ANUL XVII-lea, No. 8—12 AUGUST—DECEMVRIE 1944

ACTA MEDICA ROMANA

- MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ -

REVISTĂ CU APARIŢIE LUNARĂ DE
MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE GENERALĂ

COMITET DE DIRECŢIE ŞTIINŢIFICĂ:

P-r C. ANGELESCU
Preşedinte al Academiei de Medicină şi al Academiei de Ştiinţe din România

P-r D. DANIELOPOLU
S-tar g-ral al Academiei de Med. din România. Membru al Acad. de Med. din Paris

C. LEVADITI
de la Institutul Pasteur Membru al Academiei de Medicină din Paris

P-r M. CIUCĂ
Membru al Academiei Române şi al Academiei de Medicină

V. GOMOIU
Preşedinte al Soc. Intern. de Istoria Medicinei. Membru al Acad. Nacional de Medecina din Madrid şi al Royal Society of Medicine din Londra.

P-r ST. NICOLAU
Membru al Academiei de Medicină din România

P-r C. DANIEL
Membru al Academiei de Medicină din România, din Paris şi din Roma

P-r IONESCU - MIHĂEŞTI
Director al Inst. „D-r I. Cantacuzino", Membru al Acad. de Med. din România

P-r C. I. PARHON
Membru al Academiei Române şi al Academiei de Medicină

DIRECTOR:
M. CANCIULESCU
Membru al Academiei de Medicină

BCU Cluj / Central University Library Cluj

SUMARUL

Pag.

NECROLOG

S. IRIMESCU: La înmormântarea lui Petruş Niculescu . . 445

CRONICĂ MEDICALĂ

M. CANCIULESCU: Crearea de noui Facultăţi de medicină. Adaptarea învăţământului medical la nevoile sanitare ale ţării . 447

LUCRĂRI ORIGINALE

GH. CORONDAN şi ALEX. AL. POP: Anomalie musculară rară. Ridicătorul glandei tiroide 451

G. I. GRAMA: Consideraţiuni asupra chistului osos esenţial, în legătură cu 3 cazuri 455

Prof. D-r V. PAPILIAN, Conf. D-r I. G. RUSSU şi D-rd V. V. PAPILIAN: Sistem depresor în nervii periferici 459

I. M. POPESCU: Paralizia ascendentă acută. Sindromul lui Landry 465

I. RADVAN: Sur l'emploi de l'ephedrine dans le traitement coadjuvant du paludisme 473

(Urmare pag. 2 cop.

6691

SCRISUL ROMÂNESC, CRAIOVA

Pag.

Prof. D-r EM. ŢEPOSU, M. POPLUCA şi I. BIRĂU: **Neoplasmele testiculare. Studiu clinic şi statistic** 481

Prof. D-r TITU VASILIU: **Raport asupra învăţământului anatomiei patologice în facultăţile de medicină şi modificările ce s'ar impune** . 501

N. I. ZAHARIA: **Frecvenţa sezonieră a pneumoniei lobare acute** 509

MEDICINA SOCIALA

S. IRIMESCU: **Aspecte noui în gruparea medicilor. — Sindicate şi Asigurări Sociale** 513

ISTORIA MEDICINEI

V. GOMOIU: **Chirurgia românească.** — Partea III-a. . 519

FAPTE CLINICE

CAIUS V. ANTONESCU şi D-rd R. GRAPINI: **Activitatea ambulanţei de radiologie dela Oficiul Asigurărilor Sociale din Sibiu pe anul 1943/44** 529

GH. COSTĂCHESCU, COSTIN G., POPA ŞERBAN şi DOBRESCU O.: **Calcul vezical de o mărime puţin obişnuită** . . . 533

A. LAMBESCU: **Note de Chirurgie de războiu** 537

H. MAKELARIE: **Asupra unui caz rar de hemoragie uterină la o gravidă, întovărăşind expulsia placentei** . 541

ŞT. MATACHE: **Coincidenţa: Eritrodermie neosalvarsanică şi scabie** 545

M. POPLUCA: **Asupra unui caz de gangrenă septică fulgerătoare a organelor genitale externe (tip. Fournier)** 549

V. SĂBĂDEANU: **Obstrucţia canalului lacrimo-nasal în legătură cu un focar infecţios dentar** 552

ANALIZE

DAN BERCEANU: **Chirurgia de războiu** 555

M. TEŞOIU: **Osteomielita.** Anatomie, Clinică, Terapeutică . 556

INST. CANTACUZINO: **Manual de boli infecţioase cu noţiuni de profilaxie, seroterapie şi vaccinaţiuni** 557

I. DRĂGOIU: **Elemente de istologie şi de tehnică microscopică** 558

G. BANU: **Tratat de medicină socială** 560

GRIG. DAVIDESCU: **Clinică oftalmologică practică** . . . 562

Prof. D-r D. NEGRU: **Radio-Diagnostic clinic** 563

TH. MOISESCU: **Manual de Semiologie elementară a aparatului respirator** 566

*

Colaboratori... pag. 437. — **Din sumarele viitoare...** pag. 438. — **Lucrări primite la redacţie...** pag. 440. — **Publicitate farmaceutică...** pag. 442. — **Condiţiile de publicare, publicitate şi abonament...** Cop. III.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CONDIŢIILE DE PUBLICARE, PUBLICITATE ŞI ABONAMENT

Corespondenţa cu privire la chestiuni de *Redacţie şi Ad-ţie* se va adresa la *Sediul revistei:* Craiova, Str. Sf-ţii Arhangheli, 5.

Manuscrisele vor fi dactilografiate sau scrise citeţ.

Odată cu articolul, autorii vor trimite un scurt *Rezumat* în limbile română, franceză, germană şi italiană.

Se refuză articolele de polemică personală, caşi cele apărute într'o altă revistă din ţară.

Revistele generale, articolele de fond şi lucrările originale vor fi publicate întregi, fără urmare într'un alt număr; ele nu vor depăşi 6 pagini de tipar*), faptele clinice 2 pagini*).

Paginile în plus vor fi plătite de autori, câte 1000 lei pagina.

Pentru *Extrase*, al căror număr se va indica, tariful este:

	50 ex.	100 ex.
1- 4 pag.	Lei 800 —	Lei 1000.—
5- 8 „	„ 1100.—	„ 1300.—
8-16 „	„ 1400.—	„ 1600.—

Costul clişeelor ca şi al planşelor în afară de text, din revistă şi din extrase, priveşte pe autor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Analizele lucrărilor originale vor fi scurte (cel mult 15 rânduri de tipar, aproximativ 30 rânduri scrise). Vor începe cu autorul, titlul lucrării în româneşte, titlul original pus în paranteză, revista, numărul, anul, pagina.

Anunţurile publicitare se angajează direct şi numai prin Ad-ţie, după un tarif expediat la cerere.

Abonamentul anual este de:

Lei 1.000 pentru Studenţi
„ 2.000 „ Medici
„ 3.000 „ Instituţiuni şi Autorităţi

Abonamentul se trimete *anticipativ*, prin mandat poştal, revista neavând încasator.

Schimbarea adresei se va anunţa la timp.

---

*) Din cauza costului de imprimare al revistei şi în faţa creşterii continui a preţurilor — pentru a asigura apariţia regulată a revistei, Ad-ţia este nevoită a reduce gratuitatea la 6 pag. pentru articolele originale şi la 2 pag. pentru cazurile clinice, restul fiind plătit de autori.

TERAPEUTICA STIBIATA INTRAMUSCHIULARA PRIN

ANTHIOMALINE

ANTIMONIO-TIOMALAT DE LITIU

SOLUTIE APOASA TITRAND 6% SARE
(0,01 gr. de Sb pe cc.)

PREZENTA SULFULUI IN MOLECULA

Cutii de 10 fiole de 1 cc. şi 2 cc.

INJECTII INTRAMUSCHIULARE
Toleranţă locală şi generală excelenţă

BOALA LUI NICOLAS FAVRE
(locarizări inguinale şi rectale)
LEIŞMANIOZE VISCERALE ŞI CUTANATE
BILHARZIOZE VEZICALE
HEPATICE ŞI INTESTINALE

2 până la 3 injecţii pe săptămână, dela 1 la 3 cc.
SERII DE 20 INJECTII

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE
21, Rue Jean Goujon • Paris 8ème

Propagandă Medicală: „SPECIA" str. Anastasie Simu 6-Bucureşti III

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CREAREA DE NOUI FACULTĂŢI DE MEDICINĂ

Ministerul Sănătăţii Publice, pus de curând sub conducerea D-lui Profesor Doctor D. Danielopolu, a conceput Organizarea sanitară a Statului prin adaptarea învăţământului medical la nevoile sanitare ale ţării. A început-o astfel, cu începutul. A cerut medici în număr suficient, şi medici pregătiţi, ceea ce va conduce la reformarea învăţământului medical şi la crearea de noui facultăţi de medicină.

Lăsând pentru altădată prezentarea reformei învăţământului medical, astfel cum trebue să se facă, ne vom ocupa în cadrul acestei Cronici de crearea noilor centre medicale de caracter universitar.

In spiritul acestei reforme epocale pentru medicina românească, cari vor conduce la democratizarea învăţământului medical, D-nul Prof. Danielopolu, care de ani de zile — în calitate de raportor principal în problema învăţământului medical la Congresele Federaţiei medicale latine, al cărei unul din Vice-Preşedinţi este, şi de fost Preşedinte al Asociaţiei Medicilor din România — a luptat neostenit şi desinteresat în favoarea sănătăţii publice şi a corpului medical românesc, a propus crearea a 2 noui Facultăţi de Medicină. Ministerul Culturii Naţionale de sub conducerea D-lui Şt. Voitec a şi luat măsuri pentru înfiinţarea deocamdată numai a uneia dintre ele.

De ce este nevoe a se înfiinţa noui Facultăţi de Medicină?

Pentrucă ne trebue un număr cel puţin dublu de medici decât cel existent în prezent şi Facultăţile actuale de medicină nu-i vor putea scoate. Dela 1 medic la 8000 până la 15000 locuitori în mediul rural, cum este în unele judeţe ale ţării, trebue să ajungem cel puţin la 1 medic pentru 3500 până la 4000 locuitori, dacă nu la 1 medic pentru 1000 oameni ca în armată. In prezent nu avem decât circa 8000 medici, dintre cari mai mult de jumătate în Bucureşti şi în câteva oraşe mari ale ţării.

Actualele 3 Facultăţi de Medicină, cea dela Bucureşti, cea dela Iaşi, şi cea dela Cluj-Sibiu, — cari, cea dela Bucureşti de aproape 100 ani, dela Carol Davila, şi cea dela Cluj de 25 ani, dela întregirea neamului, n-au dat nici jumătate din numărul de medici de cari avem nevoe — nu pot cuprinde şi instrui un număr mai mare de studenţi decât permite capacitatea localurilor lor, a per-

sonalului lor didactic și a materialelor de pus la dispoziție. Au mai încercat să-i cuprindă în anii dela 1922 până la 1927, dar au scos cele mai slabe serii de medici, dintre cari unii nu și-au trecut examenele decât foarte târziu, iar alții au imprimat generației lor caracteristica altor preocupări decât cele ale apostolatului medical. Cu toate avertismentele decanatelor respective cari trebuiau să țină seamă de croiala hainei pe trup, fosta conducere sanitară din trecutul mai apropiat (pe cele din trecutul mai îndepărtat nu le-a preocupat de loc problema numărului și a pregătirii medicilor de care aveau nevoe), în loc de a reclama crearea de noui facultăți de medicină, a reeditat greșeala anterioară. Numai a anunțat, ca un divertisment ocazional, la Congresul Corpului Medical Oltenesc, ținut la Craiova în anul 1942, crearea unei facultăți de medicină la Craiova, de care de a doua zi nu s'a mai preocupat. A adresat un „apel" pentru înscrierea în anul I al facultăților de medicină existente a tineretului studios, de ambele sexe, în număr de 1000 până la 2000 studenți, cari și fără chemare lăuntrică urmau să se bucure de anumite avantaje inerente stării de război—și băeții și fetele au răspuns la chemare în număr suficient. Pentru instruirea lor le-au pus însă la dispoziție toate spitalele și serviciile existente din București, însărcinând cu oficiul de instructori personalul lor conducător — ca și când numai spitalele din Capitală ar fi apte pentru realizarea acestui scop, iar medicii insuficient pregătiți, și pentru ei necum a pregăti pe alții, s'ar găsi numai în afara centrelor universitare. Expedient ușor și de-adreptul periculos.

Aglomerarea în număr mare a studenților într'un centru universitar (și Capitala a cuprins într'un an până la 30 mii studenți), prezintă inconveniente multiple: în ceea ce privește gradul de pregătire și soliditatea instrucției căpătate; greutățile de întreținere a studenților lipsiți de mijloace, cum sunt cea mai mare parte din ei departe de locul de origine, și siliți să recurgă la slujbe sau la expediente felurite de subsistență, într'un oraș suprapopulat; lipsa de igienă și salubritate a locuințelor; imposibilitatea unui control permanent și eficace — inconveniente grave în timp de pace, dar de război.

Descentralizarea, care aduce cu ea descongestionarea, se impunea încă de mult, ca o măsură de necesitate; azi constitue un comandament care trebue satisfăcut în mod imperios și de urgență, fiind date condițiile prezente de funcționare ale tutulor centrelor noastre universitare. Se va pune cu aceiași acuitate și după reinstalarea Universităților din Iași și Cluj.

Sustragerea unei masse mari de studenți din centrele supraîpopulate, prin crearea de noui centre universitare, va înlătura desavantagiile multiple ale unei centralizări excesive, de ordin didactic și administrativ, și va da impuls de viață nouă provinciilor și orașelor lor. Cu avântul vieței culturale, va crește prosperitatea economică; se va netezi structura socială, se vor suda convingerile politice, se va consolida baza națională. Promovarea regionalismului cultural va apropia sufletele, pe cât ameliorarea condițiilor economice va înlătura divergențele.

Biblioteca Universității Cluj / Central University Library Cluj

Se vor aşeza noile facultăţi în oraşele cu trecut istoric şi cultural, luându-se în considerare situaţia lor pe harta geografică a ţării; densitatea populaţiei regionale; menirea culturală a noilor focare de lumină, ca să lumineze cât mai departe împrejur, în primul rând înlăuntrul hotarelor ţării. Va interveni în alegerea acestor centre, desigur, şi împrejurările politice şi sociale, dar consideraţiunile de ordin naţional vor avea întâietate.

De ce prima Facultate de medicină nou creată trebue să ia fiinţă în Oltenia, la Craiova.

Dintre oraşele cari se recomandă la noi cu precădere, pentru a constitui centre universitare, primul este Craiova. Craiova este capitala Olteniei, iar Oltenia a constituit de veacuri bastionul românismului etnic şi spiritual.

In Oltenia au luat naştere toate mişcările mari de redeşteptare naţională şi de revendicări sociale; din Oltenia au plecat întregitorii de neam şi de hotare. Ca suflet, Olteanul are un specific care îi constitue o individualitate puternică în comunitatea românească. In Oltenia s'a tipărit prima carte bisericească; la 11 ani după Mitropolia Ungro-Vlahiei, cea mai veche, a luat fiinţă Episcopia Râmnicului şi a Noului Severin; s'au ridicat cele mai vechi şi mai numeroase mânăstiri şi biserici. Economiceşte, Oltenia este una dintre cele mai bogate regiuni ale ţării, în situaţia de a practica cel mai favorabil regim de descentralizare şi de a asigura întreţinerea instituţiunilor sale.

Oltenia este totuşi singura regiune din ţară, şi vedem care regiune, lipsită de orice şcoală de grad superior. Poate, pentrucă a procurat rectori, decani şi profesori tutulor Academiilor şi Universităţilor româneşti, nereţinând pe niciunul pentru o Universitate a ei, o **Universitate a Olteniei.**

Capitala Olteniei este Craiova, Craiova este situată nu la margine de de hotare, ci în mijlocul celei mai dense şi mai autentice, etnic şi spiritual, populaţii româneşti. Ca trecut istoric, Craiova este locul de origine al lui Mihai Viteazu şi Cetatea vechilor Bani. Cultural, Craiova are la spate o tradiţie; — posedă şcoli secundare de băeţi (Colegiul Carol I) şi de fete (Şcoala de fete „Elena Cuza") cari au depăşit centenarul; — a dat Ţării mari cărturari, unii savanţi în toată accepţiunea cuvântului, precum un I. Ţiţeica; oameni politici mari, precum un N. Titulescu; artişti mari, precum un Gabrielescu. Pe plan spiritual, Craiova este sediul unei Mitropolii, noua Mitropolie a Olteniei, Râmnicului şi Severinului. In domeniul medical, Oltenia şi în special Craiova, în şcoalele căreia au învăţat, a dat celorlalte Facultăţi de medicină din ţară numeroşi profesori universitari, printre cari până deunăzi pe decanii Facultăţilor de medicină din Bucureşti şi Cluj; — la Craiova se respiră de mulţi ani o atmosferă medicală de ordin ştiinţific, prin existenţa de Societăţi şi Reviste medicale precum: „Cercul Medico-Farmaceutic" înfiinţat în anul 1902; „Societatea de Medicină din Oltenia", cu filiale în toate capitalele de judeţ, întemeiată în anul 1934, şi care îşi publică activitatea în buletinul său „Oltenia Medicală"; revista „Mişcarea Medicală Română", care se află în al 17-lea an de existenţă, are colaboratori de frunte din corpul uni-

versitar al tutulor Facultăţilor noastre de medicină şi face cunoscută peste hotare medicina românească; — Craiova posedă numeroase spitale mari în frunte cu Spitalul Filantropia cu capacitate până la 600 paturi şi cu posibilităţi de a adăposti clinici universitare; dispensare-spital, printre cari grandioasa instituţie a Casei Asigurărilor Sociale; policlinici; azile; centru de ocrotirea copiilor; centru antirabic; şcoli de surori-infirmiere, moaşe, agenţi sanitari; — Craiova posedă localuri proprii de a adăposti o întreagă Universitate, cu anexe, laboratoare, internate — necum o singură facultate.

Numai de binefăcători mari n'a avut parte Craiova. Poate că este un sens al vremurilor noi ca Oltenia şi Capitala ei, Craiova, să-şi datorească ridicarea pe plan cultural democraţiei pe cale de instaurare şi la noi.

Până la crearea unei Universităţi a Olteniei, Facultatea de medicină va putea fiinţa în cadrul universităţilor vecine, în primul rând în cadrul Universităţii Banatului de curând creiată, cu Banatul Oltenia având de secole legături puternice de ordin spiritual şi economic.

M. CÂNCIULESCU
Membru al Academiei de Medicină

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Institutul de Anatomie Umană Cluj-Sibiu
Director: Prof. D-r Victor Papilian

ANOMALIE MUSCULARĂ RARĂ. RIDICĂTORUL GLANDEI TIROIDE

de

D-r GHEORGHE CORONDAN şi **ALEXANDRU AL. POP**

Dispoziţiuni anatomice variate sau deviate dela tipul normal se găsesc destul de des. Unele dintre ele însă prezintă o valoare deosebită, fie prin interpretarea filo- sau ontogenetică, fie prin interesul practic, fie prin raritatea ei, natural în raport cu importanţa ei funcţională.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Astfel la cadavrul unui bărbat în vârstă de 23 ani, sucombat la 7 Decemvrie 1943, cu diagnosticul clinic de sindromul lui Parkinson, am găsit prezenţa muşchiului ridicător al glandei tiroide.

Cum în intervalul 1927—1944 această apariţie a fost semnalată numai de trei ori la Institutul de Anatomie Cluj-Sibiu; ultimul caz raportându-se la un număr de 352 cadavre, credem că este interesant a-l însera în literatura anatomică.

Iată descripţia anatomică a anomaliei:

La disecţia regiunii anterioare a gâtului, în regiunea suprahioidiană n'am găsit nimic deosebit de remarcat. Trecând la regiunea subhioidiană, am găsit o variaţie destul de frecventă a ansei hipoglosului din partea stângă. Ansa, formată din unirea ramurei descendente a plexului cervical cu ramura descendentă a hipoglosului, era situată între carotida primitivă şi jugulară, la 2 cm. deasupra încrucişării pachetului vasculo-nervos cu omohioidianul. Ansa avea o formă de V şi la vârf forma o singură ramură nervoasă lungă, care după un traiect de 15 mm. se împărţea în 4 ramuri, 2 pentru omohioidian, 1 pentru sterno-hioidian şi una pentru sterno-cleido-hioidian. Ramura descendentă descrisă mai sus mergea în şanţul anterior dintre carotidă şi jugulară.

Disecţia mai amănunţită a muşchilor subhioidieni ne-a evidenţiat un fascicol, format aproape în întregime de fibre muşculare care se întindeau între osul hioid, cartilagiul tiroid şi istmul glandei tiroide. Fascicolul muscular, lat de 9—10 mm. şi lung de 5,5 cm. (fibrele cele mai lungi) era aşezat în dreapta, lăsând marginea lui internă chiar pe linia mediană. În sus se insera pe $^1/_2$ inferioară a feţei posterioare a corpului osului hioid, la dreapta liniei mediane, pe o suprafaţă de 1 cm^2.

Accentuăm că niciun fascicol nu se insera pe marginea inferioară a osului. De aici corpul muşchiular mergea în jos, vertical şi ajungând la cartilagiul tiroid

Bibliotecă Universitară Cluj ROMANIA

se bifurca. Porţiunea posterioară care era lată de 6—7 mm. şi depăşea puţin lateral fascicolul descendent, se insera pe faţa anterioară a cartilagiului tiroid, pe o linie paralelă, dar deasupra liniei oblice cu câţiva milimetri. Porţiunea anterioară continua în jos direcţia iniţială a muşchiului, mergând spre glanda tiroidă.

Glanda, de un volum redus, uşor atrofică, avea un istm bine reprezentat. Piramida lui Lalouette lipsea. In stânga s'a evidenţiat o tiroidă accesorie de mărimea unui bob de linte, situată pe faţa anterioară a membranei crico-tiroidiene, la o distanţă de 2 mm. de marginea superioară a istmului.

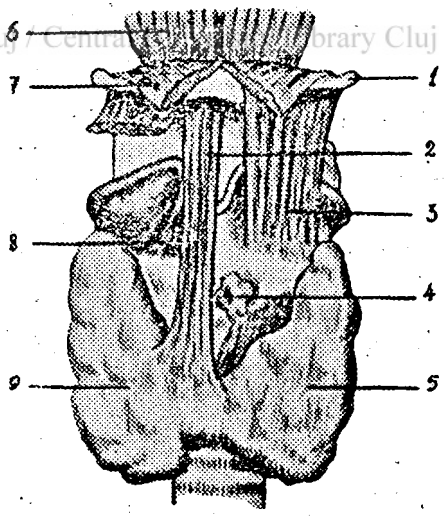
Extremitatea inferioară a muşchiului, după ce se lărgea puţin în formă de evantai, se pierdea pe capsula proprie a glandei tiroide. Cele mai multe fibre treceau anterior, unele se inserau la nivelul marginei superioare a istmului, trecând puţin şi pe lobul lateral, iar câteva fibre numai se pierdeau în capsulă la nivelul feţei posterioare. Fibrele anterioare cele mai interne depăşeau puţin linia mediană.

Grosimea muşchiului varia între 1—3 mm. In ceea ce priveşte raporturile, muşchiul era situat înapoia sterno-cleido-hioidianului. Marginea internă a muşchiului depăşea însă sterno-cleido-hioidianul, venind în raport cu fascia cervicală mijlocie, care îi trimitea o expansiune formându-i o teacă subţire. Marginea externă a muşchiului era lipită de tiro-hioidian, iar marginea lui internă, după cum am menţionat înainte, era situată pe linia mediană. Faţa posterioară a muşchiului venea în contact de sus în jos cu: membrana tiro-hioidiană, cartilagiul tiroid şi cu o mică porţiune a membranei crico-tiroidiene.

