-a propus a prezenta într'o serie de volume **Igiena şi Estetica diferitelor părţi cu piele ale corpului omenesc**, în cuprinsul cărora pielea joacă un loc important.

A început cu **Ingrijirea tenului**, a cărei apariţie am semnalat la timp în mod elogios.

Urmează acum **Igiena şi Estetica părului**, această anexă a pielei care când este situată la cap constitue şi o podoabă, pe lângă rolul biologic ce îndeplineşte.

In PARTEA I-a — IGIENA PĂRULUI, se tratează:

**Rolul părului în vieaţă**, dela legendă la realitate; —

**Structura anatomică**, care condiţionează vieaţa şi moartea, trecând prin decolorare şi chelie; —

**Igiena părului sănătos**, prin spălare cu apă şi cu sau fără săpun, pieptele şi perna de cap, tunsul, pălăria; —

**Igiena părului uscat**, rolul briliantinelor şi grăsimilor; —

**Igiena părului gras**, pielea seboreică, mătreaţa, căderea părului şi apariţia cheliei, rolul jucat de chelie în vieaţă — în istorie — în folklor — în biologia sexualităţii, câteva boli de păr şi evitarea lor.

In PARTEA II-a — ESTETIA PĂRULUI, se expune;

**Schimbarea culorii naturale a părului** prin încărunţire, decolorare şi vopsire, prin diferite ape, paste, tincturi vegetale — metalice — mixte; —

**Aranjatul estetic al părului** prin coafură, peruci, bucle, ondulat, frizat — dela manevra zilnică, atât de costisitoare, până la ondulaţia permanentă, atât de trecătoare; —

**Rasul** cu briciul sau maşina, tecnică.

PARTEA III finală, COAFORUL ŞI MESERIA LUI, se întinde dela bărbierul de altădată şi frizerul de eri, la coaforul de azi care, ca să câştige mai mult şi să se înobileze, numai coafează, deşi oricând poate să radă barba şi să tundă păr şi mustăţi.

Dar dacă femeile îşi încredinţează lor podoaba capului, uneori unică şi cu atât mai de preţ podoabă; iar bărbaţii îşi expun faţa şi gâtul briciului lor — dar maşina de ondulat, briciu, pieptene, piatră, puf, să fie curate, să nu te îmbolnăvească.

Iar aspectul exterior îngrijit al coaforului-bărbier, care vrea să fie şi artist, trebue să se armonizeze cu priceperea meşterului cum este înainte de toate, şi cu igiena localului în care chiar medicii, grăbiţi, n'au timpul să privească.

In tratarea diverselor capitole, autorul face incursiuni în domeniul istoriei, literaturei şi diferitelor arte plastice, aducând citaţiuni, printre cari cele de origine şi din isvor românesc abundă.

Această metodă măreşte puterea de documentare a lucrării, instrueşte şi trezeşte interesul cetitorului, care la fiece pagină află ceva nou, sau îşi împrospătează cunoştinţele.

Ceea ce remarcăm cu deosebire este tratarea subiectului în toate amănuntele şi în mod didactic.

Nimic nu scapă; detaliile se înşiră însă în mod natural, formând

un tot unitar şi complect; prins de interesul lecturii, urmăreşti intuitiv nararea şi constaţi că fiecare noţiune vine pe măsură şi la timp.

Această calitate a stilului curgător, viu şi colorat, face lectura nespus de plăcută, o prelungeşte şi nu obosesţe.

Iconografia prin numeroase reproduceri de tablouri celebre conferă cărţii un caracter artistic, la care se adaugă aspectul îngrijit, elegant chiar, al prezentării tipografice.

Ceea ce se acordă cu conţinutul care dacă tratează la început Igiena, adică utilul, în partea II-a prezintă Estetica adică frumosul, care nu poate decât să placă chiar celor cari preferă fondul interior serios formei exterioare îngrijite.

Cărţile D-lui D-r Voina se adresează tutulor, dar parcă se îndreaptă cu predilecţie către sexul frumos şi în orice caz către toţi cei cari se îngrijesc de persoana lor.

Cuprins, tratare, stil, aspect, sunt atâtea calităţi cari asigură tot succesul ce merită aceste folositoare şi frumoase apariţii în serie ale colecţiei ce întreprinde a scrie autorul.

Mai constatăm că formatul redus uşurează mănuirea, le favorizează frequenta consultare, adică privire în oglindă, şi le măreşte circulaţia.

Aceste calităţi le constituesc şi cea mai bună recomandaţie.

Cum în româneşte asemenea lucrări nu se găsesc, autorul — scriându-le — nu numai că „îmbracă într'o haină nouă (dar de croială personală) asemenea subiecte vechi", dar aduce o contribuţie proprie cât se poate de preţioasă, răspândind în masele largi ale publicului nişte noţiuni ştiinţifice atât de folositoare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

*M. C.*


SIROPUL NEURO TONIC GHEORGHIU

TONICUL NERVILOR şi AL MUŞCHILOR

Aprobat de Ministerul Sănătăţii

Apreciat de D-nii Medici Neurologi şi Internişti

în cazurile:

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

Marca preparatului

Reconfortant. Reconstituant. Tonic. Aperitiv.

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