Acest muşchi hio-tiro-glandular primea o ramură nervoasă direct din trunchiul hipoglosului, care pătrundea în el la nivelul marginei lui externe, în dreptul bifurcaţiei, trecând în drum înaintea tiro-hioidianului.

Trebue să remarcăm, că aproape întregul fascicol era format numai din fibre muşchiulare. Am găsit câteva fibre scurte tendinoase, la nivelul inserţiei superioare; inserţia inferioară se făcea exclusiv prin fibre muşchiulare, care se pierdeau pe capsula proprie tiroidiană. Toţi ceilalţi muşchi subhioidieni erau prezenţi şi corespundeau descrierii clasice.

BCU Cluj / Central University Library Cluj



1 osul hioid, 2 muşchiul ridicător al glandei cu 8 fascicolul accesor, 3 m. tiro-hioidian, 4 gl. tiroida accesorie, 5 gl. tiroidă (lob stg.) şi 9 lobul drept, 6 m genio-hioidian, 7 m milo-hioidian.

Dispoziţia prezentată de ansa hipoglosului este frecventă şi doar ramura eferentă unică din care provin nervii muşchilor subhioidieni se poate considera ca demnă de remarcat.

După ipotezele admise în prezent, ansa hipoglosului conţine fibre motorii provenite exclusiv din plexul cervical (dela I—III-a pereche).

De asemenea, după Holl, singur muşchiul tiro-hioidian, care nu este inervat din ansă, primeşte fibrele din plexul cervical. Probabil că ramura nervoasă destinată în cazul nostru muşchiului hio-tiro-glandular avea fibre de origine cervicală care prin anastomoza plexului cervical cu hipoglosul au urmat traectul acestuia din urmă, pentru a ajunge la destinaţie.

Muşchiul ridicător al glandei tiroide a fost descris de o serie întreagă de autori, care au încercat să-i explice provenienţa şi i-au dat diferite denumiri, ca: ridicător al glandei tiroide, levator glandae thyroidae ante, (ventralis), m. hio-glandularis, tireo-hio-glandulares, levatores gl. thyroidae poster. (dorsalis), faringo-glandulares, etc.

Soemmering a semnalat primul acest muşchi întins între osul hioid şi glanda tiroidă, şi care ar fi un fascicol aberant al muşchilor sub-hioidieni; el ar fi un organ atrofiat şi rudimentar, fără nicio acţiune (Testut).

Poirier-Rouviere, împart muşchii care se înseră pe glanda tiroidă în două categorii. O anomalie foarte rară o constituie muşchiul tiro-glandular (între cartilagiul tiroid şi glanda tiroidă) descris de Grüber, Ledouble şi Juvara, iar o anomalie mai frecventă ar fi muşchiul hio-tiro-glandular semnalat prima dată de Soemmering, muşchi care provine din tiro-hioidian. In multe cazuri ridicătorul glandei tiroide se înseră la nivelul piramidei. Cercetările istologice ale lui Godast, Grüber, Walsham şi Macalister au precizat existenţa reală a fibrelor muşchiulare la acest nivel. (Poirier).

Eisler deosebeşte trei varietăţi ale muşchilor glandulari, conducându-se după inervaţie. Fascicolele inervate de hipo-glos ar proveni din tirohioidian, cele inervate de laringeul superior fac parte din crico-tiroidian, iar cele inervate din pneumogastric (?) direct ar reprezenta o porţiune din constrictorul inferior al faringelui.

Acest autor caută să stabilească o legătură între anomaliile de desvoltare ale glandei tiroide, în deosebi ale piramidei şi între prezenţa acestui muşchiu. El îşi bazează această ipoteză pe prezenţa fibrelor muşchiulare striate în grosimea ţesutului glandular tiroidian, în unele cazuri. (Wölfler şi Streckeisen).

Au mai semnalat existenţa muşchiului ridicător al glandei tiroide Fürbringer, Streckeisen, Civalleri etc.

In literatura recentă asupra acestui muşchi semnalăm cazul lui Russu. Cazul aparţine de asemenea unui cadavru disecat în Institutul de Anatomie dela Cluj. Russu descrie un muşchi ridicător al glandei tiroide, întins între osul hioid şi glandă la dreapta, inervat de o ramură din ansa hipoglosului destinată muşchiului sterno-cleido-hioidian. In cazul acesta piramida lui Lalouette lipsea iar istmul era întrerupt pe linia mediană.

In colecţia de anomalii a Institutului de Anatomie Clui-Sibiu, am mai găsit încă un caz de muşchi hio-tiroidian, Levator glandae thyroidae, disecat de Bucheru. Muşchiul era situat în partea stângă (!)

având inserţia sa superioară pe osul hioid, alături de tiro-hioidian şi inserţia inferioară pe lobul stâng al glandei tiroide, la nivelul feţei anterioare. Cazul n'a fost publicat.

In privinţa funcţiunii muşchiului ridicător al tiroidei trebue să ne asociem părerii emise de Russu: „Este exclus, ca acest muşchi atât de bine conformat să nu fi putut avea, cum susţin unii autori, nicio acţiune. Mai plauzibil este, că acţiunea sa să nu aibă nicio importanţă în fiziologia aparatelor regiunii".

In ceea ce priveşte anatomia comparată, nu pare să se fi găsit la mamifere fascicole aberante, care să se însere pe glanda tiroidă, (Eisler).

Muşchiul ridicător al glandei tiroide ar putea fi întâlnit, bineînţeles foarte rar, în intervenţiunile executate asupra tiroidei. Probabil că se confundă, mai ales în cazurile când se înseră pe faţa anterioară a glandei, cu acele câteva fibre profunde ce mai rămân în contact cu glanda, după secţiunea planului muşchiular. Ar putea masca, în unele cazuri piramida.

Ar fi interesant de studiat raporturile muşchiului cu conductul sau tractul tireo-glos. In cazul nostru, din cauza conservării defectuoase a cadavrului, nu ne-am putut gândi la acest studiu.

BIBLIOGRAFIE:

P. Eisler: Die Muskeln des Stammes — Bardeleben Hdb. der Anat. 1912.
L. Testut: Tr. d'Anatomie Hummaine Ed. VII.
Poirier-Charpy: Tr. d'Anatomie Hummaine Ed. II.
Rauber-Kopsch: Anat. des Menschen Ed. XVI.
I. G. Russu: Ardealul Medical No. 1/1942.

Silental
Liniste prin SILENTAL
Reprezentanţa p. România: S. I. F. S. A. R. Bucureşti IV, Avram Iancu 32

CONSIDERAŢIUNI ASUPRA CHISTULUI OSOS ESENŢIAL, IN LEGĂTURĂ CU 3 CAZURI.

de

D-r GHEORGHE I. GRAMA

Se cunoaşte sub această denumire, o leziune osoasă benignă-distrofică, care apare în mod izolat şi care se localizează în majoritatea cazurilor în metafiza oaselor lungi. Chistul osos esenţial îl întâlnim la copii şi adolescenţi, prezentându-se sub formă chistică uniloculară. Caracterele radiologice ale acestei afecţiuni au fost precizate de către Beck în 1903, iar Mikulicz o diferenţiază în 1904 ca entitate anatomoclinică, denumind-o osteo-distrofie juvenilă chistică. La noi, Cureleanu în teza sa adună 12 cazuri publicate în literatura medicală română.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Se întâlneşte mai des în perioada de creştere, între 6—15 ani şi este mai frecvent la băieţi decât la fete, ceiace a determinat pe mulţi autori să încline spre o etiologie traumatică.

La noi, prof. Cosăcescu a observat 3 cazuri de chiste osoase esenţiale. Se crede că aceste chiste apar pe terenul unei turburări de circulaţie. Pommer, Lang, Looser, consideră chistele osoase ale tinerilor drept provenite din hematoame. Pot avea o etiologie traumatică, fără ca să fie însă, o etiologie traumatică pură, metafiza inferioară este mai rar interesată. In ordinea frecvenţei de apariţie avem: femur, umer, tibiile. După Forni şi Cureleanu 26—30% din localizări sunt în extremitatea superioară a humerului, 24% în extremitatea superioară a femurului şi un procent mai redus în extremitatea superioară a tibiei. In diafiza osoasă a fost observat în mod excepţional, 10% din cazuri, după Forni.

Aspectul macroscopic al osului este următorul: Corticala este subţiată, iar sub ea se află o cavitate, aproape ovoidă sau rotundă, care ocupă bulbul osos şi uneori o parte din diafiză. In cavitatea se găseşte un lichid sero-citrin sau hemoragic, conţinând hematii, leucocite, fibrină. Nu găsim o membrană proprie endotelială şi deci nu poate fi vorba, decât de un pseudochist.

Din punct de vedere microscopic, peretele cavităţii prezintă o structură fibroasă, iar pereţii sunt căptuşiţi cu un ţesut fibros. Periostul este îngroşat şi fibrozat. In toate cazurile găsim celule gigante.

Simptomatologia chistului osos solitar este foarte redusă, putând lipsi complect uneori, iar primul simptom cu care se manifestă este fractura patologică. Inceputul afecţiunei, deasemenea nu poate fi precizat. Durerea nu se întâlneşte în mod constant, ci apare la oboseală, ori în urma unui traumatism. De cele mai multe ori, durerile sunt puse pe seama unui reumatism. Tumefacţia apare la nivelul chistului, iar tegumentul şi părţile moi au aspect normal, fiind mobile pe os. Articulaţiile vecine nu sunt interesate, ganglionii regionali nu sunt prinşi, atrofia musculară lipseşte iar starea generală este nechimbată.

Fractura patologică, reprezintă simptomul obişnuit cu care se manifestă chistul. Din statistica lui Cureleanu, 85% din cazuri s'au manifestat prima dată cu fractură sau traumatism.

In mod obişnuit, fractura survine în urma unui traumatism neînsemnat, iar simptomele cu care se manifestă fractura sunt foarte atenuate: durerea mai puţin pronunţată, echimoza discretă (în cazul nostru lipsea), edemul şi deformaţia reduse. Fractura este deobicei incomplectă după Fomiii.

Examenul radiologic se bazează pe triada stabilită de către Beck: 1) imagine ovalară sau triunghiulară cu baza către epifiză, corticala subţiată. 2) transparenţă omogenă a cavităţii. 3 localizare metafizară, cu respectarea cartilajului diafizo-epifiziară.

Metafiza este regulat mărită, prezentând o suprafaţă clară omogenă, cu contur regulat, cartilajul regulat. In jurul suprafeţei chistice, osul apare cu structură normală.

Colegiul Medicilor University Library Cluj

Evoluţia chistului este lungă, putând dura ani de zile. In desvoltarea lui, chistul ajunge să intereseze corticala. Fractura este incomplectă de cele mai multe ori sau cu pătrundere, se consolidează destul de repede, dar această consolidare este de calitate inferioară, sub forma de calus insuflat. Chistul persistă, se desvoltă mai departe şi fractura recidivează. De aci se poate vedea că vindecarea spontană nu este posibilă.

Diagnosticul diferenţial se face cu: tuberculoza chistică, abcesul osos al lui Brodie, osteita fibro-chistică localizată, tumora cu mieloplaxe, boala lui Recklinghausen, chondromul, sarcomul, sifilisul, chistele parazitare, osteo-mielita cronică.

In ceiace priveşte patogenia chistului osos esenţial s'a incriminat o etiologie inflamatorie, luetică şi traumatică. Leriche o pune pe seama rolului hiperemiant osteolitic al traumatismului şi lipsei complexului mineral. Alţii cred că ar fi vorba de o distrofie osoasă de natură endocrină. Uneori s'a găsit o hipercalcemie, alte ori o avitaminoză C. Mai sigur pare să fie o turburare a metabolismului local calciu-fosfor.

Tratamentul se consideră ca un autotratament printr'o fractură spontană. Tratamentul raţional este cel chirurgical, care constă în trepanaţia focarului mistic şi evidarea lui. Dacă este defect osos mare, se recomandă curetaj şi grefon osteo-periostic. Prognosticul este bun. In cele ce urmează vom prezenta cele trei cazuri observate de noi.

I. **Bolnava G. A.**, de 25 ani, casnică, din judeţul Cluj, căsătorită, cu 2 copii. In antecedentele heredo-colaterale şi personale nu găsim nimic în legătură cu afecţiunea pentru care ne consultă. Afirmă că de 2 luni prezintă dureri în articulaţia cocxo-femurală stângă şi că membrul inferior oboseşte repede la mers. Nu poate rămâne mult timp în poziţie verticală. La examenul clinic general nu se constată nimic patologic, iar la examenul local constatăm că basinul nu prezintă nicio deformaţie, articulaţia cocxo-femurală este mobilă şi fără dureri. La palpaţie se constată o durere redusă la nivelul epifizei superioare a femurului stâng. Coapsa nu este deformată, tegumentele la acest nivel sunt mobile pe os şi de aspect normal. Se face examenul radiologic şi se constată o imagine lacunară, chistică, de mărimea unei nuci, cu marginile regulate la nivelul epifizei superioare a femurului stâng. Este vorba de un chist esenţial al epifizei superioare a femurului stâng la o femeie. Ii propunem intervenţia, însă bolnava refuză. Se prezintă la control după 1 an şi imaginea se menţine cu acelaş aspect.

II. **Bolnavul M. P.**, de 23 ani, lucrător, din judeţul Someş. Antecedentele sunt fără importanţă. Bolnavul se prezintă la consultaţii pentru uşoară impotenţă funcţională a membrului inferior drept şi uşoară jenă la nivelul epifizei inferioare a femurului. Examenul radiologic arată o imagine cavitară mare, ovoidă cu aspect lacunar şi care interesează segmentul diafizo-epifizar inferior al femurului drept. Se pune diagnosticul de chist osos solitar. Bolnavul refuză internarea în spital, fără să mai avem posibilitatea a-l controla.

III. **Bolnavul C. P.**, de 17 ani, din Piteşti, zidar. Acuză dureri de o lună în braţul stâng, care uneori dura puţin, altădată toată ziua. De 3 săptămâni a observat că regiunea dureroasă a braţului s'a tumefiat şi a devenit mai sensibilă. In 27.XI.1943, ajutând la tăierea unui porc, a simţit o durere vie în braţul stâng, după care a fost în imposibilitate de a se mai servi de el. Se prezintă la consultaţiile spitalului şi se constată clinic fractura humerului stâng. Se face radiografie şi rezultatul arată fractura humerului stâng în 1/3 medie inferioară, totală cu deplasare pe teren chistic osos. Bolnavul refuzând intervenţia îi aplicăm un aparat gipsat, cu care imobilizăm membrul superior stâng. După 6 săptămâni facem controlul radiologic şi se constată consolidarea focarului de fractură.

Din cele 3 cazuri de mai sus se observă că chistul osos a survenit la indivizi tineri, iar într'un singur caz a apărut la o femeie, ceiace sunt cazuri extrem de rare.

Mai menţionăm că apariţia strict epifizară n'am întâlnit-o decât într'un singur caz. Mai mult, unul din cazuri a prezentat chistul osos localizat în epifiza inferioară.

Independent de voinţa noastră nu am avut posibilitatea ca să intervenim chirurgical în nici unul din cele 3 cazuri, deoarece toţi au refuzat intervenţia. Remarcăm deasemenea că 2 cazuri au fost diagnosticate înainte de a se produce fractura patologică, acestea prezentând acuze la nivelul chistului. Unul singur a ajuns în faza de fractură patologică, care tratată ortopedic, s'a consolidat, fără ca să cunoaştem care va fi viitorul acestei fracturi.

REMINERALISARE
POLYOPOTERAPIE
RECONSTITUANT PHYSIOLOGIC

OPOCALCIUM

du
Dr. GUERSANT

1 OPOCALCIUM IRRADIÉ
Cachete. Comprimate.
Granule

2 OPOCALCIUM
Cachete. Comprimate.
Granule

3 OPOCALCIUM
Arseniat-Cachete

4 OPOCALCIUM
Gaiacolat-Cachete

Laboratoarele
OPOCALCIUM
A. RANSON
Dr. in farmacie
96 RUE ORFILA
PARIS XX-e

Digitized by / Central University Library Cluj

Colicistita cronică.-Congestia ficatului şi a căilor biliare-Icter şi Cholemie-Litiasă biliară.

AGOCHOLINE

Dr. ZIZINE
şef de laborator la spitalul SF. ANTOINE, PARIS

PEPTONE DE CARNE SULFAT DE MAGNEZIE

Agent de drenare a căilor biliare prin ingestiune, de o remarcabilă activitate

Posologie: 1—3 linguriţe de ceaţă dimineaţa pe nemâncate

REPREZENTANT PENTRU ROMÂNIA:
DROGUERIA „STANDARD" S. A. R. — Str. Sft. Ionică No. 8 — Bucureşti

SISTEM DEPRESOR IN NERVII PERIFERICI

de

Prof. D-r V. PAPILIAN **Conf. D-r I. G. RUSSU**

D-rd V. V. PAPILIAN

Intr'o serie de lucrări anterioare am studiat amănunţit sincopa adrenalino-cloroformică ca test experimental pentru determinarea funcţiunilor anumitor nervi. Temeiul teoretic pornea dela concepţia că sincopa adrenalino-cloroformică nu este datorită unei acţiuni directe a toxicului asupra miocardului, ci unui dezechilibru brusc al sistemului vegetativ. Potrivit acestui fapt cercetări numeroase efectuate în Institutul de Anatomie au arătat că sincopa adrenalino-cloroformică poate fi influenţată prin diferite mijloace.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cum nervii genito-crurali (spermatici externi) au fost aceia care au dat rezultate surprinzătoare arătând o funcţiune nouă (presoro-depresoare), am căutat în continuare să vedem dacă nu cumva şi alţi nervi dela periferia corpului ar avea funcţiuni similare; utilizând sincopa-adrenalino-cloroformică ca test am experimentat asupra următorilor nervi: accesor brachial cutanat intern, frenic, femuro-cutanat şi brachial cutanat intern.

Tehnica experienţelor a fost cea obişnuită în laboratorul Institutului de Anatomie Cluj-Sibiu. Sub narcoză cloroformică se secţiona nervul respectiv, apoi se administra în vâna femurală descoperită totdeauna aceeaşi cantitate de adrenalină 1% (raportată la kgr. de animal: Omgr01); în tot acest decurs se înscria presiunea carotidiană pe un cilindru Marey.

In tabloul de mai jos sunt rezumate rezultatele cercetărilor făcute pe 109 animale (câini):

Nervul secţionat	Partea secţiunii nervoase	Nr. animalelor	Sincopa adrenalino-cloroformică		Numărul total al animalelor	Procentaj	
			se produce la:	este împiedecată la:		Sincopa adrenalino-cloroformică	
						se produce în:	este împiedecată în:
Nervul accesor brachial cutanat intern	D.	5	1	4	20	20%	80%
	S	8	3	5			
	B.	7	—	7			
Nervii intercostali	D.	22	4	18	53	22,64%	77,36%
	S.	21	6	15			
	B	10	2	8			
Nervul frenic	D.	2	—	2	8	37,50%	62,50%
	S.	6	3	3			
	B.	—	—	—			
Nervul femuro-cutanat	D.	5	2	3	13	53,84%	46,16%
	S.	6	4	2			
	B.	2	1	1			
Nervul brach al cutanat intern	D.	5	3	2	15	80%	20%
	S.	7	6	1			
	B.	3	3	—			
Total . . .		109	38	71	109	34,86%	65,14%

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Din cercetarea amănunţită a tabloului se observă două extreme: la o extremă împiedecarea sincopei prin secţiune nervoasă; la cealaltă extremă producerea sincopei; iar la mijloc o situaţie intermediară.

Orânduirea nervilor în tablou s'a făcut după influenţa, pe care secţiunea nervului o are asupra sincopei adrenalino-cloroformice. Astfel secţiunea nervului accesor brachial cutanat intern făcută deasupra anastomozei cu nervii intercostali, la 20 animale (dintre care la 5 în partea dreaptă, la 8 în partea stângă, iar la 7 bilateral) a împiedecat sincopa adrenalino-cloroformică să se producă la 16 dintre animalele experimentate, deci la un procent de 80%.

Importanţa nervilor intercostali în acest fenomen este şi ea însemnată; din 53 animale sincopa adrenalino-cloroformică s'a produs numai la 12; deci un procent de 22,64%. Şi nu este lipsit de interes a nota că numărul nervilor intercostali secţionaţi a variat între 1 şi 8 la acelaşi animal. Iată un rezumat al intervenţiilor pe nervii intercostali:

în dreapta s'a secţionat primul nerv intercostal la un animal, al doilea nerv intercostal la un animal, nervii I-II-III intercostali la 2 animale, nervii I-II-III-IV intercostali la un animal, nervii I-II-III-IV-V intercostali la 15 animale şi nervii V-VI-VII-VIII-IX-X-XI-XII la 2 animale;

în stânga s'a secţionat nervul prim intercostal la 2 animale, nervul al doilea intercostal la 3 animale, nervul III, IV, V, VI şi VII la câte un animal, nervii I-II-III la 2 animale, nervii I-II-III-IV la un animal, nervii I-II-III-IV-V intercostali la 5 animale, nervii V-VI-VII-VIII-IX-X-XI-XII la 3 animale;

Acad. Rom. Cluj Central University Library Cluj

bilateral s'a secţionat nervii I-II-III intercostali la 2 animale, nervii I-II-III-IV la 2 animale, nervii I-II-III-IV-V intercostali la 4 animale, nervii I-II-III-IV-V-VI-VII la un animal şi nervii intercostali II-III-IV-V-VI-VII la un animal.

Din aceste 53 experienţe asupra nervilor intercostali s'a produs în 12 cazuri sincope adrenalino-cloroformice, la animale la care se făcuseră următoarele secţiuni nervoase: (secţiunea numai în partea dreaptă) 2 animale cu secţiunea nervilor intercostali I-II-III; 2 animale cu secţiunea nervilor I-II-III-IV-V; un animal cu secţiunea nervilor I-II-III-IV şi un animal cu secţiunea nervilor V-VI-VII-VIII-IX-X-XI-XII;

(secţiunea numai în partea stângă) un caz cu secţiunea nervului prim intercostal, un animal cu secţiunea nervilor I-II-III, 3 animale cu secţiunea nervilor intercostali I-II-III-IV-V, un caz cu secţiunea nervilor intercostali V-VI-VII-VIII-IX-X-XI-XII;

(secţiunea bilaterală) un animal cu secţiunea nervilor intercostali I-II-III-IV-V şi un animal cu secţiunea nervilor V-VI-VII-VIII-IX-X-XI-XII intercostali.

Secţiunea nervului frenic lasă să se producă sincopa la 3 cazuri din 8. Secţiunea nervului femuro-cutanat (executată la 5 animale în partea dreaptă, la 6 animale în partea stângă şi la 2 animale de ambele părţi, deci un total de 13 animale) împiedecă sincopa la 6 dintre ele, cu alte cuvinte la un procent de 46,16%.

Secţiunea nervului brachial cutanat intern la 15 animale (dintre care la 5 în dreapta, 7 în stânga şi 3 bilateral) lasă sincopa să se producă în 80% din cazuri. Este extrema cealaltă a tabloului, în care primul nerv, accesor brachial cutanat intern, împiedeca sincopa în 80% din cazuri.

Un contrast izbitor ne dă şi comparaţia între secţiunea bilaterală a accesorului brachial cutanat intern, care împiedecă sincopa la toate cazurile (7) şi secţiunea bilaterală a brachialului cutanat intern, care îngădue producerea sincopei în toate cazurile experimentate (3).

Din ansamblul datelor de mai sus se desprinde o primă concluzie şi anume că sincopa adrenalino-cloroformică poate fi împiedecată printr'o secţiune nervoasă ce la prima privire ar părea de mică importanţă funcţională, ca a nervului accesor brachial cutanat intern sau a unui singur nerv intercostal. Dar acest fapt aduce după sine o precizare importantă, **că în menţinerea reflexă a funcţiunii inimii periferia joacă un rol foarte important.**

Căile acestui reflex cardio-periferic se găsesc răspândite în majoritatea nervilor periferici, având însă predominenţă în unii.

Cum studiul nervilor genito-crurali a putut discrimina existenţa unei funcţiuni presoro-depresoare, localizată fiecare într'un antimer separat, înclinăm să credem în existenţa unui sistem depresor repartizat în întreg sistemul nervos periferic, cu repartiţie cantitativ variabilă dela animal la animal în diferiţii nervi şi condensat mai ales în nervii ce se răspândesc în regiuni bogat vascularizate.

Explicaţia noastră asupra fenomenului descris mai sus este următoarea: prin scoaterea din funcţiune a unei părţi suficient de însemnată din sistemul depresor, se împiedecă depresiunea bruscă şi deci sincopa adrenalino-cloroformică. Nervul accesor brachial cutanat intern este unul din nervii cei mai importanţi în acest sens.

BibliotecaUniversitara "Carol I" Bucuresti

Apreciat de 30 de ani.

In cardiopatiile acute şi cronice

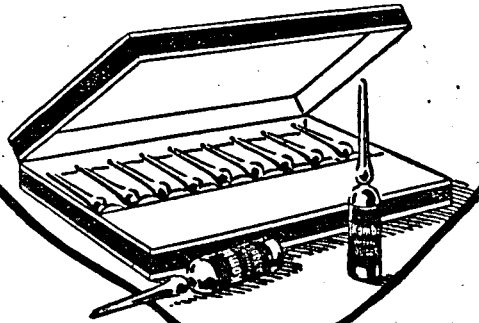
intravenos: KOMBETIN

(Strophanthin Boehringer)

fiole de 0,5 mg

intramuscular: Myokombin

1 fiola 0,5 mg Kombetin + 0,7 Novocain (Bayer)



C. F. BOEHRINGER & SOEHNE G. M. B. H.

MANNHEIM-WALDHOF

Reprezentant pentru România:

Rudolf Forek, Bucureşti III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.

Cluj / Central University Library Cluj

Protecția gestației

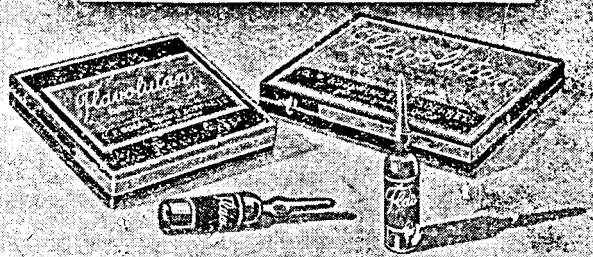
în avort iminent și habitual sterilitate în urma netransformării mucoasei uterine în faza pregravidă, hemoragii (hiperplasii glandulare, cistice, juvenile și climacterice)

Flavolutan

(Corpul galben dizolvat în uleiul germenului de grâu)

Conține deci și vitamina E. Deaceea acțiune mărită a progesteronului. Pe baza conținutului vitaminei E este mai ales indicat în tratamentul avortului habitual și iminent.

Fiole cu câte 2 mg	Fiole cu câte 5 mg
cutii cu 1 și 3 fiole	cutii cu 1 și 5 fiole



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

Reprezentant pentru România: Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.

PARALIZIA ASCENDENTĂ ACUTĂ. SINDROMUL LUI LANDRY.

de

D-r I. M. POPESCU

Medic Primar Spit. Grecescu.—T.-Severin.

In seara zilei de 2 Februarie 1944, am fost chemat urgent să văd o veche clientă, în vârstă de 42 ani, care, după spusele familiei, era suferindă numai de 2 zile.

Bolnava susţinea că ieşise în oraş, în după amiaza zilei de 31 Ianuarie 1944, să facă nişte cumpărături, deşi nu se simţea tocmai bine şi a doua zi de dimineaţă a observat că temperatura i s'a urcat până la 38 grade, fiind însoţită de indispoziţie generală, anorexie, catar oculo-nazal, cefalee, dureri în tot corpul, dar mai ales la nivelul coloanei vertebrale.

In zilele de 1 şi 2 Februarie a. c., a stat în casă şi i s'au aplicat ventuze, a luat antipiretice, crezând că este vorba de o simplă gripă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In tot acest timp temperatura s'a menţinut în jurul lui 38 gr., avea furnicături şi amorţeli în membrele inferioare, pe care le simţea mai grele, rachialgii din ce în ce mai accentuate şi urina greoiu.

In seara zilei de 2 Februarie n'a mai putut urina şi încercând să se scoale din pat, i s'au paralizat picioarele şi a căzut jos.

Aproape în acelaşi timp a avut nişte dureri violente în regiunea lombo-sacrată, cu iradieri în membrele inferioare, ceea ce a făcut-o să creadă că „are o piatră la rinichi" şi a apelat la ajutorul nostru.

In antecendentele personale am găsit un lues recent, tratat imediat şi complect vindecat, reacţia B.W. fiind negativă de un an.

La examenul obiectiv se constată că tegumentele şi mucoasele sunt uşor palide, ţesutul celulo-adipos conservat, iar ganglionii nu se palpează. Membrele inferioare sunt paralizate, reflexele rotuliene şi achiliene aproape abolite, sensibilitatea la cald şi la frig complect abolinea, nu simte împunsătura acului, afară numai de partea internă a coapselor, unde sensibilitatea este în parte păstrată.

Plămânii şi inima nu prezintă nimic anormal, de asemenea splina şi ficatul.

Deasupra pubeului se palpează vezica urinară plină cu urină.

Se evacuează cu sonda 1 litru şi jumătate de urină, care examinată calitativ, nu conţine elemente patologice.

I se face o puncţie lombară şi se scoate, cu mare greutate, lichid cefalo-rachidian, care este hipertensiv şi uşor hemoragic, reacţia B.W. este negativă, iar reacţia Pandy şi Nonne-Apelt, intens pozitivă.

In ziua de 3 Februarie, revăd bolnava şi constat că temperatura se menţine între 37,5—38, vezica urinară din nou plină cu urină, iar membrele inferioare complect paralizate, o paralizie flască.

Reflexele tendinoase, la membrele inferioare, complect abolite, de asemenea sensibilitate abolită la nivelul membrelor inferioare, a abdomenului, a regiunii lombare, afară de partea internă a coapselor, unde sensibilitatea tactilă este în parte păstrată.

Respirația este greoaie, bolnava nu mai poate expectora, are dureri lombare, vorbește cu greutate, are ușoare turburări de înghițire.

Pulsul se menține încă bun, 96 pe minut.

De data aceasta la baza pulmonului stg. se constată o congestie.

In fața acestui tablou clinic, cu debut brusc și febră de 38 gr. cu paralizia membrelor inferioare și abolirea reflexelor la acest nivel, cu turburări de sensibilitate, cu turburări în vorbire, în deglutiție cu paralizia diafragmului, toate precedate de o gripă și complicată cu o congestie la baza pulmonului stg., m'a determinat să pun diagnosticul de Paralizie ascendentă acută Landry, de natură gripală și în același timp să pun familia în gardă.

Alarmată, familia cere un consult, care se și face în dimineața zilei de 4 Februarie și se ajunge tot la diagnosticul de mai sus.

Spre seara zilei de 4 Februarie, bolnava a urinat puțin, însă se plângea de furnicături și ușoare amorțeli în membrele superioare. Respirația era din ce în ce mai greoaie, stertoroasă, nu mai putea de loc expectora, avea dureri în ceafă, iar temperatura începuse să scadă. Pulsul bine bătut, 90 pe minut. In ziua de 5 Februarie, membrele superioare erau paralizate, reflexele și sensibilitatea abolite la nivelul membrelor și corpului, dispneea din ce în ce mai accentuată, pulsul mic și rapid, iar capul căzuse într'o parte.

La orele 13 a intrat în comă și a sucombat cu fenomene de asfixie.

De notat că pulsul și bătăile cordului au fost percepute încă timp de 20 de minute, după ce respirația încetase complect.

* * *

Sindromul lui Landry a fost întrevăzut de Ollivier D'Angers și bine descris de Landry, în anul 1859, cu ocazia unui caz personal.

Negăsind nicio leziune din punct de vedere anatomo-patologic, Landry l-a considerat ca o paralizie esențială, de aceia i-a și dat numele de **paralizie ascendentă acută.**

Acest sindrom, după cum îl arată și numele, se caracterizează printr'o paralizie flască, care pornește și progresează de jos în sus, începând cu membrele inferioare, apoi părțile posterioare, urcând spre membrele superioare și cuprinzând, apoi, repede toți mușchii inervați de bulb.

I s'a dat această denumire spre a fi deosebit de **paralizia descendentă acută a lui** Duchenne și Eisenlohr, unde paralizia începe cu membrele superioare și progresează, treptat, spre membrele inferioare.

* * *

Dacă din punct de vedere clinic paralizia ascendentă acută este un sindrom bine definit și caracterizat printr'un mers rapid, extensiv și ascendent, din punct de vedere **anatomo-patologic,** acest sindrom nu prezintă leziuni constante.

Cu mijloacele tehnice din acea epocă nu s'au găsit leziuni anatomice, nici la nivelul măduvii spinării, nici pe traectul nervilor, ci numai o congestie intensă a măduvii și a meningelor.

In anul 1873, Petitfils, elev al marelui Charcot, examinând piese provenite dela cazuri sucombate de paralizie ascendentă acută, a găsit **leziuni în coarnele anterioare** ale măduvii și de aceea a considerat-o drept o **poliomielită anterioară ascendentă acută.**

Mai târziu, întrebuințând o tehnică histologică perfecționată, Déjèrine, Leyden, Eichhorst, n'au găsit nici ei leziuni medulare, au găsit în schimb, **leziuni ale nervilor periferici,** adesea ale rădăcinilor

anterioare, ceea ce i-a îndreptăţit să creadă că paralizia ascendentă acută n'ar fi decât o **polinevrită generalizată.**

Claude şi J. Lhermite, precum şi alţi autori din timpurile noastre, cu toată tehnica modernă întrebuinţată, n'au putut descoperi nicio leziune a măduvii sau a nervilor periferici.

Aceşti autori cred că lipsa leziunilor anatomo-patologice s'ar datori unei stări de hiperinfecţie, cu mers rapid şi care ar nimici subit forţa vitală a celulelor, cari numai au timpul suficient să reacţioneze şi să dea naştere la leziuni de mielită sau de polinevrită.

Déjérine şi Thomas susţin că „paralizia ascendentă acută ar fi o afecţiune a neuromului motor periferic şi după cum acesta este lezat în celula de origine sau în prelungirea cilidraxului, boala ia caracterul unei poliomielite sau a unei polinevrite".

In rezumat, se poate susţine că, **în sindromul lui Landry, avem o formă unde predomină leziunile medulare şi alta unde predomină leziunile nevritice.**

La examenul microscopic al măduvii spinării se constată:

a) **Leziuni vasculare,** caracterizate printr'o vaso-dilataţie, cu hemoragii abundente, precum şi noduli inflamatori perivasculari.

b) **Ţesutul interstiţial, nevroglia şi celula nervoasă** prezintă leziuni acute, dela cromatoliză, până la necroză.

c) **Fibrele nervoase** sunt edemaţiate, au pierdut mielina, iar cilindraxul este alterat.

Odată cu leziunile medulare şi bulbare, se pot găsi leziuni şi **la nivelul encefalului.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Leziunile medulare pot fi situate numai la nivelul coarnelor anterioare şi în cazul acesta sindromul lui Landry se apropie mult de poliomielită acută anterioară.

De asemenea meningele pot şi ele să participe la procesul inflamator.

Microbii şi toxinele ajung la măduva, din focarul infecţios primitiv, folosind calea sanghină, limfatică sau nervii periferici, după afinitate.

La nivelul măduvii spinării propagarea se face pe cale vasculară, meningee, prin lichidul cefalo-rachidian sau dela celulă la celulă, aşa cum se observă în leziunile coarnelor anterioare.

Din cele de mai sus se deduce că anatomia patologică în sindromul lui Landry este foarte variată, deşi clinicește toate cazurile se aseamănă.

Putem conchide că sindromul lui Landry este o mielită acută, la care se adaugă, câte odată, şi procese de polinevrită.

Etiologic, sindromul lui Landry este de **origine toxică** sau **infecţioasă.**

S'a observat acest sindrom **în afecţiuni generale** cum ar fi: Septicemii, variolă (M. Bernhardt, Oettinger şi Marinescu), pneumonie (Landry), gripă (Ballet şi Dutil), febră-tifoidă, dizenterie, blenorogie (Vampré şi Basto), scarlatină, erizipel, tuberculoză, turbare, paludism, pojar (Tinel şi Bernard), sifilis (O. Bayer, Gilbert şi Lion).

Sindromul lui Landry poate să apară şi în urma **infecţiunilor locale,** cum ar fi: un panariţiu, un abces, o amigdalită, o cistită, o carie dentară, etc..

H. Procopiu şi N. Constantinescu descriu recent, în revista „Spitalul", un caz survenit după o amigdalită pultacee.

Schuback semnalează un caz mortal de paralizie ascendentă acută survenită după un herpes zoster intercostal.

Sezary şi Juméntie amintesc un caz de sindrom Landry survenit în scleroza în plăci.

Parhon, Marinescu, Radovici, la epoci diferite, au descris, la noi în ţară, cazuri de paralizie ascendente de origine centrală.

Alteori, sindromul lui Landry poate să apară în plină sănătate, ca o **neuro-infecţiune primitivă**, însă şi în aceste cazuri credem că nu este decât determinarea medulară a unei septicemii, a cărei origine ne rămâne necunoscută.

Originea toxică a sindromului Landry nu trebue pusă la îndoială, deoarece s'au întâlnit paralizii ascendente acute, în urma intoxicării cu salvarsan (Fleischmann), la alcoolici, precum şi în urma introducerii, în mod experimental, în organism, a diverse toxine, mai ales toxina difterică (Baboneix).

Lévi şi Barré a observat paralizia ascendentă acută în 1919, după vaccinaţiunea anti-tifică.

In cursul tratamentului antirabic poate să apară o paralizie ascendentă, fie din cauza toxinei rabice (Remlinger), fie din cauza unor substanţe toxice, introduse odată cu vaccinul antirabic, aşa cum a notat V. Babeş.

Pe lângă origina toxică şi infecţioasă trebue să mai adăugăm o serie de cauze predispozate, cum ar fi **frigul, oboseala, traumatismul**, cari ar contribui la apariţia paraliziei ascendente acute.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In sprijinul teoriei infecţioase vine şi faptul că în lichidul cefalo-rachidian, precum şi în ţesutul nervos, provenit dela bolnavii morţi de paralizie ascendentă acută, s'au găsit diverşi microbi, fie prin examen direct, fie prin culturi sau prin inoculări la animale.

Astfel s'au găsit: **streptococi** (Marinescu şi Oetinger), **meningococi** (Claude, Courmont), **bacili tifici** (Curschmann), **bacili Koch** (Gougerot şi Troisier), **bacteria carbonoasă** (Pierre Marie şi Marinescu), **proteus** (Chantemesse şi Ramond), etc.

Pe de altă parte, **Marinescu**, apoi **Claude**, în mod experimental, au obţinut mielite veritabile la animale, prin inoculare de microbi în circulaţia sanghină, în lichidul cefalo-rachidian sau în nervul sciatic.

Virusul ar ajunge la măduva spinării, ca şi în turbare, prin intermediul ţesutului nervos sau a tecei limfaticilor nervilor.

Este incontestabil că localizarea virusului, pe măduva spinării, este favorizată de o stare toxică, de un traumatism, de un surmenaj sau de o răceală locală.

In cazul nostru credem că infecţiunea gripală a fost cauza, bazaţi pe apariţia în plină epidemie de gripă şi pe semnele clinice.

Din punct de vedere clinic, sindromul lui Landry are o **simptomatologie** destul de precisă.

Perioada prodromală şi de debut este de obicei foarte scurtă, (una până la două zile, după A. Léri şi I. A. Liévre) şi adesea mascată de infecţiunea care i-a dat naştere.

Acest sindrom apare brusc, în cursul unei boli infecţioase, sau chiar în plină sănătate, cu temperatura ce variează între 37,5—40 gr., urmată apoi de o paraplegie flască, progresivă, cu abolirea reflexelor, tulburări în vorbire, tulburări de înghiţire şi de expectoraţie, apoi retenţie sau incontinenţă de urină, tulburări respiratorii însoţite de cianoză.

Pierre Marie şi Gh. Marinescu găsesc, printre semnele de debut, retenţia de urină, fie complectă, fie incomplectă.

Paraplegia se instalează repede, este flască, iar reflexele tendinoase sunt abolite.

Tulburările sensitive sau **sfincteriene** sunt variabile, din cauza diversităţii localizării leziunei în măduvă, fie în lărgime, fie în lungime.

Uneori turburările sfincteriene se instalează de timpuriu, alte ori sfincterele funcţionează normal.

Sensibilitatea poate fi şi normală, dar de obiceiu este diminuată sau chiar abolită. **Nervii şi muşchii** pot fi dureroşi la presiune.

Tulburările vaso-motorii sunt variabile şi în strânsă legătură cu localizarea leziunei în măduvă, de aceea avem ori roşeaţă sau paloare.

Câte odată se constată **dureri mari la nivelul coloanei lombare**, cu iradieri spre membrele inferioare, aşa cum am observat la bolnava noastră.

Extremităţile sunt cianozate, reci, cu senzaţia de greutate şi furnicături.

Intr'o fază mai înaintată apare şi **paralizia membrelor superioare** cu abolirea reflexelor olecraniene şi radiale, apoi **paralizia gâtului** şi în cele din urmă **fenomene bulbare**, caracterizate prin:

a) **Tulburări respiratorii** cari se traduc prin accelerarea respiraţiei şi dispnee, din cauza paraliziei diafragmului. Respiraţia poate fi regulată sau neregulată, chiar respiraţie tip Cheyne-Stokes.

b) **Tulburări de înghiţire**, datorite paraliziei vălului palatin şi a faringelui, din care cauză lichidele ingerate sunt în parte eliminate pe nas;

c) **Tulburări de vorbire** din cauza paraliziei limbei, buzelor şi obrajilor. Vocea devine răguşită şi nazonantă;

d) **Tulburări cardiace** care apar în ultimul timp şi se traduc prin aritmie şi puls mic.

Bolnava noastră á avut pulsul bun până la moarte, însă devenise bradicardic în ultimele ore şi a continuat să fie perceput încă mult timp după încetarea complectă a respiraţiei.

Rare ori se observă şi o **paralizie facială** sau **o ptoză a pleoapelor.**

Inteligenţa este păstrată până în ultimele momente, ca şi în cazul nostru.

Puncţia lombară ne face să deosebim o paralizie ascendentă acută, de un sindrom Landry de origine polinevritică, prin faptul că în paralizia ascendentă acută găsim o hiertensiune a lichidului cefalo-rachidian, albumină şi leucocitoză, limfocitară sau polinucleară.

Evoluţia acestui sindrom este rapidă şi progresivă.

De cele mai multe ori evoluiază în 8—10 zile şi foarte rar în 1—3 zile. Are şi o evoluţie lentă, în puseuri succesive, cu o durată de 4—5 săptămâni.

Moartea survine prin fenomene de asfixie sau prin complicaţiuni bronho-pulmonare. Terminarea fatală este regula.

Extrem de rar se poate vindeca fără să lase urme, de obiceiu după vindecare găsim paraplegii, monoplegii, etc..

Diagnosticul diferenţial se face mai frecvent cu următoarele afecţiuni: Isteria, Poliomielita acută, Tabesul, Polinevrita, Turbarea, Paralizia intermitenţă, Paralizia periodică, mai rar cu Reumatismul lombar, Nefrolitiaza, Compresiunea medulară.

In **paraliziile isterice** nu avem tulburări reflexe şi sfinteriene.

Poliomielita acută survine la persoane mai tinere, sub formă de epidemie şi are altă evoluţie.

In **Tabes**, pe lângă evoluţia lentă a boalei şi prezenţa albuminei şi limfocitelor în lichidul cefalo-rachidian, găsim o reacţie B.W. pozitivă.

Polinevrita evoluează cu integritatea sfincterilor, fenomenele dureroase sunt foarte accentuate, temperatura se menţine normală până în perioada terminală, iar lichidul cefalo-rachidian este normal.

Turbarea, în perioada de paralizie, este o adevărată paralizie ascendentă, deosebindu-se net, însă, prin celelalte semne clinice.

Paralizia intermitentă, care poate surveni în paludism, nu durează decât câteva ore şi este influenţată favorabil de tratamentul anti-malaric, în special de către chinină.

Paralizia periodică, după cum susţine Claude, apare noaptea şi se termină în mijlocul zilei, printr'o revenire complectă la normal.

Tratamentul este mai mult paleativ şi nu se poate aplica decât în cazurile cu mers lent, în cele acute sau supra-acute, nu se poate face niciun tratament, din cauza evoluţiei rapide.

S'a încercat injecţii cu urotropină, cu salicilat de sodiu, apoi cu iodur de sodiu, vitamină B, şi C, strichnină, desinfectante nazale, antiflogistice, vaccinuri neuro-trope, însă fără vreun rezultat pozitiv.

Paralizia flască, dacă bolnavul a scăpat, se poate trata prin mobilizare, electricitate galvanică şi faradică, ferindu-ne de acest tratament în paralizia spasmodică, care se poate agrava.

In paralizia spasmodică, spre a reduce rigiditatea musculară, se pot întrebuinţa, cu oarecare efect, băile calde.

THIONAÏODINE

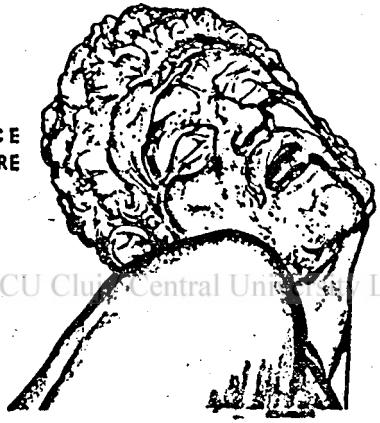
INJECTABIL A & B

maladia reumatismală cronică
şi sindromele sale dureroase

COMPRIMATE

carenţă de sulf
reumatisme cronice

PRODUSE ATOXICE
INJECŢIUNI INDOLORE



ACŢIUNE CURATIVĂ
FĂRĂ REACŢIUNI

BCU Cluj / Central University Library Cluj

NAÏODINE

NORMALĂ A & B

toate algiile — nevraxite şi secudle

SURACTIVÉE

NAIODINE + VITAMINE B_1

nevrite şi polinevrite infecţioase şi toxice

A *intramusculară:* două miligr. Vitamină B_1 pe fiolă de 10 cc.
Cazuri de gravitate mijlocie.

B *intravenoasă:* un centigr. Vitamină B_1 pe fiolă de 10 cc.
Cazuri grave.

LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS ISSY-LES-MOULINEAUX PARIS

Exclusivitatea Generală pentru România: „DROGUERIA STANDARD" S.A.R. Bucureşti I. Str. Sf. Ionică 8.

IODAMELIS
LOGEAIS

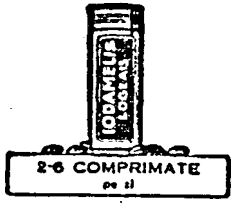
PUTERNIC REGULATOR AL NUTRIŢIUNII
REDUCTOR AL SCLEROZELOR — STIMULENT AL SCHIMBURILOR

O TRIADĂ DE SYNDROME
O SINGURĂ MEDICAŢIUNE

MALADII
ALE CIRCULAŢIUNII

TURBURĂRI
UTERO-OVARIENE

MALADII
ALE NUTRIŢIUNII

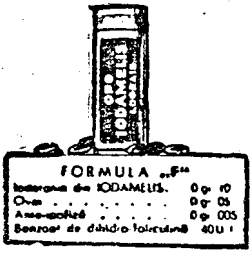


OPO-IODAMELIS
LOGEAIS

DISENDOCRINII
ALE TINEREI FETE SI ALE FEMEII
PUBERTATE — MENOPAUSĂ
OBEZITATE

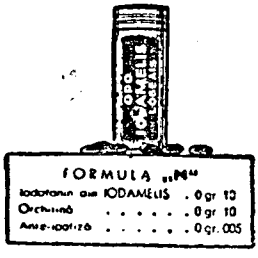
ASTENII ALE VÂRSTEI MATURE
OBEZITATE
SENILITATE

ASOCIAZĂ
PROPRIETĂŢILE STIMULANTE
ALE IODOTANINULUI DIN
IODAMELIS CU ACŢIUNEA
SPECIFICĂ A ORGANO-TERAPIEI
MASCULINE SAU FEMININE



în comprimate drageifiate

Eşantioane şi literatură la cerere



LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS - ISSY-LES-MOULINEAUX - PARIS

Exclusivitatea Generală pentru România: „DROGUERIA STANDARD" S. A. R. — Bucureşti I, Str. Sf. Ionică No. 8

2-e Service Médical
Médecin-en-chef: Lt.-Col. D-r Manu N.

SUR L'EMPLOI DE L'EPHEDRINE DANS LE TRAITEMENT CO-ADJUVANT DU PALUDISME

par

I. RADVAN

de l'hôpital militaire central „Regina Elisabeta" Bucureşti

Insuficienţa acţiunii tratamentului specific în malarie poate fi mult ameliorată şi chiar suprimată prin administrarea simultană a unor substanţe vaso-constructive şi splénocontractile.

In stadiul actual al ştiinţei, adrenoterapia şi *la nevoe injecţiile endovenoase de efedrină* permit problemei atât de spinoase a terapiei antimalarice una din cele mai bune şi mai complete rezoluţii.

BCU Iași / Central University Library Iași

Dans des travaux antérieurs, nous avons insisté sur l'utilité d'un traitement co-adjuvant du paludisme à l'aide des substances vaso-constrictives et spléno-contractiles. Successivement, j'ai utilisé différentes substances: l'acaprine en collaboration avec M. le D-r Alexandresco, l'adrénaline et l'extrait total surrénal d'après la méthode Ascoli et dernièrement l'éphédrine d'après la méthode proposée par MM. Dumitresco-Mante et Paunesco-Podeanu dans la thèse de Nicoff [1]).

Bien qu'aujourd'hui, je serais en possession d'une certaine expérience, je ne ferai pas cependant une étude comparative ici. Dès que l'envoi de l'Italie de la surrénase Ascoli a été rendue impossible depuis la guerre de 1941, j'ai employé seulement l'éphédrine, dont les résultats font l'objet de la présente publication.

Effectivement, le traitement co-adjuvant du paludisme avec les injections endoveineuses d'éphédrine semble être peu connu. En dehors de la thèse de Nicoff où sont décrites seulement sept observations cliniques et d'une récente communication faite par MM. Manu, Tomesco et Stanesco à la Société anatomo-clinique, il semble que le public médical ne s'intéresse pas de ce traitement dans le paludisme. Et pour-

1) Nicoff. Thèse de Bucarest, 1940, No. 5029.

tant, le probléme de la thérapie antimalarique est un oeuvre de patience. L'expérience nous a montré que l'efficacité de la chimiothérapie antipalustre ne soit pas absolue. Cette insuffisance, manifestée dans la thérapie curative et dans la prophylaxie collective, est due, en première ligne, à la limite basse de la toxicité des médicaments spécifiques. L'introduction d'une médication plus active ou d'une méthode capable d'augmenter le potentiel thérapeutique de la médication existente paraît indispensable pour une thérapie stérilisante. Dans ce but, l'administration simultanée de l'adrénothérapie ou de l'éphédrine par voie endoveineuse constitue un remarquable progrès, apprécié d'après les résultats brillants immédiats et tardifs obtenus dans toutes les formes de paludisme [2]).

L'éphédrine a une action pharmacodynamique presque analogue à celle de l'adrénaline. La composition chimique est un peu différente: elle perd les deux fonctions phénoliques de l'adrénaline et remplace un atome d'hydrogène de la chaîne hydrocarbonée par une fonction méthylique (CH_3). Cette différence lui assure une stabilité plus grande et une action vaso-constrictive plus durable et une action sur la musculaturi lisse. Ces deux dernières actions, réalisant la spléno-contraction, sont utilisées dans le traitement du paludisme [3]).

On emploie le clorhydrate d'éphédrine en injections endoveineuses. Nous avons utilisé l'éphédrine Merck en doses de 0,05 ctg. pour une injection quotidienne. Rarement en cas de grosses splénomégalies paludéennes, j'ai administré un traitement plus énergique avec deux injections par jour, c'est-à-dire une dose quotidienne de 0,10 ctg. On commence habituellement par une dose moindre (0,02 ctg.). Il semble qu'il ne soit pas nécessaire d'augmenter les doses jusqu'à 0,15 ctg. deux fois par jour suivant l'indication des promoteurs de la méthode. Le traitement a été toujours mixte, associé à une médication spécifique: quinine (en doses jusqu'à 1 gr.) ou atébrine (doses habituelles), completée ou non par une cure de plasmoquine (doses habituelles), suivant les cas et la forme de plasmodium Laveran. Le nombre d'injections varie de 15 à 30 pour une cure. La tolérance est parfaite. On constate

CC-0. Osu / Central University Library Osu

2) **La quinine** et **l'atébrine** en doses non toxiques ne peuvent réaliser qu'une **prophylaxie clinique** et **non pas causale.** La médication n'empêche pas l'impaludation; elle interrompe seulement l'évolution de l'histiozoaire vers les skisontes ou empêche le développement des skisontes dans le sang periphérique. Au point de vue curatif, la quinine et l'atébrine ayant seulement une action skisonticide forte dans le paludisme aigu, elles n'empêchent pas l'apparition des rechutes, D'une part. parceque ces deux substances n'ont aucun effet sur **l'histiozoaire** la forme réticulo-endothéliale de l'hématozoaire) et d'autre part, leur action antiskisogonique est négligeable. **La plasmoquine** a, en effet, une action **antiskisogonique forte,** détruisant la fonction de reproduction de l'hematozoaire de sorte qu'elle permet une prophylaxie causale Son action étant négligeable sur les skisontes, la plasmoquine ne peut pas empêcher les rechutes à point de départ skisontien. Par contre, elle agit sur les histosoaires en empêchant dans une certaine mesure les rechutes à point de départ réticulo-endothälial, d'oû la nécessité d'employer systématiquement l'association atébrine-plasmoquine. Malheuressement, la plasmoquine ayant une **limite de tolérance trop réduite,** elle ne peut être administrée ni en doses efficaces et ni en cures prolongées et d'ici la thérapie stérilisante se heurte à des difficultés.

3) L'éphedrine est un alcaloide **extrait de l'ephedra vulgaris et equisetena,** conifères cultivables en Tibet, Chine, Japon

Le clorhydrate d'éphedrine se présente en poudre blanche cristallisée soluble dans l'eau et dans l'alcool. Les solutions sont facilement stérilisables, très stables et beaucoup longtemps actives.

seulement au début de la cure quelques troubles légers et passagers cardio-vasculaires. De ce point de vue, l'éphédrine semble plus utilisable que l'adrénaline où „la petite crise adrénalinique" est plus évidente au début.

Les principes du traitement, les indications, les contre-indications et l'explication du mode d'action sont les mêmes que dans le traitement adrénalinique. Dans ce travail, je n'insisterai pas sur cette question, qui a été amplement exposée dans mes travaux antérieurs [4]). Je dirai seulement que la méthode bien qu'elle soit indiquée dans toutes les formes de malaria, son indications majeure est cependant destinée à réduire les fièvres quinino-résistantes, à réduire la mortalité de la malaria pernicieuse et à récupérer un certain nombre de malades porteurs de grosses rates, anémiés et chétifs, qui suite à la situation endémique locale, ont perdu les forces organiques, la capacité de travail et la joie de vivre, en faisant oeuvre utile sur le terrain social. En effet, l'expérience nous a montré que toutes les manifestations variées du paludisme aigu, récidivant et chronique, avec splénomégalie et anémie consécutive sont bien influencées par la cure adréno — ou éphédrothérapique.

* * *

Il est à montrer, en résumé, les résultats globales, obtenus sur un total de 40 cas de paludisme aigu, récidivant et chronique, traités par la cure éphhédrothérapique associée à une médication spécifique.

PREMIER GROUPE: **Six cas de paludisme de I-ère invasion, dont les paroxysmes de fièvre datent depuis 4 à 10 jours.**

Hématozoaire présent de type vivax dans tous les cas.

Après la cure. L'apyrexie s'est installée après 1 à 3 jours.

Réactivation fébrile précoce (crochet unique) en 3 cas [5]).

Splénomégalie de I-er degré en 4 cas; de 2-e degré en 2 cas.

Disparition de l'hématozoaire du sang et rate normalisée dans tous les cas.

Pas de récidives.

NCB Cluj / Central University Library Cluj

---

4) **I. Radvan:** Traitement progressif adrénalinique co-adjuvant dans le paludisme. Rev. Şt. Medicale, 1939, No 6

— Thérapie co-adjuvante antimalarienne endoveineuse par l'hormone surrénale — Rev. St Med. 1941, No. 1.

— Quelques précisions et problèmes concernant l'adrénothérapie dans la maladie palustre. Académie des Sciences de Roumanie, séance du 5 Mai 1943.

5) Au cours du traitement adréno ou éphédrothérapique, on observe très souvent des **réactions fébriles** qui en général sont de durée assez courte. Elles peuvent survenir:

— au cours de la 2-e semaine du traitement: **réactions normales,**

— après 2-3-4 jours de traitement: **réactions précoces.**

— à la fin du traitement **réactions tardives;** et enfin.

— après la fin de la cure: **réactions posthumes.**

Une **réactivation double** ou **triple** du processus fébrile, est, elle aussi, possible. La mobilisation du matériel parasitaire (stase toxique intransplénique), due à la spléno-contraction, trouve son expression clinique dans ce mouvement fébrile, caractérisé par de petits accès thermiques ou subfébrilités très sensibles à l'action de la quinine.

DEUXIÈME GROUPE: **22 cas de paludisme récidivant, datant depuis 1 à 6 mois, avec paroxysmes fébriles périodiques,** traités à plusieurs reprises avec une médication spécifique polivalente, dont le succès a été seulement partiel et passager.

A l'entrée: 18 cas fébriles et 4 cas afébriles.

Hématozoaire présent dans tous les cas: 11 cas avec plasmodium vivax; 9 cas avec plasmodium praecox et 2 avec plasmodium malariae.

Splénomégalie présente dans tous les cas: 5 cas avec splénomégalie de 1-er degré, 13 cas avec splénomégalie de 2-e degré et 4 cas avec splénomégalie de 3-e degré, l'appréciation faite d'après Schüffner.

Après la cure: L'apyrexie s'est installée dans tous les cas fébriles au cours de 1 à 6 jours: en 2 cas après 1 jour, en 7 cas après 2 jours, en 5 cas après 3 jours, en 3 cas après 4 jours et dans un cas après 6 jours.

Hématozoaire disparu dans tous les 22 cas (contrôle sanguin répété).

Splénomégalie beaucoup réduite en 4 cas; rate normalisée en 18 cas.

Réactivation fébrile normale une seule fois.

Réduction de l'anémie et augmentation du poids corporel constantes. A cause de l'application d'un traitement accessoire avec des extraits du foie, nos expériences ne peuvent pas apprécier la part qui revient à la cure d'attaque stérilisante antipalustre dans le processus d'amélioration ou de la guérison de la crase sanguine.

Copyright © Babeş-Bolyai University Library Cluj

TROISIÈME GROUPE: **12 cas avec paludisme ancien, parvenu à la phase de splénomégalie chronique et anémie consécutive.**

A l'entrée: 8 cas afébriles et 4 cas évoluant avec de petits accès fébriles ou subfébrilités irrégulières.

Hématozoaire présent de **type praecox** seulement en 5 cas.

Hématozoaire absent (contrôle répété) en 7 cas. Mais l'aspect clinique actuel et l'existence dans les commémoratifs des paroxysmes de fièvre à type paludéen, datant de 1 à 11 ans et répétés de temps en temps, plaident en faveur d'un paludisme chronique à forme splénomégalique.

En 7 cas splénomégalie de 3-e degré; en 3 cas splénomégalie de 4-e degré; en 2 cas splénomégalie de 5-e degré.

Après la cure: Dans les cas fébriles: apyrexie après 2 à 7 jours.

Réactivations fébriles normales ou tardives à forme d'une subfébrilité en 5 cas; double réactivation dans un cas.

Hématozoaire disparu dans tous les cas.

Splénomégalie réduite: en 2 cas elle devient de 2-e degré; en 8 cas de 1-er degré; en 2 cas, la rate revient à la normale. Dans les cas de splénomégalies excessivement dures dont la capacité de réductibilité est minime, bien entendu que le traitement n'aura que des effets moins appréciables sur le volume de la rate. La diminution de la splénomégalie, qui s'exécute d'après un rythme propre à chaque cas (voir nos travaux antérieurs) est donc partielle ou totale, mais la cessation des

douleurs de l'hypochondre gauche est constante. La diminution du volume de la rate a pour conséquence l'amélioration de l'anémie parcequ'on diminue son pouvoir hémocatatonique et hémocatérique et consécutivement l'action inhibitrice de la rate sur l'hémopoïese médullaire diminue elle aussi. La déficience de l'état physique et psychique si caractéristique de la malaria chronique est considérablement améliorée: le facies paludéen disparaît, le poids corporel augmente avec la récupération de la capacité de travail.

Si on rapporte ces résultats à ceux obtenus seulement par la médication dite spécifique, on constate que la paludisme chronique à forme splémomégalique échappe régulièrement à l'action de cette dernière. D'autre part, par la cure ephedrothérapique, l'apyrexie est obtenue beaucoup plus rapidement et avec des doses moindres de quinine. Depuis l'application de l'adréno-ou éphédrothérapie, je n'ai plus vu aucune fièvre palustre résistante à la médication spécifique. Mais l'effet le plus important réside dans l'action du traitement sur la splénomégalie. Dans mes recherches antérieures, j'ai constaté que même la splénomégalie du paludisme aïgu ne soit pas toujours influencée par le traitement quinine-atebrine-plasmoquine. Sur un total de 109 observations de paludisme aïgu, la splénomégalie est revenue à ses dimensions normales seulement dans 46,5 p. 100 des cas. Dans 30,8%, elle est restée irréductible et dans 22,7% des cas la splénomégalie était légèrement influencée [6]).

Au fur et à mesure que les malades sont soumis à des réinculations multiples et saisonnières, l'irréductibilité de l'hypertrophie de la rate à la médication habituelle apparaît dans une proportion progressivement croissante. Les accès fébriles ont par contre une allure progressivement bénigne, disparaîssant même sans traitement; les malades paraîssent se trouver en quelque sorte désensibilisés vis-à-vis des antigènes et des endogènes malariques. La maladie se trouvant dans la **période réfractaire,** elle prend le caractère exclussivement réticulo-endothélial sans des possibilités évolutives sanguines. Dans ce stade le paludisme présente des troubles viscéraux multiples et sérieux, car à côté de la prédominence splénique dès le début, le processus intéresse le foie et même la moelle osseuse [7]) et [8]). On constitue alors une réticulo-endothéliose hépato-splénique et une réticulo-myélose parasitaire avec réaction myéloïde. Même dans cette phase de la maladie, le traitement par l'éphédrine peut rendre parfois services. Une de nos observations est concluante de ce point de vue:

C. Me. de 33 ans entre le 28 septembre. Rien de particulier dans ses antécédents hérédo-collatéraux. Il a eu une urétrite et ulcère vénérien simple en 1936. B. Wass. négatif à répétition.

Le début de l'état actuel en janvier 1943 sur le front de Caucase. Les symptômes initiaux comme la diminution de l'appetit et l'amaigrissement progressif sont atribués à l'alimentation défectueuse. Evacué et ensuite

6) «Rezultatele noastre cu privire la studiul comparativ al eficacității produselor sintetice (atebrină-plasmoquină) și chininei în tratamentul paludismului». Rev. St. Med., 1936. No. 7 (en collaboration avec M. D. Alexandrescu).

7) et 8 «Rolul sistemului reticulo-endotelial în patogenia și terapeutica boalei palustre» Rev. Sanit. Milit. Buc. 1943, No. 7-9 (en. collab. avec M. I. Balaban). **I. Radvan:** «Fonction du foie dans le paludisme» — Mișcarea Medicală Română 1944 (sous presse)

BCU Cluj / Central University Library Cluj

démobilisé. Il fait de la fièvre et en mai il vient à une clinique où on lui constate: hépato-splénomégalie, fièvre irrégulière (petits crochets le soir, rarement la température dépassait 38°). Après l'examen du sang on lui met le diagnostic de **leucémie myloïde.** On institue la Röntgenthérapie, qui après six séances, apporte un état général satisfaisant, une diminution de la splénomégalie, mais l'état fébrile se maintient et le nombre des globules rouges diminue de 2,2 à 1,7 millions.

La maladie s'aggrave le mois de juillet. On lui applique de nouveau la Röntgenthérapie, seulement deux séances cette fois, suivie d'un traitement à la campagne avec des toniques, hépatothérapie et vitamines.

Le 28 septembre, le malade est amené à notre service.

A l'entrée: aspect pâle, asthénie, il attire l'attention sur la souffrance de l'épigastre et de l'hypocondre gauche, où on laisse palper une grosse tumeur douloureuse et immobile, qui dépasse la ligne xipho-ombilicale; **c'est une splénomégalie de cinquième degré,** d'une consistence dure et contours irréguliers, mesurant 30 × 17 cm. Le foi est augmenté de volume et douloureux; il dépasse le rebord à 3 travers de doigts et mesure 18 cm. sur la ligne mamélonnaire. Légère circullation collatérale thoracoabdominale; on constate des râles bronchiques, de la tachicardie et une tension artérielle de 95 à 40 mm³. au Vaquez. A noter en outre un **état fébrile** plutôt irrégulier, simulant parfois de petits accès vespéraux. Les ganglions sont normaux. Les épiphyses et le sternum douloureux à la pression.

Au cours de la première semaine de l'hospitalisation, le malade fait de la fièvre irrégulière (T° 37,5—38,2).

30 sept. L'analyse du sang montre: **présence du plasmodium praecox** (nombreuses formes annulaires et gamètes); **hémogramme:** hématies 2,2 millions, valeur globulaire 0,72; leucocytes 22.000; formule leucocytaire: polineutro. 62,5, bas. 3 éosino. 2, monocytes 15, lympho. 6.

Formes anormales: promyélocytes 0,5%, myélocytes neutroph. 7,5%, myélocytes bas. 0,5, métamyélocytes 2,5, cellules Rieder 0,5%; un médullogramme n'a pas été possible, le malade refusant la ponction sternale.

Le diagnostic de paludisme à forme tropicale est confirmé à la surprise du malade. L'anémie paraît secondaire et commune, mais **l'état leucémique à type myéloïde constituait le cachet particulier de ce cas,** interprété au debut uniquement comme une leucémie myéloïde [9]).

Par conséquent, nous avons institué un **traitement causal,** c'est-à-dire du paludisme à l'aide de la quinine-plasmoquine associée à des injections endoveineuses d'éphédrine en doses de 0,05 à 0,10 ctg. en deux injections quotidiennes pendant 30 jours; comme traitement accessoire: hépatothérapie, toniques et vitamines.

La fièvre disparaît après deux jours.

Double réactivation fébrile (normale et tardive) supprimée par la quinine-plasmoquine. Hématozoaire disparu du sang (contrôle répété).

Il survient une amélioration progressive de l'état général, de l'hépato-splénomégalie et de l'hémogramme.

A la fin de la cure (le 4 novembre): **rate beaucoup diminuée** jusqu'au rebord costal; elle est à peine palpable; **foie, diminué** aussi, dépassant le rebord seulement à un travers de doigt; **hémogramme beaucoup amélioré, de même que la réaction myéloïde:** hématies 3,62 millions, valeur globulaire 0,86, leucocytes 13.000; formule leucocytaire: polineutro. 57, eos. 2, monocytes 7, lympho 25 p. 100; **formes anormales:** myélocytes neutro 6%, métamyélocytes 3%.

Revu après deux mois, le bon état de la rate, du foie et de l'hémo-

---

9) Du fait que le malade a passé dernièrement plusieurs semaines d'été à la camragne on pourrait supposer une infestation palustre surajoutée. Mais d'après toutes les apparences le malade était un paludéen plus ancien et l'état leucémique serait une complication de la maladie palustre, accident très rare. Le diagnostic d'une réticulo-endothéliose hépato-splénique et d'une réticulo-myélose p r sitaire avec réaction myéloïde paraîtrait plus plausible.

gramme était stable et par conséquent l'épreuve thérapeutique semblait confirmer notre diagnostic [10]).

Il ressort donc que la cure ephédrothérapique puisse favorablement influencer même un cas de paludisme parvenu au 3-e stade avec de graves troubles viscéraux, lorsque la réticulo-endothéliose parasitaire intéressait non seulement la rate et le foie, mais aussi la moelle osseuse.

Pour l'explication du mode d'action du traitement, nous renvoyons le lecteur à nos travaux antérieurs où tout ce qu'il a été dit pour l'adrénothérapie est aussi valable pour la cure éphédrinique.

En concluant, je ne dirai qu'un seul mot:

La méthode de la splénocontraction permet au problème si complexe de la thérapie du paludisme d'aboutir à l'avenir si non à présent, à une des meilleures et des plus complètes résolutions; conclusion à laquelle j'ai arrivé depuis 1939.

Zur Anwendung von Ephedrin bei Malariabehandlung.

Der Verfasser zeigt die Resultate bei 40 Fällen von verschiedenen Formen von Malaria durch die spezifische Behandlung kombiniert mit intravenösen Ephedrininjektionen.

Diese Behandlung, welche aus der Ascolimethode hervorgegangen ist, hat dieselben Grundlagen, Indikationen und Aktionsmechanismen und ist genau so gut und nützlich wie die Adrenotherapie besonders in chronischen Fällen mit Splenomegalie und Anämie.

Diese Arbeit stütz sich auf eine Reihe von Untersuchungen und mehrjähringer Erfahrungen der Verfassers über eine sterilisierende Behandlung der Malaria durch die Milzkontraktionsmethode. Diese Methode verbessert die Insuffizienz der spefizischen Therapie und kann sie sogar zum verschwinden bringen Der therapeutische Wert wird viel gesteigert durch gewisse gefässkontrahierende und milzkontractile Substanzen, und der Verfasser der lange Zeit die Adrenotherapie angewendet hat, verwendet heute das Ephedrin zum Zwecke eines vergleichenden Studiums.

Dell'utilizzazione dell'efedrina nel trattamento co-adjuvante della malaria.

L'autore presenta 40 casi di diverse forme di malaria ed i risultati ottenuti col trattamento specifico associato ad inniezioni endovenose di efedrina.

Il trattamento, che deriva dal metodo di Ascoli si fonde sugli stessi principi, ha le stesse indicazioni e modo di azione ed ha l'eficacita a l'utilita simile a l'adrenoterapia, specialmente nelle forme croniche con splenomegalia ed annemia.

Questo lavoro fa parte di una serie di ricerche eseguite da parrechi ani, per trovare une terapia sterilizzante della malaria con il metodo della splenocontrattibilita. Questo metodo in parrechi casi sopprime l'insuficienza del trattamento specifico Il potenziale terapeutico e di molto ameglioratо attraverso certe sosstanze vaso-constrittive e spleno-contrattile. L'autore dopo di che ha addoperato molto tempo l'adrenoterapia, oggi addopera per uno studio comparativo.

---

10) Quoiqu'il en soit, le cas soulève cependant le problème du rapport de la maladie palustre avec la leucémie myéloïde. Ce rapport a été déjà envisagé par Ch. Aubertin, Giraud et Collaborateurs.

En effet, l'attention a été déjà attirée sur la fréquence des antécédents lointains du paludisme chez les sujets atteints de leucémie myéloïde. Pourtant, il y aurait lieu d'étudier premièrement les lésions de la rate au point de vue de la réaction myéloïde ainsi que les réactions myéloïdes du sang chez les paludéens avant d'admettre que la leucémie myéloïde puisse se greffer sur une splénomégalie paludéenne.

MAGNESIUM MANDELAT «ASTA»

(granule solubile în intestinul subțire)

pentru terapia specifică în

Coli-infecțiuni ale Căilor urinare

*

Absolut netoxic Foarte economic

(durată scurtă de tratament)

*

ASTA AKTIENGESELLSCHAFT
Chemische Fabrik
Brackwede

Literatură și eșantioane vă stau cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent.
„DROGUERIA STANDARD" S. A. R
Str. Sf. Ionică, 8 — București

BCU Cluj / Central University Library Cluj

NEOPLASMELE TESTICULARE *)

(Studiu clinic şi statistic)

de

Prof. D-r EMIL ŢEPOSU, D-r MIRCEA POPLUCA şi D-r IOAN BIRĂU

In lucrarea lor autorii fac un studiu complet clinic şi statistic al neoplasmelor testiculare, în legătură cu 38 cazuri tratate în Clinica Chirurgicală şi Urologică din Cluj-Sibiu. Din punct de vedere al diagnosticului, pe lângă simptomele clasice, dau mare importanţă probei transluminării, precum şi examenului biologic, reacţia Aschheim-Zondek, iar din punct de vedere terapeutic fac uz în majoritatea cazurilor de procedeul castraţiei înalte a lui Villar.

Au cunoştinţă despre mersul postoperator în 25 cazuri, dintre cari supravieţuiesc 9 fără semne de recidivă sau metastaze ganglionare şi organice, restul cazurilor fie că au sucombat, fie că prezintă recidive sau metastaze ganglionare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Localizarea neoplasmelor la nivelul organelor genitale masculine a fost semnalată pentru prima dată prin secolul al XVII-lea. Astfel prima publicaţiune sub titlul de **„Observaţiunea unei pretinse sarcini la om"**, se datoreşte chirurgului Saint-Donat la 1696.

La început aceste neoplasme — fiind deseori confundate cu sifilisul şi tuberculoza testiculară — nu constituiau un grup de afecţiuni bine izolate. Mai târziu însă prin secolul al XIX-lea, Cooper distinge — din punct de vedere macroscopic — două tipuri de tumori testiculare: **schirusul şi encefaloidul**, precum şi **maladia chistică a testicolului**; iar Cürling — din punct de vedere clinic deosebeşte tumori benigne şi maligne.

In general în studiul neoplasmelor testiculare deosebim patru etape evolutive.

Prima etapă la 1887 începe cu lucrările lui Kocher şi Langhans, cari împart neoplasmele testiculare după originea lor în tumori: epiteliale, conjunctive şi teratomatoase.

A doua etapă la 1895, caracterizată prin lucrările lui Pilliet şi Costes, cari disting două categorii de neoplasme: 1) din epiteliul tubilor lui Pflüger şi 2) din epiteliul corpului lui Wolff. Iar cu un an în urmă Max Wilms se ocupă cu tumorile teratoide, pe cari le împarte în tipice sau benigne şi atipice sau maligne.

---

*) Lucrare din Clinica Chirurgicală şi Boalele Căilor Urinare din Cluj-Sibiu.

A treia etapă la 1906, când problema neoplasmelor testiculare a fost pe deplin elucidată prin lucrările lui Chevassu dela Paris şi care în teza sa magistrală, ne dă cea mai bună clasificare a acestor tumori, rămasă valabilă până în zilele noastre. In acelaşi timp Chevassu, pentru prima dată descrie individualitatea seminomului — ca o tumoră provenită din spermatogonii. Pe când şcoala germană — în frunte cu Pick, Oberndorfer şi alţii, — deşi admit această individualitate, susţine originea teratomatoasă a seminomului — numindu-l chorio-epiteliom.

In sfârşit a patra etapă cu anul 1925 — prin lucrările lui Michalowsky din Smolensk — constitue era experimentală în producerea tumorilor testiculare. Iar autorii: Heidrich, Fels şi Fergusson introduc reacţia Zondek-Aschheim, în diagnosticul diferenţial al tumorilor testiculare, care în acelaşi timp serveşte şi ca mijloc de a constata eventualele metastaze după îndepărtarea tumorii, cât şi ca indicaţiune dacă tratamentul cu raze repetate este necesar.

Prin neoplasme testiculare vom înţelege, acelea neoformaţiuni care sunt bazate pe o proliferare, fie a ţesutului propriu, fie a unui ţesut străin inclus în glandele genitale — în urma unei anomalii de desvoltare embrionară. Ele sunt relativ rari şi reprezintă aproximativ 1—3% din totalitatea tumorilor maligne ale corpului uman (Buchard, Moriss, etc.); iar după cercetările prof. Iacobovici, Jianu şi Cosăcescu la spitalele din Bucureşti, reese un procent de 0.9% din totalitatea tumorilor organismului. După Mc. Nally din toate tumorile maligne la sexul masculin, tumorile testiculare reprezintă un procent de 0.58%. Până în anul 1928 clinica Mayo a observat 102 cazuri. Gilbert şi Movdy relatează despre 68 cazuri întâlnite în Hospital-Bellevue din New-York în intervalul dela 1912—1938. Iar în Hospital Henry-Ford din Detroit, au fost observate începând cu anul 1915, 21 cazuri de tumori testiculare maligne.

La copii survin extrem de rar; sunt însă de o malignitate extraordinară şi reprezintă cam 2,8% a cancerelor din copilărie, urmând imediat după cancerul ochiului şi rinichiului; ele apar cu predilecţie în primul an al vieţii şi nu se găsesc aproape deloc în restul copilăriei.

La adult tumora cea mai frecvent întâlnită este seminomul şi apoi vin tumorile teratoide, etc..

După aspectul isto-patologic cele 38 de cazuri (din statistica noastră dela 1921 până în prezent) se repartizează astfel:

Seminom	în	19	cazuri
Seminom în testicol, sarcom în metastazele ganglionare	„	1	„
Teratom	„	5	„
Chorioepiteliom	„	1	„
Cisto-carcinom sarcomatos	„	2	„
Tumoră mixtă vasculo-conjunctivă	„	2	„
Adeno-carcinom (cu metastaze)	„	1	„
Neoplasme de origină interstiţială	„	2	„
Lipsa examenului histo-patologic	„	5	„

Din acest tablou reese că în unele cazuri, aspectul histo-patologic poate fi diferit în tumora primitivă, faţă de metastazele sale. In statistica pe 21 cazuri din Hospital Henry-Ford Detroit găsim 14 seminoame, 4 teratoame, 1 chorioepiteliom şi 2 cazuri de tumori metastatice cu punct de plecare; unul dela un limfosarcom al braţului şi altul dela un carcinom skiros al stomacului.

In privinţa vârstei, neoplasmele testiculare se întâlnesc mai cu seamă între 25—45 ani, ceea ce corespunde cu perioada celei mai mari activităţi genitale. Seminomul se observă mai cu seamă între 35—50 ani, iar embrioamele între 18—35 ani. La copil se găsesc aproape numai tumorile teratoide.

După vârstă cazurile noastre se prezintă astfel:

Intre	1—10 ani avem	1	caz
„	11—20 „ „	1	„
„	21—30 „ „	9	„
„	31—40 „ „	11	„
„	41—50 „ „	7	„
„	51—60 „ „	6	„
„	61—70 „ „	3	„

Cele 21 de cazuri de tumori testicolare din Hospital Henry-Ford Detroit, după vârstă s'au prezentat astfel:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dela	10—12 ani	1	caz
„	20—30 „	4	„
„	30—40 „	8	„
„	40—50 „	3	„
„	50—60 „	4	„
„	60—70 „	1	„

Majoritatea bolnavilor aşteaptă un timp destul de îndelungat până a se prezenta la vizita medicală: cea mai scurtă aşteptare a fost de o lună şi cea mai lungă de 3 ani.

In ce priveşte localizarea, aceasta pare să fie mai frecventă în dreapta. In statistica noastră găsim 24 cazuri la dreapta şi 14 cazuri la stânga. Bilateralitatea acestei afecţiuni este excepţională şi se întâlneşte mai ales în tumorile secundare ale testiculului.

Printre cauzele susceptibile de a juca un rol favorizant în producerea acestor neoplasme avem:

1. Traumatismele: acestea ar avea numai un rol revelator în declanşarea evoluţiei unui neoplasm preexistent (Wasterlain, prof. Iacobovici, prof. Ţeposu). In orice caz pentru bolnav traumatismul constitue întotdeauna momentul de care leagă debutul afecţiunii sale. In statistica noastră găsim:

Traumatisme repetate cu acţiune directă	în	3	cazuri
Un singur traumatism în antecedente	„	3	„
Eforturi mari fizice	„	9	„
Injecţii de substanţă sclerozantă pentru hidrocel	„	4	„
Fistulă cronică bacilară invocată drept cauză	„	1	„
Lipsa oricărui agent traumatic	„	18	„

Mai amintim că în statistica noastră întâlnim blenoragia în antecedente numai la 14 cazuri, iar sifilisul la 4 cazuri.

2. **Ectopia testiculară:** Majoritatea autorilor admit că aceste neoplasme survin cu mult mai frecvent pe testiculul ectopic decât pe cel normal (Derocque, Julien, Chevassu). In statistica noastră găsim numai în 3 cazuri ectopie testiculară. Se pare că această anomalie constitue o predispoziţie în desvoltarea neoplasmelor testiculare (mai ales pentru embriome).

3. **Profesiunea:** în statistica noastră găsim clasa agricultorilor cea mai frecvent atinsă, ceea ce s'ar explica prin felul de vieaţă mai expus diferitelor injurii exterioare.

4. **Terenul,** adică totalitatea condiţiunilor humorale şi biochimice (reacţia sângelui, conţinutul în H-ioni, Ca, mecanismul glico-regulator etc.) necesare producerii şi menţinerii stării precanceroase şi canceroase (Wasterlain). In acelaşi timp acordăm mare importanţă şi terenului local, deoarece aceste tumori testiculare nu evoluiază întotdeauna numai pe un testicul normal. Astfel în statistica noastră găsim că tumora în afară de diferite traumatisme, a fost precedată şi de altă afecţiune testiculară:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

De hidrocel	în	7	cazuri
„ baciloză	„	2	„
„ testicol hipertrofic	„	8	„
„ testicol ectopic	„	3	„
şi tumora a evoluat pe testicol până atunci normal	„	18	„

Intre tumorile testiculare din Hospital Henry-Ford Detroit, hidrocelul a apărut în 20% a cazurilor — Mc. Nally din 649 cazuri de tumori testiculare, a găsit ectopia testiculară într'un procent de 12.2%; Rea din 1371 cazuri în 9.9%, iar Rubaschow din 21 cazuri în 11%, deci frecvenţa medie a ectopiei testiculare ar fi de 10%. Faţă de această malformaţiune tumorile testiculare apar într'un procent de 0.05—0.06%.

Clasificarea şi anatomia patologică.

In stadiul actual al cunoştiinţelor noastre, deosebim o clasificare embriogenică a şcoalei germane în frunte cu Oberndorfer, ce este însă prea exclusivistă, admiţând numai origina teratomatoasă a acestor neoplasme testiculare. Apoi avem şcoala americană în frunte cu Eisendrath şi Schultz, care dă o clasificare anatomo-clinică, deosebind neoplasme omoloage, heteroloage, benigne şi maligne. Şi pe urmă şcoala

franceză în frunte cu M. Chevassu, care dă cea mai complectă clasificare — admisă şi astăzi — deoarece încadrează toate tumorile testiculare indiferent de origina lor foarte variată. Astfel Chevassu distinge:

I. **Tumori specifice testiculare** în care descrie: 1. **tumori histioide**, formate dintr'un singur element testicular (ex.: neoplasmele epiteliului seminal sau provenite din celulele interstiţiale), 2) **tumori organoide** ce provin din totalitatea ţesuturilor proprii testiculare (ex.: adenomul testicular).

II. **Tumori nespecifice testiculare** cu următoarele varietăţi: 1. **tumori histioide banale** (ex.: neoplasmele ţesutul. conjunctiv fibros, lax), 2) **tumori hetero-topice** (ex.: embriomele, enchodromele, miomele, mixomele, ostéomele, placentomul, teratomul şi maladia chistică testiculară), 3) **tumori secundare** (sunt neoplasmele de metastază).

Inainte de a trece la studiul anatomo-patologic al neoplasmelor testiculare, vom aminti pe scurt anatomia şi istologia normală a testiculului.

Testiculul este îmbrăcat de o tunică albuginee groasă din a cărui margine posterioară pleacă numeroase septe. Fiecare lobul delimitat de aceste septe, este constituit din tuburi epiteliale numite tubi seminiferi cu un traect foarte neregulat şi la care deosebim o porţiune periferică foarte întortochiată situată sub albuginee, este tubul contort sau tubul seminifer propriuzis, — adică partea secretorie propriuzisă. Aceasta este acoperită cu un epiteliu format din celulele lui Sertoli, cari sunt celule situate imediat pe membrana bazală — având o formă alungită şi cu nucleul în stare de repaos şi cu nucleolul mare —; iar între acestea se află alte celule mici cu nucleul în plină activitate, numite spermatogonii. Din acestea vor lua naştere spermatidele şi în fine spermatozoizii, care pe măsură ce se formează cad în lumenul canalului.

Porţiunea centrală cu o direcţiune mai dreaptă, numită şi tubul drept — este partea excretorie şi la acest nivel avem un singur strat epitelial, format din celule cilindrice.

Ambele aceste segmente ale canalelor seminifere au o origine distinctă: porţiunea secretorie derivând din cordoanele embrionare ale lui Pflüger, iar cea excretorie din corpul lui Wolff.

In partea mijlocie a fiecărui lobul, tubii drepţi se unesc pentru a forma un singur tub mare. Tubii drepţi mari ai fiecărui testicul — la nivelul corpului lui Highmore — se anatomozează între ei, formând o reţea — rete testis.

Intre canalele seminale se găseşte un ţesut conjunctiv lax puţin desvoltat cu vase şi nervi şi se mai găsesc grupe de celule aşezate sub formă de insule, numite celulele interstiţiale şi care constituesc o glandă cu secreţiune internă, cu influenţă asupra desvoltării caracterelor sexuale secundare. In privinţa vaselor sanghiune şi limfatice ale testiculului avem de spus următoarele: spermatica este artera propriu zisă a testiculului din aorta abdominală şi care la nivelul capului epididimar se anastomozează cu artera diferenţială.

Venele testiculului cu cele din epididim, formează venele spermatice sau plexul pampiniform în jurul canalului deferent şi se varsă

în vena renală la stânga, iar la dreapta în vena cavă inferioară. Cât despre vasele limfatice, acestea însoţesc venele pe tot traectul lor şi se varsă în ganglionii lombari şi anume în cei juxta şi pre aortici, iar de aici prin ramuri scurte ajung la grupul ganglionar profund retrovascular, de unde pleacă apoi limfaticele eferente care se varsă în cisterna lui Pecquet.

Fiecare din aceste diverse elemente constitutive testiculare pot da naştere la tumori diferite. Dar în testicul se mai pot desvolta tumori şi pe socoteala unor resturi embrionare — numite embriome testiculare de Chevassu sau disembriome de Masson.

Aspectul macroscopic şi microscopic al celor mai frecvent întâlnite dintre tumorile testiculare.

Seminomul sau epiteliomul seminifer (radio-sensibil).

Este cea mai frecventă dintre tumorile testiculare; este foarte malignă şi dă loc la metastaze uneori enorme. Fiindcă ia naştere din spermatogonii, a fost numită epiteliom spermatogonic de către Borel şi Masson.

Macroscopic: apare ca un nodul intratesticular, ce creşte fără a deforma prea mult testiculul şi este de culoare albă-gălbue sau uşor rozată bine delimitată. **Pe secţiune** apare ca o masă omogenă striată de travee subţiri şi presărată cu focare necrotice gălbui sau hemoragice foarte caracteristice. Consistenţa variabilă — după vârsta tumorii — putând merge dela cea schiroasă până la cea encefaloidă.

CC-0. Cluj / Central University Library Cluj

Microscopic: seminomul este constituit din celule clare poligonale sau rotunde foarte fragile, aranjate în travee anastomozate sau în grămezi şi dintr'o stromă bogată în vase de neoformaţiune (ce explică focarele hemoragice). Protoplasma celulară slab acidofilă, prezintă numeroase mitochondrii şi lipoide (ce explică culoarea galbenă caracteristică); nucleul este voluminos şi foarte rezistent. In focarele necrotice celulele sunt puternic acidofile, iar stroma întotdeauna prezintă o puternică infiltraţiune de celule limfoide.

Chevasu găseşte 59 cazuri cu seminom din 128 tumori examinate; Mortonn dela clinica lui Mayo din 101 găseşte 69 cazuri cu seminom; iar în statistica noastră din totalul de 38 cazuri avem 19 cu seminom.

Tumorile Wolffiene sau excreto-genitale — din epiteliul tubilor drepţi sunt radiorefractare. In stare pură sunt extrem de rare (Jeanbrau). Chevassu a avut un singur caz, iar în statistica noastră n'am avut niciun caz, care ar putea fi încadrat aici.

Tumorile celulelor interstiţiale: prevăzute încă din anul 1878 de către Waldayer, au fost confundate la început cu seminomul. Ele sunt rare şi se întâlnesc mai ales în testiculii ectopici. Au o coloraţiune galbenă-închisă şi sunt formate din celule poligonale cu o protoplasmă foarte acidofilă; uneori au un aspect spongios, fiind încărcate cu grăsime. Deseori găsim celule cu mai mulţi nuclei din cauza cariochinezelor ce sunt numeroase. Chevassu pe 128 cazuri, întâlneşte un singur caz, iar

noi în statistica noastră avem 2 cazuri cu astfel de tumori. Huffman L. F. în comunicarea sa: „Interstiţiat cell tumor of the testicle: raport ot a case", publicată în J. of. Urol. 45, 692—698 din 1941, relatează despre 12 cazuri de tumori testiculare ale celulelor interstiţiale tip Leydig, dintre cari unul prezenta o tumoră bilaterală. Cinci din aceste cazuri au apărut în copilărie şi la patru din ele s'a constatat o desvoltare sexuală precoce. La doi adulţi s'a constatat gynecomastie; numai unul din cazurile comunicate a fost de natură malignă.

Intr'un caz reacţia Aschheim-Zondek a fost intens pozitivă. Şi aici era vorba de un băiat în vârstă de 6 ani, cu o greutate de 30 kgr. şi care a prezentat în antecedente un traumatism la nivelul testiculului stâng, ce era mărit mult de volum cu o suprafaţă regulată netedă şi uşor sensibil la presiune; cu regiunea pubiană păroasă şi cu o desvoltare puţin pronunţată a sânilor. Radiografia oaselor şi a şelei turceşti normală. Vindecarea netă după orchidectomie. După o supraveghere de 2 ani, desfăşurare normală a cazului, fără niciun indiciu de metastazare.

Tumori organoide proprii testiculului (adenomul testicular). Apar excepţional de rar şi au fost descrise de Leçéne şi Chevassu mai ales pe testiculii ectopici, sub formă de noduli mici, duri, de culoare mai întunecată. Microscopic găsim tuburi adenomatoase şi mai rar celule individualizate. Existenţa acestor tumori este negată de Branca.

Tumori histioide banale sau tumorile conjunctive. Se prezintă la fel ca şi în alte organe. Aşa putem avea: fibrome, sarcome, etc. şi mai ales la copiii în primii ani sunt foarte maligne, dând metastaze rapide.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Disembriomele testiculare. Au fost descrise de Chevassu sub numele de embriome intratesticulare, ce apar sub forma unui nodul foarte mic într'un punct oarecare al parenchimului testicular şi care creşte încet presând ţesutul sănătos spre periferie şi care astfel se atrofiază. Pot lua dimensiuni foarte mari (cap de adult) când sunt degenerate. Ele prezintă o consistenţă inegală datorită diversităţii ţesuturilor care le compun, de unde şi denumirea lor de tumori mixte.

In general, prin disembriome testiculare înţelegem o serie întreagă de tumori testiculare înrudite între ele, începând cu formaţiunile cele mai complexe ce conţin toate ţesuturile posibile embrionare şi chiar adulte, până la formaţiunile tumorale simple, unde predomină numai un singur ţesut.

Astfel deosebim trei categorii în disembriomele testiculare: 1) **Teratomele** cu tendinţă de a forma organe de tip adult, sunt cele mai complexe. In ele găsim părţi fetale net caracterizate cu peri, piele, dinţi, vertebre, ţesut cartilaginos, etc., având configuraţia generală a unui embriom rău format, uneori închistat într'o cavitate amniotică plină cu materie sebacee (teratomul închistat). Ca şi chistele dermoide ovariene, teratomele sunt tumori benigne, care însă pot să degenereze în cancer.

2) **Embriomele pure (nedegenerate)** sunt teratome mai puţin complexe, formate din ţesuturi embrionare (cele trei foiţe germinative) ames-

tecate (fibre musculare, cartilagii, ţesuturi epiteliale, etc.). Aşa putem avea: chist-adenomele testiculare, etc..

3) **Embriomele simplificate**: aici predomină unul din elementele tumorii mixte. Astfel avem chistul dermoid (când e vorba de o desvoltare preponderentă a unui chist epitelial cu structură cutanată); sau encondromele, mixomele, osteomele. Oberndorfer le numeşte tumori rudimentare.

Aceste embriome testiculare au tendinţă specială spre degenerescenţă malignă, mai ales acelea în care predomină ţesutul conjunctiv nediferenciat şi anumite formaţiuni chorio-placentare.

Embriomele degenerate de tip chorial sau chorio-epiteliomele după Hartmann şi Peyron ar proveni din proliferarea trofoblastului inclus în testicul, constituind un placentom identic celui uterin. Acest trofoblast în mod normal asigură legătura între mamă şi embriom, prin faptul că celulele sale sunt destinate să formeze viitoarele membrane nutritive (vilozităţile placentare, chorionul, amniosul). Această concepţie în patogenia chorio-epiteliomelor a fost confirmată prin constatarea la omul atins de choriom testicular, a fenomenelor declanşate la femee prin gestaţie: gynecomastie cu prezenţa prolanului în urină — decelabilă cu ajutorul reacţiei lui Aschheim-Zondek.

Aceste tumori sunt cele mai maligne dintre cancerele disembriomelor şi sunt caracterizate prin aspectul lor hemoragic şi necrotic. După unii autori disembriomele testiculare ar forma marea majoritate a tumorilor testiculare. In statistica noastră pe 38 cazuri, găsim 11 cazuri de tumori mixte.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Szeleczky Julius în lucrarea sa: Ueber bösartige „Hodengeschwülste" (Chir. Klin. Univ. Debreçen) Bruns' Beitr. 172, 265—301 anul 1941, vorbeşte despre 29 cazuri de tumori testiculare maligne, dintre cari 17 seminome, 4 sarcome, 1 caz teratoid şi 7 cazuri cari n'au fost examinate din punct de vedere histologic. Pe baza studiului său ajunge la următoarele concluziuni: între tumorile testiculare maligne survin relativ rar sarcomele, carcinomele şi tumorile mixte degenerate şi relativ frecvent seminomele ce-şi au origina în celulele specifice ale testiculului (epiteliul seminal), fapt pentru care pledează aspectul histologic al ţesutului fin din care sunt constituite, rolul deosebit al traumatismelor în antecedente şi sensibilitatea enormă faţă de razele Roentgen.

Tumorile secundare. De obicei sunt bilaterale şi survin foarte rar ca metastaze ale neoplasmelor situate în altă parte a organismului, propagându-se la testicule pe cale sanghină sau limfatică — mai ales dela limfo-adenome sau limfo-sarcomatoze gastro-intestinale (Oberndorfer).

Patogenia neoplasmelor testiculare. In general din acest punct de vedere se acceptă teoria lui Cohnheim şi Ribbert, care susţine că origina tumorilor testiculare ar fi nişte germeni embrionari care rămân un timp oarecare în stare de latenţă până ce la un moment dat — sub acţiunea unei cauze declanşatoare — îşi recapătă puterea lor de proliferare nelimitată dând naştere tumorilor.

Iar în ceea ce priveşte geneza embriomelor există trei teorii principale cari caută să explice origina acestor tumori:

1. **Teoria partenogenezei a lui Buffon-Waldayer.**

După această teorie celula seminală este considerată ca o celulă omnipotentă capabilă de a da sub influenţa unei cauze, tumori cu cele mai variate ţesuturi. Luând în considerare migraţiunea gonoblaştilor primordiali şi oprirea lor în diferitele organe, această teorie ar explica foarte bine atât embriomele testiculare, cât şi embriomele cu o altă localizare în organism.

2. **Teoria blastomerică (Roux, Bonnet, Wilms).**

Aceasta teorie explică geneza embriomelor printr'o tulburare în segmentaţia primitivă ce are drept consecinţă o izolare a unui sau mai mulţi blastomeri, cari incluşi fiind în testicul — după o anumită perioadă de latenţă — şi-ar fi desvoltat potenţialitatea lor. Această teorie are cei mai mulţi partizani.

3. **Teoria incluziunii (Verneuil şi Remak).**

După această teorie inclusiunile posibile din părţile embrionare (ex.: resturile wolffiene) şi cari sunt destinate regresiunii, din motivul unor cauze necunoscute ar perzista în testicul, luând ulterior o desvoltare tumorală.

Simptomatologia neoplasmelor testiculare. Diferitele forme anatomice ale neoplasmelor testiculare — cu mici excepţiuni — au în general o simptomatologie clinică comună. Sunt caracterizate printr'o fază de debut insidioasă şi indoloră, deseori chiar şi în perioada de stare, astfel că nu avem niciun semn apreciabil care să trădeze prezenţa afecţiunii.

Digitized by Central University Library Cluj

Uneori numai în mod accidental — după un traumatism sau după eforturi mari — observă individul o creştere progresivă a testiculului cu o senzaţie de tracţiune în cordonul spermatic şi de greutate în scrot, cu o uşoară jenă la acest nivel. In statistica noastră constatăm în debutul acestor afecţiuni:

Tumefiere fără dureri	în 24 cazuri
Prurit la nivelul testicolului afectat	„ 2 „
Dureri în testicolul afectat	„ 5 „
Tumefiere cu dureri	„ 7 „

In general în cazurile noastre timpul trecut dela debutul afecţiunii până la prezentarea în clinică a fost de două săptămâni până la doi ani, mai deseori însă de 6—8 luni. Şi de aici rezultă că majoritatea bolnavilor nu reclamă ajutorul medical decât în mod tardiv, când deja există metastaze ganglionare. După expresia lui Chevassu aceste neoplasme testiculare sunt exasperante prin insiduozitatea lor.

Majoritatea autorilor inzistă prea puţin asupra durerii, care ca şi în cazurile noastre când era prezentă — uneori chiar în perioada de debut sau de stare — avea un caracter continuu sau intermitent în legătură cu diferitele eforturi fizice, prezentându-se ca o nevralgie testiculară; iar alteori cu iradieri în regiunea inghinală, lombară (cu o senzaţie de tracţiune la nivelul rinichiului), la nivelul coapsei sau în mem-

brul inferior. Această durere însă nu era caracteristică pentru neoplasmele testiculare, putând fi întâlnită şi în alte afecţiuni testiculare cu evoluţie cronică.

Starea generală în perioada de stare era bună în majoritatea cazurilor, cu excepţia metastazelor precoce şi întinse din diferitele organe, când se constată o caşecsie cu o emaciere profundă, pierderea forţei muşculare şi a poftei de mâncare.

Iar în perioada terminală sau de extensiune, găsim adenopatii perceptibile la palpare cu metastaze mortale şi invadare a scrotului.

La examenul organelor genitale distingem:

1. **În perioada de debut:** singurul semn obiectiv este creşterea în volum a testiculului fără modificări ale vaginalei, epididimului şi cordonului spermatic. Uneori însă în această perioadă pot să fie metastaze la distanţă.

2. **În perioada de stare** avem întotdeauna de a face cu un testicul mare şi care la inspecţie ne arată un scrot voluminos mai mult sau mai puţin întins de culoare normală, uneori puţin mai vascularizat. Iar la palpare senzaţia ce o obţinem variază cu locul de plecare al tumorii: a) Dacă aceasta provine din elementele centrale ale testiculului, atunci organul pare uniform mărit de volum şi se simte ca o tumoră grea cu suprafaţa netedă şi regulată; consistenţa aproape uniform omogenă — fiind mai dură cu cât tumora este mai voluminoasă şi deci şi albugineea mai întinsă; b) Dacă tumora pleacă dela periferia organului, ea va apare foarte net la palpare, simţindu-se ca o tumoretă proeminentă la suprafaţa testiculului.

Babeş-Bolyai University Library Cluj

În acest timp parenchimul propriuzis al testiculului va fi comprimat între tumoră şi albuginee — ce este foarte rezistentă — şi elementele parenchimului se vor atrofia. Cu toate acestea spermatogeneza nu va înceta, decât într'o perioadă destul de avansată.

Cordonul spermatic este adeseori mărit de volum din cauza unei vascularizaţiuni mai intense — trebuind să asigure nutriţia unui testicul mult mărit — sau din cauza existenţei unei limfangite canceroase.

Cât priveşte epididimul, acesta în toate tumorile testiculare este mult timp respectat (Chevassu), în cât se poate distinge uşor — comprimând cu mâna stângă testiculul, iar cu cealaltă palpăm capul epididimului: **este semnul lui Chevassu** (adecă pensarea capului epididimului). Corpul şi coada epididimului devin destul de rapid neperceptibile în urma creşterii în volum a tumorii. De asemenea vaginala nu este invadată şi fiind liberă poate fi ciupită între două degete: **semnul pensării vaginalei a lui Sebileau.** Deoarece vaginala nu reacţionează decât când epididimul sau începutul cordonului spermatic sunt invadaţi, atunci se produce un hidrocel simptomatic cu puţin lichid — dând o senzaţie de fluctuaţie şi prin intermediul căreia încă se mai poate palpa şi simţi testiculul neoplazic: **este semnul lui Gosselin.**

În această perioadă invadarea ganglionilor lombari şi prevertebrali este aproape constantă, dar foarte rareori îi putem percepe la o palpare mai profundă.

După observaţiunile Profesorului Ţeposu, se remarcă în general că dela apariţia tumoretei intratesiculare — pe o perioadă de aproximativ

6 luni ea este staţionară, timp în care se presupune că tumora este localizată. Iar după acest interval fără nicio cauză sau în urma unui traumatism ori congestie repetată a testiculului (excese sexuale, masturbaţie, etc.) se produce o accelerare în evoluţia acestei tumori, care astfel poate să ajungă la mărimea unui ou de gâscă, pumn sau cap de făt, prezentând şi metastaze ganglionare întinse.

3. **In perioada terminală sau de extensiune,** testiculul este mult crescut în volum. Capul epididimului se infiltrează cu noduli neoplazici (primul semn vizibil de invadare limfatică după Chevassu) şi astfel epididimul devine tot mai puţin perceptibil. Cordonul spermatic se edemaţiază şi se infiltrează cu noduli neoplazici, devenind dur şi pierzându-şi mobilitatea sa. In statistica noastră îngroşarea precoce a cordonului a fost semnalată în 7 cazuri. Artera spermatică poate ajunge de dimensiunea radialei, iar venele se ectaziază luând aspectul unui varicocel. Aceasta infiltraţiune a cordonului şi epididimului uneori ia aspectul unei tumori ce pare să prelungească pe cea a testiculului.

Procesul neoplazic poate invada albugineea şi să apară în cavitatea vaginalei, care se inflamează, producându-se aderenţe şi astfel semnul lui Sebileau şi a lui Gosselin să dispară. La fel pielea scrotală se poate infiltra şi chiar ulcera, constituind fungusul malign al testiculului ce este caracterizat printr'o vastă ulceraţiune cu marginile dure eversate şi cu fondul acoperit de mase vegetante sfacelate, cu un miros fetid. Şi numai acum fiind atinse limfaticele scrotului, sunt invadaţi şi ganglionii inghinali. De obicei mai de timpuriu sunt invadaţi ganglionii lombo-aortici, cari formează mase voluminoase abdominale şi chiar ganglionii supraclaviculari.

B.C.U. Cluj / Central University Library Cluj

In acelaşi timp se pot produce diseminări generale pe cale sanghină şi limfatică (cisterna lui Pecquet şi canalul toracic) în diferitele organe: pulmon, ficat, etc.; această diseminare survine însă mai rar din cauză că tumora testiculară întâlneşte două bariere limfatice puternice. Prima este formată de ganglionul iliac extern a lui Horowitz precum şi de ganglionii preaortici şi juxta-aortici situaţi dela bifurcaţia aortico-cavă până la nivelul pediculului renal (pe părţile laterale ale acestor mari vase abdominale). A doua barieră este formată de ganglionii retrovasculari, a căror vase aferente se varsă imediat în cisterna lui Pecquet.

Invadarea ganglionară este variabilă după tumori. La unele are loc în perioada de debut sau chiar mai înainte, iar la altele după 6—8 luni sau chiar 2—4 ani (la fel ca şi în majoritatea cazurilor noastre). De obicei faza de metastazare depinde de malignitatea tumorii respective. Astfel placentomul este considerat ca cel mai malign, propagându-se pe cale sanghină. Urmează apoi embriomul ce traversează barierele limfatice, ajungând în regiunea mediastinală şi supraclaviculară.

Până atunci seminomul de regulă se cantonează la nivelul barierelor limfatice, formând mase neoplazice enorme ce comprimă organele de vecinătate. Iar când totuşi metastazele lui traversează aceste bariere, ele sunt foarte interesante: „Seminomul este foarte disciplinat, prinde întâi ca un lanţ linear foarte regulat de jos în sus ganglionii de

aceeaşi parte şi tocmai când a ajuns la ganglionii supra-claviculari, numai atunci trece şi prinde în aceeaşi ordine şi ganglionii de ceealaltă parte (Prof. Haţieganu).

Teratomul şi mai ales chistul dermoid sunt foarte rar maligne. In statistica noastră găsim metastaze obişnuite în ganglioni, pulmon, ficat şi un caz rar de metastaze în ambele mamele, deja la o lună dela debut — la un caz cu seminom desvoltat pe un testicul ectopic. La copii embriomele sunt cele mai maligne, dând metastaze viscerale şi osoase.

In această perioadă de extensiune pot să survină crize dureroase abdominale, datorite invadării plexului solar şi a nervilor splachnici; sau edeme enorme ale membrelor inferioare cu ascită, precum şi dispnee acută cu spută sanghinolentă (metastaze pulmonare) şi în fine edem al membrului superior cu tulburări laringiene (în metastazele ganglionare supraclaviculare).

In general bolnavii subcombă la 2—2½ ani într'o stare de intoxicaţie caşectică, deseori în mod subit cu ocazia unei hemoptizii fudroiante sau în cursul unei crize violente abdominale.

Chevassu descrie încă şase forme clinice diferite:

1. **Forma pseudo-inflamatorie** este caracterizată prin puseuri inflamatorii dureroase şi printr'o evoluţie rapidă şi malignă cu o limfangită a cordonului şi scrotului, fiind mortală în câteva luni. Este o formă ce survine mai rar dar importantă, deoarece poate duce la o confuzie cu o afecţiune testiculară de natură traumatică sau inflamatorie.

2. **Forma de hidrocel simptomatic** la fel de rară, este caracterizată printr'o creştere rapidă a lichidului ce maschează testiculul greu şi dureros. In statistica noastră avem 7 cazuri cu astfel de formă.

3. **Forma ganglionară** este o formă foarte rară care determină o adenopatie abdominală enormă cu simptome diseptice, deşi tumora testiculară e încă perceptibilă.

4. **Formă simulând un sindrom abdominal supraacut**, de tipul pancreatitei hemoragice (observaţiuni ale lui Gosset, Loewy, etc.).

5. **Formă de sindrom testiculo-mamar** (după expresia lui Chevassu) ce este proprie embriomelor pe cale de degenerescenţă chorioepiteliomatoasă şi care este caracterizată printr'o creştere de volum a unuia sau a ambilor sâni (gynecomastie) şi prin prezenţa prolanului în urină — ce dă reacţiunile biologice de sarcină — ca o dovadă de existenţa unui început de gestaţie la nivelul embrionului testicular.

6. **Forma ectopică** destul de frecventă şi uşor de diagnosticat în caz de ectopie inghinală şi mult mai dificil în cea iliacă abdominală, când se manifestă deseori ca un sindrom de ocluzie intestinală.

DIAGNOSTICUL

La punerea diagnosticului vom avea în vedere întotdeauna vârsta la care apar mai frecvent aceste neoplasme, adică între 25—50 ani şi când individul se găseşte în plină activitate genitală. Diagnosticul trebue făcut cât mai precoce, când bolnavul prezintă testiculul uşor mărit, dar fără niciun simptom subiectiv sau obiectiv care să ne facă să ne gândim la metastaze. Atunci avem momentul cel mai potrivit pentru extirparea organului neoplazic.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Vom avea în vedere întotdeauna cele două axiome formulate de Chevassu: 1. In prezenţa unui testicul care creşte în volum şi îşi schimbă consistenţa chiar dacă este absolut indolor, trebue întotdeauna să ne gândim la neoplasm şi 2. esenţialul este de a şti dacă leziunea este intratesticulară şi respectă anexele testiculului.

Vom face un interogatoriu detailat şi un examen general (vom examina sânii pentru a depista un început de hipertrofie mamară — semn din nenorocire tardiv —, precum şi radiografia toracelui mai ales în caz de hemoptizii — pentru căutarea eventualelor metastaze pulmonare —; apoi vom proceda la palparea abdominală pentru descoperirea adenopatiilor lombo-aortice etc.), reducând sau chiar eliminând posibilitatea altor afecţiuni.

Vom trece la examenul local, făcând după caz examinarea puroiului uretral, a prostatei etc. şi apoi a burselor cât se poate de metodic, mergând dela suprafaţă spre profunzime. Pe urmă examinăm cordonul spermatic ca volum, consistenţă etc. Şi însfârşit trecem la examinarea propriuzisă a tumorii: ca volum, consistenţă, sensibilitate etc. Căutăm semnele lui Sebileau şi Gosselin (uneori lichidul poate să fie în cantitate mai mare şi cu vaginala puternic întinsă). In acelaşi timp examinăm şi epididimul dacă este palpabil în totalitate sau numai la nivelul capului (semnul lui Chevassu), deoarece după cum spune acest autor, cheia diagnosticului se găseşte spre polul superior al testiculului. Pe urmă se mai practică **proba transluminării**, ce constitue un mijloc excelent de diagnostic (prof. Iacobovici, prof. Teposu). Cât despre puncţia exploratoare, aceasta este condamnabilă fiind periculoasă prin lezarea vaselor, ce deschide poarta generalizării.

In fine, vom proceda la diagnosticul biologic al sarcinei (reacţia lui Zondek-Aschheim) bazat pe căutarea hormonului prehipofizar în urină sau în lichidul de hidrocel (în 1930 Heidrich, Fels şi Ferguson găsesa reacţia pozitivă în chorio-epiteliom şi în teratomele testiculare).

Dar diagnosticul cel mai rapid şi sigur ni-l oferă explorarea sângerândă a testiculului sub anestezie locală, făcând enuclearea cu izolarea în întregime a acestui organ şi examinarea tumorii pe viu: dacă albugineea prin vaginală pare a fi brăzdată de vase, nicio îndoială numai este posibilă şi trebue procedat în consecinţă la o castraţie imediată (Chevassu).

Diagnosticul diferenţial îl vom face cu o serie de afecţiuni congenitale şi câştigate mai ales cronice şi indolore, ale epididimului, vaginalei şi testiculului.

Aşa cum **spermatocelul** (chistul epididimului) ce se simte la palpare ca o tumoră elastică şi fluctuenţă în partea superioară, prezentând o transluciditate netă.

Cu **hidrocelul** ce se prezintă ca o masă lichidă fluctuentă şi elastică absolut translucidă; iar la cel simptomatic vom căuta semnele descrise mai sus şi eventual vom recurge la explorarea sângerândă.

Cu **hematocelul** sau cu **pachivaginalita hemoragică** mai ales forma dură cu vaginala îngroşată, întinsă şi plină cu coaguli sanghini stratificaţi. Hematocelul are un debut brusc, durată lungă şi evoluţie lentă; ganglionii nu sunt prinşi, iar pensarea vaginalei nu este posibilă ca în

Biblioteca Centrală Universitară Cluj

tumori, unde vaginala nu este de obicei aderentă şi conţine numai puţin lichid. Apoi la fel semnul lui Chevassu este negativ: pensarea epididimului — inclus în coaja vaginalei îngroşate — este imposibilă. Uneori însă vom fi obligaţi să executăm o explorare sângerândă, pentru elucidarea diagnosticului.

Cu **tuberculoza** ce apare întâi la nivelul epididimului, luând formă de cască cu suprafaţa neregulat boselată — din cauza nodulilor bacilari — şi care se întind şi pe cordon, unde iau aspectul unui şirag de mărgele şi pe urmă trece şi la testicul ce-şi măreşte astfel volumul, însă totuşi epididimul predomină spre deosebire de tumoră. Ne mai ajută la punerea diagnosticului prezenţa eventualelor fistule scrotale, coexistenţa leziunilor prostato-veziculare şi vezicale, precum şi constatarea puroiului şi a bacilului Koch în lichidul prostatic.

Cu **sifilisul**: cel **hereditar** survine la sugaci până la maximum 6 luni, iar cel **câştigat** mai ales în faza terţiară (orchită gomoasă), se caracterizează prin bilateralitatea afecţiunii. Testiculii au o consistenţă lemnoasă cu o suprafaţă foarte neregulată; vaginala este de obiceiu aderentă sau destinsă de o colecţie lichidă; sensibilitatea lipseşte. Insă confuzie mai mare ne poate oferi **forma hipertrofică** şi care apare unilateral. Pentru precizarea diagnosticului vom căuta prezenţa gomelor şi în alte organe; vom face reacţia Wassermann, tratamentul ex. juvantibus şi în fine vom recurge la explorarea sângerândă a testiculului.

Diagnosticul este foarte dificil în caz de tumoră pe testicul ectopic, (mai ales abdominal) putând să simuleze o ocluzie intestinală acută sau o apendicită acută ori cronică, un rinichiu mobil, tumora a colonului iliac sau cecului etc. In aceste cazuri vom constata întotdeauna lipsa unui testicul din bursă. De aceea, unii autori în mod preventiv sunt pentru extirparea testiculului ectopic.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In privinţa caracterelor diferenţiale între diferitele tumori testiculare (cele mai principale) avem după Chevassu următoarele elemente:

1. **Seminomul** apare între 30—40 de ani cu o evoluţie încetă; consistenţa omogenă elastică; indolor şi cu vaginala liberă sau cu puţin lichid.

2. **Embriomul** apare între 20—30 ani la indivizi cu testicul mai mare de mai mult timp; evoluţia la început mai lentă şi ulterior în mod subit ia o desvoltare mai rapidă. Puţin sensibil şi cu o consistenţă neregulată, iar vaginala cu lichid mult sau chiar cu aderenţe.

3. **Teratomele** sunt de obiceiu congenitale, cu evoluţie foarte încetă şi consistenţă variabilă, iar vaginala normală.

Dacă tumora este bilaterală, de obiceiu se consideră ca secundară.

PROGNOSTICUL

Acesta este foarte rezervat datorită desvoltării insidioase a acestor tumori. Seminomul este o tumoră maliană; abandonat duce la moarte în 2—2½ ani. Tumorile mixte sunt benigne la început, dacă însă suflă o degenerescenţă canceroasă sunt mai maligne decât seminomul. Chorio-eriteliemul este cel mai malign, ducând la moarte în 8—10 luni.

In general odată metastazele apărute, evoluţia acestor tumori este rapidă şi în câteva luni bolnavii subcombă.

Statisticele din anul 1933 arată că la 100 cazuri de neoplasme testiculare, 47 castrații pentru seminom, au dus la 16 vindecări și 50 castrații pentru embriom numai la 3 vindecări.

In statistica noastră avem 6 cazuri cu seminom operate și cari la controlul nostru ulterior s'au găsit în viață — fără recidive —: 3 cazuri la 2 ani; 2 cazuri la 6 ani și 1 caz la 8 ani dela operație. Doi factori însă pot să amelioreze prognosticul: 1. precocitatea diagnosticului grație reacției biologice de sarcină și explorării directe (Chevassu) și 2. tratamentul radioterapic (Béclère), ca o completare a tratamentului chirurgical.

TRATAMENTUL

Procedeul castrației înalte (a lui Villar) ce constă în ablația testiculului cu totalitatea pedicolului său vascular și secționarea cât mai sus a cordonului spermatic cu tot aparatul său limfo-ganglionar, este metoda cea mai bună. Și după experiența clinicei noastre, dacă această intervenție este efectuată în primele 6 luni de evoluție a tumorii — când ea se consideră a fi localizată și staționară — dă rezultate cât se poate de bune.

Iar în cazurile avansate — cu ganglionii prinși până la hilul renal — intervenția largă pe cale retroperitoneală preconizată de Chevassu este inutilă. Așa că în cazurile fără metastaze evidente, castrația înaltă rămâne suficientă.

Tratamentul radioterapic este indicat mai ales în cazurile de seminom (ce este radiosensibil). In general și radioterapia ca și intervenția chirurgicală, încetează de a mai fi curativă de îndată ce cancerul și-a răspândit germenii săi în organism — departe de localizarea inițială (prof. Negru).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In același timp se încearcă și un tratament medical chimio-biologic al terenului canceros (Wasterlain), pe motivul că din cercetările lui Reding și Slosse în cancer, avem tulburări în mecanismul glico-regulator, o hiperalcaloză a plasmei cu o scădere a concentrațiunii în ionii de calciu.

Rezultatele tratamentului. Cei mai mulți autori consideră ca vindecate cazurile unde bolnavii supraviețuesc cel puțin 4 ani dela intervenție, fără să prezinte nicio recidivă. Astfel Chevassu obține 19% vindecări, iar Coley 6% vindecări; s'a observat că seminomul se vindecă în raport de 1 la 3, iar tumorile mixte de 1 la 16. Tratamentul chirurgical însoțit de cel radioterapic (după Ch. Rea) dă 16% vindecări. In felul acesta au avut rezultate bune Dean și Barringer în Hospital Mamorial.

In statistica noastră constatăm următoarele: A fost aplicat următorul tratament:

Castrație cu extirparea ganglionilor inghinali	în	5	cazuri
„ „ „ „ iliaci	„	2	„
„ „ „ tumorilor metastatice mamare	„	1	„
Radioterapie și castrație	„	7	„
Castrație înaltă (Villar)	„	22	„
Radioterapie (caz inoperabil)	„	1	„

Rezultatul postoperator: a) Rezultatul imediat:

Metastaze preexistente evidente . . . . . „ 6 cazuri
Recidive locale . . . . . „ 2 „
Vindecaţi local . . . . . „ 29 „

b) **Rezultatul tardiv:**

1. **Cazurile cu metastaze preexistente operaţiei:** Un caz subcombă imediat după operaţie.

Un caz subcombă la două luni dela operaţie.

Două cazuri (cu metastaze ganglionare lombare) la 2½ luni dela operaţie.

Două cazuri cu recidivă locală în partea inferioară a cicatricei inghinale după trei luni dela operaţie.

2. **Cazurile cu recidivă locală:** Un caz subcombă la trei luni dela operaţie.

Un caz sucombă cu metastaze hepatice şi pulmonare la 17 luni.

3. **Vindecaţi local:**

12 cazuri trăesc după un an dela operaţie.
3 „ „ „ doi ani dela operaţie.
2 „ „ „ şase ani dela operaţie.
1 caz trăeşte după 8 ani dela operaţie.
Nu se ştie de soarta restului de 12 cazuri.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

c) **Rezultatul tardiv după varietatea anatomo-patologică:**
Seminom:

4 cazuri în viaţă (fără recidive) după 7 luni
3 „ „ „ „ „ „ 2 ani
2 „ „ „ „ „ „ 6 „
1 „ „ „ „ „ „ 8 „
3 cazuri sucombate, iar în 6 cazuri nu se ştie de soarta lor.

Teratom: 2 cazuri încă în vieaţă (fără recidive) la 3 luni dela operaţie; iar în 3 cazuri nu se ştie de soarta lor.

Chorio-epiteliom: 1 caz sucombă cu metastaze hepatice şi pulmonare la 17 luni dela operaţie.

Concluziuni:

1. Prin neoplasme testiculare înţelegem acele neoformaţiuni cari sunt datorite unui proces de proliferare ce interesează fie ţesutul propriu testicular, fie un ţesut străin inclus în glanda genitală, în urma unei anomalii de desvoltare embrionară.

2. Aceste neoplasme constituesc aproximativ 1% din totalitatea tumorilor maligne ale organismului.

3. Aceste tumori reprezintă aproximativ 2.8% a cancerelor din copilărie, venind imediat după cancerul ochiului şi rinichiului. Ele survin

cu predilecţie în primul an al vieţii şi nu se găsesc aproape deloc în restul copilăriei.

4. La adulţi survin de obiceiu în vârsta mijlocie — între 25—45 ani —, ce corespunde celei mai intense perioade de activitate genitală.

5. Cea mai frecventă localizare este în partea dreaptă.

6. Testiculul ectopic este cu mult mai expus cancerizării decât cel normal.

7. Traumatismele din antecedentele bolnavilor ar juca numai un rol revelator.

8. Până în prezent nu se cunoaşte precis rolul infecţiunilor acute (blenoragia) şi cronice (sifilisul şi tuberculoza), în etiologia acestor tumori.

9. In statistica noastră majoritatea cazurilor au fost de profesiune agricultori.

10. Cea mai bună clasificare a acestor neoplasme testiculare — astăzi unanim admisă — este cea dată de Chevassu.

11. Cea mai frecventă varietate anatomo-patologică este seminomul şi pe urmă vin disembriomele.

12. Seminomele sunt tumori maligne cu o evoluţie relativ lungă; iar disembriomele sunt la început benigne, pentruca după un oarecare timp să devie maligne şi cu o evoluţie rapidă.

13. In studiul acestor tumori nu avem o unitate de vedere în privinţa etiologiei şi patogeniei

14. Diagnosticul se bazează pe un studiu anamnestic detailat; pe un examen general şi local cât se poate de minuţios făcut (în care se dă mare importanţă probei transluminărei), precum şi mai ales pe examenul histo-patologic (orchidotomie, castraţie). Iar uneori se poate face uz şi de tratamentul anti-sifilitic ex juvantibus, precum şi în special de examenul biologic (reacţia Zondek-Aschheim, pentru căutarea hormonului prehipofizar în urină).

15. Primele metastaze apar în ganglionii lombo-aortici, iar ganglionii inghinali putând să rămână liberi timp îndelungat.

16. Evoluţia acestor neoplasme netratate, este progresivă şi moartea survine la 2—4 ani, printr'o intoxicaţie caşectică.

17. Prognosticul depinde de natura tumorii, de precocitatea diagnosticului şi al tratamentului. In general, însă este foarte rezervat chiar în cazurile diagnosticate precoce, din cauza posibilităţii de existenţă a metastazelor.

18. Tratamentul radioterapic este indicat în cazurile avansate sau în prezenţa recidivelor, ori a metastazelor survenite postoperator.

19. Singurul tratament chirurgical raţional este procedeul castraţiei înalte a lui Villar. Procedeul lui Chevassu este fie prea mutilant în cazurile incipiente (localizate), fie inutil în cazurile avansate.

20. Din statistica noastră pe 38 cazuri — tratate în Clinica Chirurgicală şi Urologică Cluj-Sibiu, avem cunoştinţă despre mersul postoperator în 25 cazuri, dintre cari supravieţuesc 9 cazuri fără semne de recidivă sau metastaze ganglionare şi organice. Restul cazurilor fie că au sucombat, fie că prezintă recidive sau metastaze.

Cluj Univ. Central University Library Cluj

BIBLIOGRAFIE:

Aschoff: Pathologische Anatomie Band II, 1911.

Aurousseau L.: Tumeurs malignes du testicule en ectopie abdominale Thése Paris 1925.

Victor Babeş: Anatomie Pathologică specială vol. I, Buc. 1922.

Béclère A.: La Roentgentherapie des metastases de l'epitihelioma du testicule (Ibidem No. 8/1922).

Béclère A.: Le cancer est-il une maladie virulente (La Presse medicale 1936 p. 336).

Beutel A.: Röntgenologische Beobachtungen über die Localisation der metastasen maligner Hodentumoren (Röntgen Abt. Med. Klin. Med. Poliklin. u. Inst. f. Strahlentherapie. Univ. Frankfurt a. m.) Dtsch. Med. Wschrf. 1941 I, 650—653.

Boisseau J.: Les travaux reçents sur les substances chimiques cançerigenes (La Presse Medicale 1936 p. 1870).

Brune-Garré: Handbuch der practischen Chirurgie 1912.

Casper L.: Lehrbuch der Urologie 1921.

Carming: Lehrbuch der topografischen Anatomie 1917.

Cordier G.: Le diagnostic des principales lesions du testicule et de l'epididym (La Presse Medicale 1934 p. 1753).

Chevassu M.: Tumeurs du testicule (Thèse Paris 1906).

Chevassu M.: Relations des traumatismes du testicule avec les neoplasmes de cet organe (Bull. de l'Ass. franc. pour l'Etude du cançer 1918).

Davoigneau: Radiotherapie des neoplasmes d'origine testiculaire Thèse 1924.

Drăgoiu I.: Elemente de Istologie Cluj.

Fischbach Hermann: Despre tumori testiculare teză Cluj 1928.

Forgue E.: Précis de pathologie ext. tome I II. Paris 1928.

Haţieganu I.: Sifilisul visceral medical 1926.

Hartmann et Peyron: Placentomes et choriomes dans les embriomes (Ibidem 1919).

Iacobovici, Jianu, Cosăcescu: Cancerul. (Raport prezentat la primul Congres Naţ. de Obst. Ginecol şi Urologie) Buc. 1925

Jeanbrau E.: Pathologie Chirurgicale tome V. p. 118.

Julien: Etude des tumeurs du testicule chez l'enfant. Thése 1925.

Kocher: Die Krankheiten der männlichen Geschlechtorgane-Deutsche Chirurgie 1887.

Leibovici R. et J. Hepp: Manifestations cliniques et signes radiologiques des adenopathies lombo-aortiques du cancer des glandes genitales (La Presse Medicale 1937 p. 635).

Marion G.: Traité d'Urologie tome II. p. 1191.

Marion G.: A propos d'un cas d'ectopie testiculaire double en position crurale, traité par le prolan (La Presse Medicale 1936 p. 513).

Martin J. et Sermet: Sur deux cas de tumeurs des tissus multiples (Embriomes kystiques) du testicule (Journal d'Urologie 1932 vol. XXXIII. p. 513).

Masson et Sencert: Cancer de celules interstitielles 1923.

Michalowsky I.: Eine exper. Erzeugung teratoider Geschwülste des Hodens bein Hahn (Virchows Arch. 1928 p. 27).

Negru Dumitru: Radioterapia cancerului Cluj.

Oberndorfer: Handbuch der speziellen Pathologischen Anat. und Hist. VI. Berlin 1931.

Ormond John K. and Charles L. Prinçe: Malignant tumors of the testicle (Henry Ford Hôspital Detroit J. of. Urol. 45 685—691 din 1941.

Peyron A.: Tumeurs des glandes genitales 1922.

Ramond L.: Méfaits d'un testicule en ectopie (La Presse Medical 1936 p. 1639).

Ravina A.: Traitement medical de l'ectopie testiculaire (La Presse Medicale 1935 p. 2018).

Sébileau et Décomps: Maladie du testicule 1916.

Scholl A. et Verbrugge J.: Adeno-carcinom primitif de l'epididyme (avec relation d'un cas personnel) Journal d'urologie 1929 tome XXVII, p. 24.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Sraibmann: Tumorile testiculare. Teză Iaşi 1925
Wasterlain A.: Les tumeurs du Testicule (Journal d'Urologie. Bruxelles No. 3 junie 1932).

Les neoplasmes testiculaires.

Dans leur ouvrage les auteurs font une étude complète clinique et statistique des néoplasmes testiculaires, en liaison avec 38 cas traités dans la Clinique Chirurgicale et Urologique de Cluj-Sibiu. Au point de vue du diagnostic—à côté des symptômes classiques, ils attachent une grande importance à la preuve translumineuse de même qu'à l'examen biologique—la réaction Asschheim-Zondek—et au point de vue therapeutique, il font usage dans la majorité des cas du procédé de la haute castration de Villar.

Ils connaissent la marche post-opératoire dans 25 cas parmi lesquels 9 de survie sans signes de récidive ou metastase ganglionnaires et organiques; dans le reste des cas, soit qu'ils ont succombé, soit qu'ils présentent des récidives ou des mettastases ganglionnaires.

I neoplasmi testicolari.

Nel loro lavoro gli autori fanno uno studio completo clinico e statistico, dei neoplasmi testicolari in relazione con 38 casi, curati nella Clinica Chirurgicale ed Urologica di Cluj-Sibiu. Al punto di vista della diagnosi insiemé a gli sintomi classichi, essi fanno gran caso della prova tralucente comme dell'esame biologico—essi fanno uso, nella maggioranza dei casi, del procedimento dell'alta castrazione di Villar.

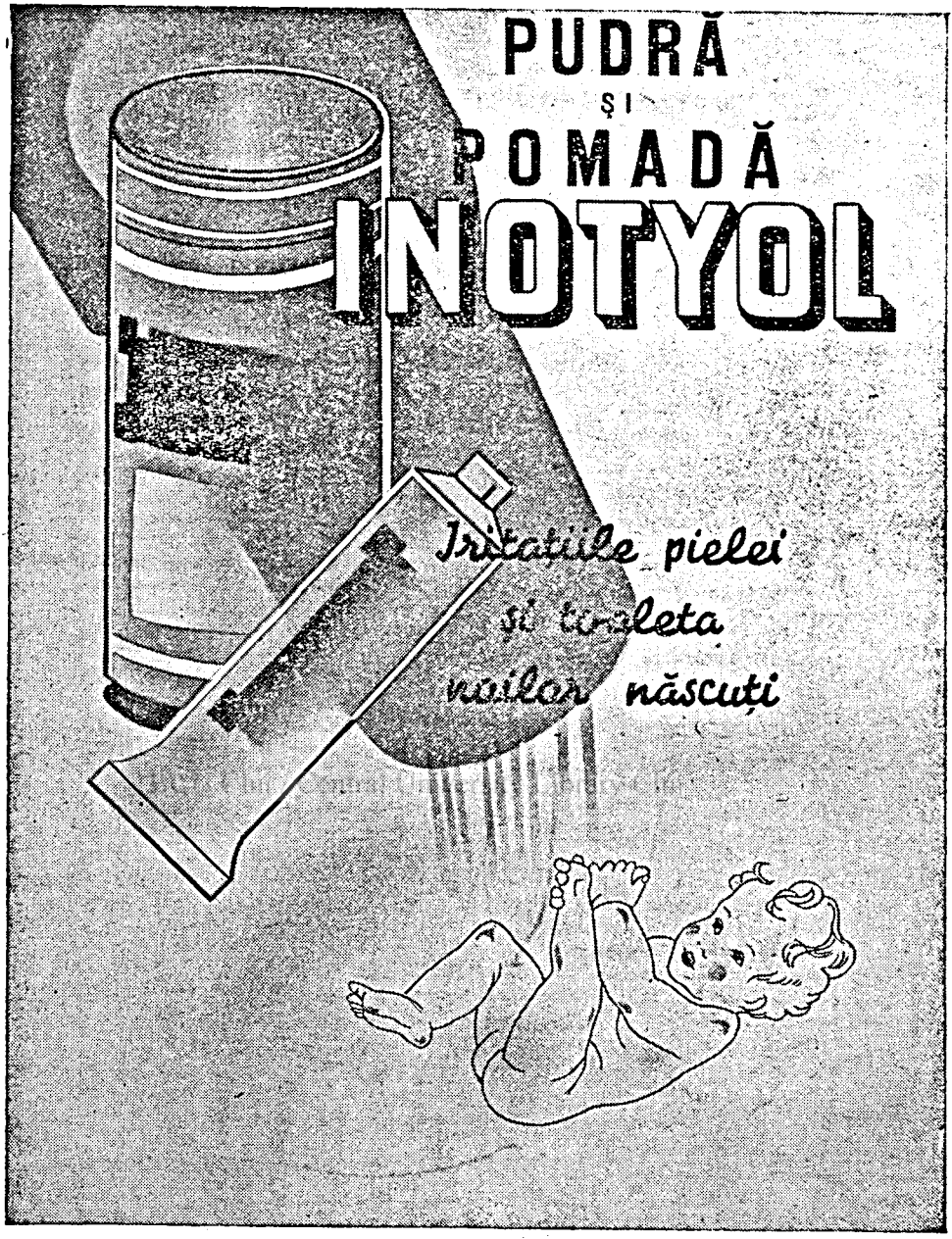
Essi conoscono la marcia post-operatoria in 25 casi, fra i quali 9 di sopravivenza senza segni di recidiva o metastasi ganglionare ed organiche; nel resto dei casi o hanno soccombato, o presentano recidive, o metastasi ganglionare

Die Hoden-Neoplasmen.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Die Verfasser machen in ihrem Werck ein kompletes clinisches und statistisches Studium über 38 Fälle von Hoden Neoplasmen behandelt an der Chirurgischen und Urologischen Klinik Cluj-Sibiu. Von diagnostischen Standpunkte aus—bei Berüksichtigung der klassischen Simptome legen sie einen grossen Wert auf die Bestrahlungsprobe sowie auf die biologische Prüfung—Aschheim-Zondek's. reaktion—von therapeutischen Standpunkt aus machen sie in der Überwiegenheit der Fälle Gebrauch von der hohen Castration von Villar.

Es wurden 25 Fälle nach der Operation beobachtet, von denen 9 sind am leben geblieben ohne Zeichen von organischen oder ganglionaren Metastasen; der Rest ist entweder dahin geschieden oder zeigt neue Anzeichen der Krankheit und Metastasen der Ganglionen.



Laboratoires du Dr. DEBAT-Paris

Reprezentant
pentru România
LABORATORUL
FARMACEUTIC

„LUTEȚIA" S.A.R.
STR. TOAMNEI 103
BUCUREȘTI III
TELEFON 1.38.15

RAPORT ASUPRA INVĂŢĂMÂNTULUI ANATOMIEI PATOLOGICE IN FACULTĂŢILE DE MEDICINĂ ŞI MODIFICĂRILE CE S'AR IMPUNE

de

Prof. D-r TITU VASILIU
Directorul Inst. de anatomie patologică din Cluj-Sibiu

De felul învăţământului medical şi calitatea lui depinzând într'o măsură mare buna stare sanitară a întregei populaţii a unei ţări, în toate ţările mari în ultimii 50 ani, s'au făcut studii şi s'au emis păreri de diferite personalităţi asupra modificărilor ce ar fi necesare sau chiar de neînlăturat. Curentul a început în Statele Unite din America cât şi în alte ţări americane şi apoi în Europa cu Germania, Italia, Franţa şi mai puţin în Anglia. In Statele Unite, s'a lucrat sistematic în acest scop de către Fundaţiile Carnegie şi Rockefeler, cercetându-se învăţământul medical din toată Europa pentru a se alege metodele cele mai bune. Chiar în ţările cu veche tradiţie de învăţământ medical, ca Germania, Franţa şi Anglia, s'au găsit necesare unele revizuiri şi cu tot tradiţionalismul mare şi greu de mişcat, s'au făcut importante modificări. In rezumat se poate spune că s'a ţins prin aceste modificări, la o armonie cât mai mare între învăţământul profesiei medicale şi cel teoretic preparator şi doctrinar. In ceea ce priveşte acesta din urmă, fiind dat în instituţiile numite Universităţi, avea de multe ori tendinţa de a se lăţi prea mult în domeniul ştiinţific pur, în detrimentul celui practic, ducând la înmulţirea numărului de ani de studii şi la supraîncărcarea teoretică a studentului şi a viitorului medic. La noi în ţară, regulamentele de conducere a învăţământului medical au suferit dese schimbări, atât înainte de întâiul războiu cât şi mai cu seamă după acesta, căutându-se să se adapteze la realităţile noastre intelectuale şi chiar sociale. Am avut ocazia să mă ocup în diferite rânduri cu studiul programelor şi am semnalat în diferite împrejurări modificările pe care le credeam necesare pentru perfecţionarea lor, însă nu am avut norocul de a fi admise multe din ele, pentrucă revizuirea unor regulamente se face cu foarte multă greutate, cerându-se de multe ori sacrificii, cari nu se pot uşor consimţi. Oricum ar fi întocmite programele şi materiile impuse studenţilor, un lucru este câştigat şi anume, că trebue să se caute a reduce la strictul necesar, materiile predate în scopul folosului ce-l va trage medicul din ele, cât şi că această materie predată, să se facă cât se poate mai mult prin munca

personală a studentului şi nu numai prin înmagazinarea sau mai bine zis memorizarea noţiunilor.

Latura asupra căreia sunt obligat să tratez în acest raport este aceia a materiei numită anatomie patologică, pe care o predau la Facultatea de Medicină dela Cluj-Sibiu, începând din anul 1919. In acest interval de timp am putut să constat rezultatele obţinute la serii mari de studenţi ieşiţi în practica medicală, ocupând diferite servicii, încât am putut să-mi fac o idee despre realităţile acestui învăţământ şi mai cu seamă de scăderile lui, având credinţa după puţinele îmbunătăţiri pe care le-am experimentat, că unele modificări în sensul celor făcute şi poate unele chiar mai radicale, vor putea aduce o şi mai reală îmbunătăţire şi un mai mare folos medicinei româneşti.

Invăţământul nostru medical datează de aproximativ 75 de ani, când a fost introdus în ţară de Davila, după cel din Franţa. Odată cu învăţământul teoretic s'a introdus şi instituţia externatului şi internatului. Aceste instituţii au dat în cursul timpului o serie de medici foarte buni, practicieni din care s'au recrutat medicii oficiali ai tuturor instituţiilor de stat, iar cei ce nu au trecut prin această filieră, au fost incomparabil mai puţin bine pregătiţi. In programul introdus la Facultăţile noastre a figurat dela început catedra de anatomie patologică, care însă a fost numai suplinită câtva timp, negăsindu-se nimeni preparat pentru ea, până la chemarea lui Victor Babeş, la această catedră cât şi la cea de bacteriologie, în acelaşi timp. Este o ocazie ca în această zi şi în acest loc să-i cinstim numele şi memoria, tocmai aici la catedra la care zeci de ani de zile a oficiat cu un prestigiu şi o punctualitate neegalată şi unde poate cei care l-au cunoscut şi ascultat din acest loc ca mine, îl văd încă strecurându-se ca o umbră, încet şi fără sgomot de aici în muzeul de alăturea sau jos undeva, în celelalte laboratorii unde lucra. Graţie lui Babeş, medicina de astăzi s'a transformat din viermele inform de acum 70 ani, în fluturele frumos şi impunător de astăzi. El a introdus studiul patologiei complecte ştiinţifice, tot atât de anatomo-patologică cât şi de experimentală.

Catedra de anatomie patologică a fost la Paris creată la începutul secolului al XIX-lea, în prima lui jumătate, încredinţată anatomistului şi chirurgului Dupuytren, cu ideia ca să se studieze oarecum mai bine înfăţişările nenormale ale organelor, aşa cum se făcea şi până la el, de Laënnec la catedra de anatomie, prin urmare mai mult în ceea ce priveşte forma propriu zisă. Este o concepţie morfologică statică, pe cadavru. Această concepţie este deosebită de aceia a lui Morgani (s. XVIII), deşi cu mult înainte aplicată de el. Acesta din urmă vedea în studiul cadavrului, nu forma organelor ci raportul dintre alteraţiile lor şi boalele întâlnite în timpul vieţii: „de sedibus et causa morborum", numeşte el în tratatul său. Anatomia patologică nou creată, rămâne la „amfiteatru", adică sala de disecţie a anatomiei, unde se va studia şi mai departe formele deosebite de normal. Acest învăţământ rămâne departe de spitale, unde se dă învăţământul profesional al viitorului medic; el rămâne legat de sala de disecţie, luând parte la compoziţia aşa zisei şcoale de medicină, unde se dă învăţământul teoretic al viitorului doctor. Nicio legătură între bolnav şi acest învă-

ţământ, care este mai mult făcut pentru cadavru decât al omului viu şi boala lui. La spitalele din Paris au existat, de mult ca şi acuma cu oarecare modificări, mici săli de cadavre numite şi „morgagni" unde, câteodată depinzând de şeful serviciului se pot face autopsiile unora din cadavre de către un servitor anume pus, asistat de cele mai multe ori de un extern al serviciului respectiv, cari raportau cele găsite şefului; nici urmă de instalaţii pentru cercetări ulterioare, de orice natură ar fi. Au fost unii medici, cari de şi şefi de servicii spitaliceşti, s'au ocupat singuri de studiul anatomiei patologice în serviciile lor proprii şi pe contul lor propriu şi au devenit distinşi anatomo-patologi şi chiar profesori de anatomie patologică, între care cei mai celebri şi cunoscuţi generaţiei noastre sunt: V. Cornil şi M. Lettule. Cel dintâiu este colaboratorul tânărului Victor Babeş, cu care a lucrat împreună, scoţând la iveală primele volume de bacteriologie, care reprezintă studiile lor proprii la această dată şi primele în toată lumea, în această ramură nouă a bacteriologiei, pe baza anatomo-patologică. La noi în ţară învăţământul anatomiei patologice, intrând pe mâna lui Victor Babeş, a luat fiinţă cu adevărat atât în Institutul de patologie şi bacteriologie, înfiinţat de el întâiu, într'o casă ceva mai departe de aceasta unde ne aflăm acum, clădită mai târziu după planul lui. Acest învăţământ s'a făcut după modelul celui german, care se dă în toată Germania în Institutele de anatomie patologică, clădiri destul de încăpătoare pretutindeni, luxoase în unele facultăţi, construită după modelul celui din Berlin, făcut de R. Virchow. Aceste instituţii virchowiene se găsesc în incinta spitalelor care servesc de clinici ale facultăţii respective, la o depărtare de câteva sute de metri de serviciile clinicilor, încât să nu aibă niciun inconvenient, atât higienic cât şi psihologic, asupra bolnavilor din clinici. Toate cadavrele celor sucombaţi în clinici, sunt aduse acolo şi autopsiate la învăţământul anatomiei patologice a studenţilor prin executarea autopsiilor, interpretarea leziunilor găsite şi lecţiilor de histologie patologică. Aceste institute sunt în acelaşi timp „Prosecturile" clinicilor, adică locul unde medicii din serviciile spitaliceşti vin cu observaţiile lor şi discută în faţa celor constatate după moarte, legăturile între simptomele constatate şi leziunile găsite la autopsie, reconstituindu-se boala prin fiziologia patologică clinică şi iniţiindu-se cercetările de mai târziu, pentru lămurirea problemelor de patogeneză şi etiologie în legătură cu acele sindroame. Studiul anatomiei patologice făcut în astfel de condiţii a fost extrem de fructuos în ceea ce priveşte cercetările de patologie şi totodată de un mare ajutor în informaţia medicilor de toate categoriile, fiecare din aceşti medici, cari trăiau astfel un examen complect al bolnavului şi cu anatomia patologică a bolnavilor ce sucombau, îşi creiau o mentalitate cu totul superioară de cercetători, pe care trebue să o aibă orice medic ştiinţific. In acelaşi timp acest fel de a studia anatomia patologică a creat în Germania acea pleiadă enormă de cercetători în toate domeniile patologiei. Aceste institute au fost şi sunt centre de cercetări patologice nu numai morfologice dar şi experimentale, după formula lui Claude Bernard şi a lui R. Koch. Anatomia patologică este numai o parte din metodele de studiu a ştiinţei patologiei şi care se foloseşte

BCU Cluj / Central University Library Cluj

de materialul omenesc pentru complectarea studiilor clinice făcute în parte în timpul vieţii pe bolnav, care nu permite cercetări experimentale. Studiul anatomiei patologice nu este deci numai un studiu cum spune cuvântul de morfologie patologică a corpului omenesc, ci este studiul patologiei. Confuzia provine din această numire dată acum un secol şi mai bine catedrei, care de şi s'a menţinut ca nume aproape pretutindeni, şi-a schimbat conţinutul cu totul, în decursul timpurilor în diferite ţări. Am constatat deosebirea de concepţie a acestui studiu între cele două ţări: Franţa şi Germania. In timpul din urmă, în Franţa sub imboldul câtorva distinşi cercetători şi anatomo-patologi în acelaşi timp, s'a făcut o schimbare în ultimele două decenii, căutând să se aducă din nou studiul anatomiei patologice acolo unde trebue, dându-i-se o atenţie şi o întrebuinţare mai bună şi mai intensă, schimbându-se puţin înfăţişarea felului de studiu. Nu s'a putut însă ajunge la unificarea şi la coordonarea lui cu învăţământul clinic, cum se face în Germania. La noi acest învăţământ a avut o soartă mai bună graţie prezenţii şi conducerii lui timp de peste 40 ani de Victor Babeş. Din motivul de ordin financiar şi greutăţile începutului, nu s'a putut face totul deodată. Institutul fiind situat departe de aşezămintele spitaliceşti, Babeş a ţinut în legătură personală, fiind în acelaşi timp cel care făcea serviciul de prosector la spitale şi director al Institutului de patologie şi bacteriologie, unde se făcea şi se face şi astăzi învăţământul teoretic şi de histologie patologică, materialul autopsic fiind recoltat la spitale şi adus la Institut, unde era demonstrat. In Germania, o anatomie patologică s'a creat după cea din Paris, de unde şi numele dat aproape la fel, la care s'a adăugat poate mai târziu probabil cel de patologie generală, purtând astfel numele de „die Pathologische Anatomie und allgemeine Patologie", în timpul din urmă existând şi un curs de fiziologie patologică. Niciodată nu a fost despărţite în spiritul facultăţilor germane fenomenul morfologic de cel fiziologic, încât rostul anatomiei patologice era o complectare, prin metoda autopsică după moarte de sigur, a investigaţiei clinice. O probă de cele afirmate este că marele patolog, după unii numai morfolog, R. Virchow, a intitulat revista sa care apare şi astăzi fără întreruperi, în timpul tuturor războaielor: „Archiv für die Pathologische Anatomie, Phisologie und Klinik". Această catedră este, în şcoala germană, centrul învăţământului medical, mai mult decât anatomia şi fiziologia, constituind învăţământul patologiei fără atribut, întreaga patologie, dând unirea perfectă a învăţământului patologiei pe bolnav după moarte, cu studiul aceleiaşi patologii pe viu în clinici. Nu este un învăţământ preclinic, cum este considerat la noi, cu un examen care se trece după anul III, înainte ca studentul să fi început studiile clinice. Cum se învaţă patologia la noi şi în Franţa? La cele două catedre de patologie internă şi externă, curs de catedră, unde se expune oral descrierea boalelor, fără nicio demonstraţie clinică, profesorul nefiind un profesor de clinică. La Paris au rămas celebri, marii profesori ca Trousseau şi Dieulafoy, prin verva lor şi darul de a da viaţă cursurilor, aceştea, dar unde personalitatea şi experienţa unui astfel de maestru, le făcea frecventate şi interesante. Totuşi acesta nu este un învăţământ recomandabil în toate facultăţile,

Cu binecuvântarea Prea Fericitului Părinte Daniel

pentrucă nu prin auzite se poate învăţa patologia ca şi anatomia normală sau alte ştiinţe. De altmintrelea au fost desfiinţate aceste catedre la noi, nu ştiu în Franţa, găsind că se poate învăţa patologia la clinici, şi este o repetare inutilă, recunoscându-se că este de puţin folos predarea ei la catedră, fără demonstraţii. După cum se vede, Facultatea de Medicină românească nu mai are nicio catedră de patologie pură, nerămânând decât catedra de patologie generală, care este concepută ca o sinteză a medicinei, adică o privire a fenomenelor mari patologice, tinzând spre formularea de legi generale, ca la ştiinţele pure. Pe lângă aceste priviri generale, la această catedră prin obiceiul rămas dela primul titular, se face microbiologie şi serologie, neputând fi vorba de înlocuirea patologiei. Pe de altă parte anatomia patologică, nefiind numai o ştiinţă descriptivă a structurei patologice, pusă să se înveţe într'un an începător, cu obiecte grele şi cu examen de fine de an, nu este considerată decât un mic purgatoriu, un fel de obstacol de curse cu cai, care cel mult face pe călăreţul zorit după diplomă, singurul cel al şcolarităţii, să mai piardă şeaua — o sesiune sau două — din cele normale, dar pentrucă profesorii sunt prea bine crescuţi ca să nu facă mizerii bieţilor oameni şi să nu-i treacă până la urmă, studentul, ştiind că sunt foarte mulţi medici cari n'au ştiut o boabă de anatomie patologică şi totuşi au ajuns. Trebue recunoscut în primul rând că studiul patologiei este greu şi că nu se poate compara cu studiul anatomiei descriptive, care este grea, însă este accesibilă studentului chiar mai puţin dotat, dacă are o putere de muncă bună, dându-i-se şi timpul necesar. Patologia, chiar când o numim anatomie patologică, cere nu numai noţiuni sau fapte clare, cu care studentul mai uşor face faţă la examen, ci cere înţelegere, totul fiind legat, un adevărat proces patologic, în care lucrul cel mai important este înţelegerea fondului, nu faptele. Trebue să mărturisesc că mi-am dat multă osteneală ca profesor, plăcându-mi meseria pe care am practicat-o de tânăr, înainte de a fi profesor, şi m'am ocupat cu problemele ei de învăţământ. Am trecut peste barierele obişnuinţei şi a rutinei şi am aplicat mai mult metode mai active şi unele proprii, după oarecari indicaţii găsite prin cărţi, cu speranţa de a obţine rezultate mai bune, fiind de multe ori dezolat, de ce puţin se reţine din lucrurile pe care am căutat să le imprim în mintea tuturor, repetându-le până când credeam că au devenit obsedante. Nici 20% din candidaţi nu-i pot face să ştie ce este „patogeneza" şi ce este „boala". Imediat prinde şablonul, cuvântul sau definiţia dată sau găsită în carte, cu exemplul de acolo şi la cea mai mică întrebare, care sgârie suprafaţa această a vorbei, neant. Trebue să spun că 80% din studenţii anului au o şcolaritate excelentă în mediul nostru provincial, unde 60% nu au nicio absenţă sau cel mult 2—3, încât nu se poate învinui că nu au auzit şi nu au înţeles chestiunea; pentrucă întrebările se repetă în fiecare lecţie. Este incontestabil imposibil ca unui student din anul III să i se dea în cele 3 ore pe săptămână, un învăţământ cât de sumar, într'o materie care este centrul de greutate şi formează spiritul viitorului medic. Propunerile pe care le-am făcut Consiliului Profesoral de mulţi ani, fără să fi reuşit, s'ar rezuma la următoarele modificări dacă s'ar admite punctul de vedere

BCU Cluj / Central University Library Cluj

principial, că la catedra zisă anatomie patologică se face învăţământul patologiei, necesar medicului, şi o specialitate de care trebue să aibă oarecare idee înainte de a veni în contact cu bolnavul. In anul al III-lea să se facă un curs de patologie generală fizico-morfologică, tratându-se procesele generale, corespunzând noţiunilor de anatomie patologică generală a tratatelor germane sau cum se mai poate spune, de morfologie generală patologică, cu date asupra imunităţii şi mai cu seamă de ereditate dacă în anul I nu a fost un curs de biologie generală, un curs de parazitologie clinică, cu paraziţii obişnuiţi în mediul nostru, dacă nu este o catedră de parazitologie sau zoologie. In anul următor, al IV-lea, se va face aşa zisa anatomie patologică, cât se poate la sala de autopsie, cu multă macroscopie şi puţină istologie patologică, în linii mari la microscop şi cu proiecţii. Examen poate să nu se treacă, ci numai şcolaritate şi un colocviu. In anul al V-lea, într'o şedinţă pe săptămână, să se facă lecţii sau demonstraţii de autopsie cu cadavre din clinici, studiate, încât prezentările să aibă înfăţişarea unei lecţii de clinică, confruntate cu toate datele. Examenul ar fi bine să se dea, fie la sfârşitul acestui an sau la finele anului viitor, deci după terminarea şcolarităţii, înainte de examenele de doctoratul final. In discuţia ce a avut loc anul acesta, cu ocazia adaptării regulamentului la legea nouă, Consiliul Profesoral a primit sugestiile mele şi au fost introduse în noul regulament, însă nu ştiu care va fi soarta până la sfârşit. Am supus opiniei colegilor mei dela ambele facultăţi, cari au primit cele cerute de mine, dar nu ştiu dacă au putut fi trecute în regulamentul celorlalte două facultăţi. Studiul fiziologiei patologice, figurează ca un curs în programul şcoalei germane, de curând revizuit şi el, în cel de al X-lea semestru, cu două ore pe săptămână. S'ar putea da profesorului de patologie generală însărcinarea acestui curs, care nu ar fi decât precizarea unor chestiuni de patogeneză în unele boale mai puţin lămurite. Noţiunile din acest curs s'ar putea da la lecţiile de demonstraţii anatomo-patologice din aunl V, sub formă de colocviu şi discuţii, legând şi mai tare atunci anatomie patologică de fiziologie patologică, de şi este mai bine ca aceste lecţii de fiziologie patologică să se facă deosebit de alt profesor, eventual cel de patologie generală, pentrucă au tocmai acolo locul lor, unde leziunile anatomo-patologice sunt mai puţin evidente sau este vorba numai de funcţiuni turburate: turburări de metabolism, hormoni.

Serviciul de prosectură. Am prezentat D-lui Ministru al Sănătăţii un mic memoriu, solicitându-L să facă cu încetul, pe lângă toate spitalele mari ale Ministerului Sănătăţii, câte o prosectură, pentrucă medici patologi ne-au fost ceruţi nouă, profesorilor de anatomie patologică, de unele din aceste spitale. Este drept că nu-i avem încă, dar dacă s'ar fi creat locuri, am fi putut prepara un număr mic de astfel de medici. D-l Ministru a pus însă în lege crearea unei secţii de prosectură pe lângă laboratoarele de igienă, cari ar putea să facă serviciul de prosectori la spitalul din acea localitate, dacă se găseşte câte un medic preparat. Noi institutele, trebue să căutăm să atragem de pe acum elemente bune, pentrucă eu cred că imediat ce vom păşi spre timpuri mai liniştite se va da satisfacţie în această chestiune.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

De altmintrelea este nevoie să mai arăt rolul acestor prosecturi la spitale? Ştiinţifizează mediul spitalicesc provincial, în două cuvinte. Un medic care nu asistă la autopsiile bolnavilor cari sucombă în serviciul lor, nu pot face niciun progres, pentrucă tot ce a ştiut va face şi mai departe şi ce n'a ştiut nici nu va mai şti (vezi R. M.). De când am venit dela Cluj la Sibiu, când am găsit ospitalitate în Spitalul Public, graţie autorităţilor superioare, Ministru şi Secretar General, am găsit întronat sistemul, ca niciun cadavru să nu fie autopsiat, bolnavii gravi fiind trimişi acasă, de obiceiu. In primul an am avut 10 autopsii, iar în al III-lea 70, iar interesul medicilor a crescut, încât în anii viitori vom avea şi reuniuni sper, săptămânale.

Trebue să vă comunic că ţara noastră vecină are asemenea prosecturi în toate oraşele mai mari, pe cari le numesc Institute, şi din cari citesc publicaţii în jurnalele de specialitate germane. In Rusia Sovietică serviciul prosecturilor a fost organizat printr'o lege, stabilindu-se după numărul de paturi, numărul de prosectori şi ajutoare şi laboranţi, autopsiile obligatorii şi asistarea la autopsie a medicului, cât şi a şedinţelor săptămânale de comunicări. Au ieşit în ultimii 5—6 ani, de când s'a făcut această lege, 5 volume de memorii şi comunicări, frumos prezentate, cu specificarea că sunt lucrări de anatomie şi fiziologie patologică. Profesorul german Brand, care este patolog de campanie la Posen, referează de 2 ani de zile din lucrările de acolo, şi tot el a vorbit despre serviciul de prosectură bolşevic, de care v'am spus mai sus, şi pe care l-am comunicat şi D-lui Ministru.

Asupra prosecturilor de campanie, pe care împreună cu colegii mei Prof. Crăciun şi Vasilescu dela Iaşi, le-am propus la Congresul de Chirurgie de acolo, au luat loc în dosarele serviciului sanitar şi aşteaptă timpuri mai bune. Deocamdată ne va comunica colegul Crăciun activitatea celui I serv. de patologie de campanie. Eu pot să spun că în războiul trecut am executat un serviciu de prosectură pe lângă cel de bacteriologie al Corpului IV de Armată, sub conducerea regretatului General I. Antoniu. Am aici darea de seamă a activităţii acelui laborator mobil, care trecea pe la spitalele şi formaţiile sanitare, până la divizie, şi recolta materialul pentru examenul bacteriologic şi executam autopsii, recoltând material. Aşa am studiat icterul epidemic, apărut şi el atunci pe front, şi am cultivat un paratific, publicat de Prof. Cantacuzino în numele nostru colectiv, care în mai multe centre din Moldova am cultivat aceiaşi bacterie, dar care nu este agentul patogen al icterului infecţios.

Cum oricare lecţie de deschidere a unui curs se începe cu a se arăta importanţa acelei materii în învăţământul respectiv, ar fi trebuit s'o fac şi eu cu anatomia patologică. Mă iertaţi că am omis-o, dar aş vrea ca din referatul pe care l-am făcut asupra anatomiei patologice asupra reumatismului, să servească de document la această prezumţie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

sirop laxatif GOBEY PARIS

INDICATIONS

LES ENFANTS
MÊME LES NOURRISSONS

LES OPÉRÉS

LES FEMMES
ENCEINTES ET EN COUCHES

LES VIEILLARDS

LES JEUNES FILLES

LES CONVALESCENTS
LES NERVEUX, (ÉPUISÉS, ETC.)
LES PLÉTHORIQUES
PAR VIE SÉDENTAIRE
LES NEURASTHÉNIQUES

Digitized by Centrul Virtual Gabi

LABORATOIRES GOBEY-PARIS

Reprezentant
pentru România
LABORATORUL
FARMACEUTIC

„LUTEȚIA" S.A.R.
STR. TOAMNEI 103
BUCUREȘTI III
TELEFON 1.38.15

FRECVENȚA SEZONIERĂ A PNEUMONIEI LOMBARE ACUTE

de

N. I. ZAHARIA

Medic-Primar, Fălticeni

Faptul că apariția pneumoniei lobară urmează un paralelism evident cu sezonul, este o noțiune clasică și indiscutabilă. Se știe astfel că frigul este un factor favorizant de primul ordin, dar se pare că o importanță încă mai mare o au schimbările bruște de temperatură [1]). Dar dacă aceste fenomene meteorologice au, fără îndoială, o acțiune peiorativă asupra organismului, pregătind terenul, nu trebue să pierdem din vedere faptul că variațiile în virulența pneumococului joacă de asemeni un rol primordial. Ne putem întreba chiar, dacă nu cumva microbul urmează vreun ciclu biologic definit în legătură cu anotimpurile.

© Institutul de Istorie a Medicinei "Victor Babeș"

Dar dacă asupra fenomenelor ce se petrec în organismul uman și al agentului patogen sub influența variațiilor meteorologice, știm foarte puțin, în schimb efectele acestor variații asupra ritmului de îmbolnăviri (morbiditatea) în pneumonia lobară, sunt un fapt de observație curentă. Se știe că maximum de cazuri se înregistrează în lunile de primăvară. Iar când condițiile atmosferice variază cu localitatea sau ținutul, curba morbidității în pneumonie urmează și ea fidel acestei variații.

* * *

Dorind să aflăm care este mersul morbidității pneumonice în orașul Bacău și împrejurimi, am urmărit internările în Secția Medicală a Spitalului „Pavel și Ana Cristea" Bacău [2]) pe un timp de 14 ani. Ele sunt înregistrate în cele 9 grafice alăturate, cari dau o imagine sugestivă a celor constatate.

Se poate vedea pe aceste grafice că numărul de pneumonii crește din Ianuarie până la jumătatea anului (Iulie), pentru ca apoi să scadă, uneori până la zero. Se observă o tendință la creștere spre sfârșitul toamnei și începutul iernii (Noembrie—Decembrie).

---

1) Trebue să presupunem că, pe lângă temperatura joasă, și umezeala joacă un rol.

2) Pe când funcționam ca Medic Secundar la acest spital.

Vârful curbei e situat în Martie sau Aprilie, mai rar în Februarie. Uneori se observă un platou în Martie—Aprilie.

Curbele înregistrate de noi nu oferă decât o uniformitate relativă; variațiile dela an la an — uneori destul de marcate — au ținut probabil de variațiile condițiilor climatice-meteorologice (asupra acestora nu am avut răgazul să facem cercetările necesare). Dar într'o măsură aceste variații au ținut și de faptul că înregistrarea și etichetarea bolii a variat după medicul care conducea serviciul. Astfel în ultimii patru ani, o mulțime de cazuri au fost înregistrate ca congestii pulmonare (vezi graficele), pe când în anii anteriori acest diagnostic s'a pus mult mai rar. Trebue să observăm însă că și congestiile pulmonare — înregistrate ca atare — urmează, în linii mari, curba morbidității pneumonice (e vorba de congestia pulmonară activă a autorilor francezi).

O imagine mai clară a fenomenului căpătăm însă dacă totalizăm cazurile și facem procentajul.

In cursul celor 14 ani cercetați, au fost internați în Secția Medicală a Spitalului „Pavel și Ana Crsitea", un număr de 683 bolnavi de pneumonie lobară crupoasă (nu intră în acest număr cazurile etichetate congestie pulmonară).

Iată repartizarea acestor cazuri după luni și procentajele respective:

L U N A	Nr. cazurilor	Proc. exact	Proc. aprox.		
Ianuarie	52	7,61	7,5		
Februarie	78	11,42	11,5		
Martie	128	18,74	19	53%	64,5%
Aprilie	146	21,37	21,5		
Mai	86	12,59	12,5		
Iunie	31	4,54	4,5		
Iulie	19	2,78	3		
August	15	2,19	2		
Septembrie	17	2,47	2,5		
Octombrie	21	3,07	3		
Noembrie	39	5,71	5,5		
Decembrie	51	7,38	7,5		
	683	99,87	100,0		

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cifrele procentuale de mai sus au fost transpuse în graficul alăturat. Acesta dă o imagine clară asupra mersului morbidității pneumonice așa cum aceasta se reflectează din totalitatea celor aproape 700 cazuri. Se poate observa că curba este perfect regulată: rapid ascendentă din Ianuarie până în Aprilie, când atinge maximum, apoi rapid descendentă până în August, când ajunge la minimum [3]), pentru ca apoi să crească lent până în Decembrie—Ianuarie. Ne impresionează în mod deosebit dispoziția scalariformă regulată a acestui grafic.

3) In caz că se adaugă la cifrele de mai sus și cazurile din August-Septembrie 1943 (cari nu sunt cuprinse în tabloul de mai sus) se ajunge la un nivel egal în August și Septembrie (2,60%), totuși mai jos ca Iulie și Octombrie.

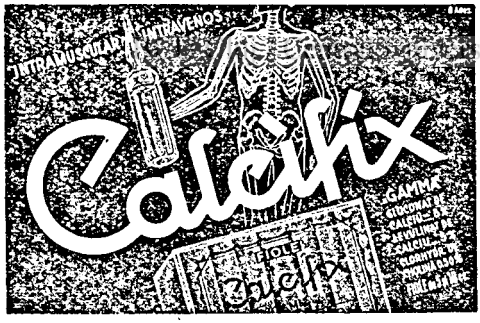
Din examinarea atentă a tabloului de mai sus, se mai poate vedea că boala predomină iarna şi primăvara. In adevăr, totalizând cifrele din Decembrie până în Mai (6 luni), se capătă 79,5%, deci în această regiune marea majoritate a cazurilor se recrutează în cursul acestor două anotimpuri. Iar lunile de primăvară dau cel mai mare procent (mai mult de jumătate): din Martie până în Mai 53%. Numai lunile Martie şi Aprilie dau 40,5% din totalitatea cazurilor.

CONCLUZII:

1. Din cercetarea celor aproape 700 cazuri de pneumonie lobară acută internate în Secţia Medicală a Spitalului „Pavel şi Ana Cristea" din Bacău, în decursul ultimilor 14 ani, rezultă că în oraşul Bacău şi împrejurimi, numărul cel mai mare de îmbolnăviri este în luna Aprilie (maxim) şi cel mai mic în August (minim). Boala predomină primăvara (lunile III—V, 53% din cazuri) şi iarna (XI—I, 26,5%), aceste două sezoane totalizând aproape 80% din cazuri. Lunile Martie şi Aprilie dau procentul cel mai mare (40%).

2. Luând media datelor obţinute în aceşti 14 ani, se obţine o curbă regulată, care creşte progresiv din August până în Aprilie şi apoi descreşte rapid din Aprilie până în August.

3. Cazurile etichetate drept congestie pulmonară activă (tip Woillez, Potain), urmează în linii mari aceleaşi variaţii sezoniere ca şi pneumonia crupoasă pneumococică.



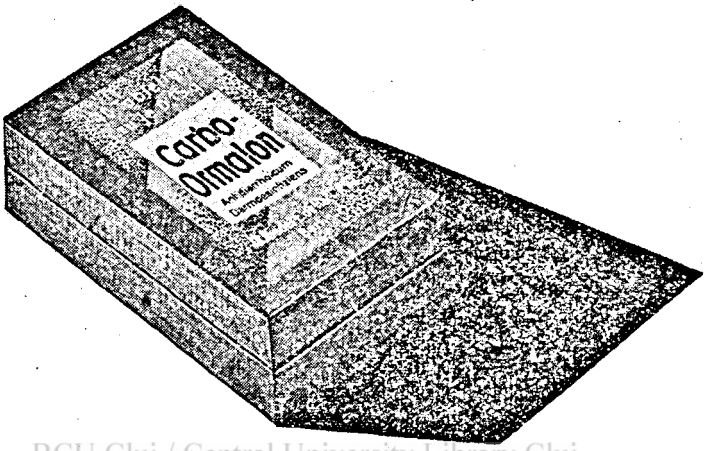
Fiole
DE 5 cmc.
ŞI
DE 10 cmc.

Elixir
ANEMIE
LIMFATISM
SURMENAJ

Reprezentanţa pentru România S. I. F. s. a. r. Bucureşti IV, Avram Iancu 32.

Pentru desinfecţia intestinului

Carbo-Ormalon



BCU Cluj / Central University Library Cluj

IN ENTERITELE DIAREE

SINDROMUL GASTRO-CARDIAC

METEORISM

REPREZENTANT PENTRU ROMÂNIA:
RUDOLF FOREK, BUCUREŞTI, III
STR. G-RAL EREMIA GRIGORESCU, 6

ASPECTE NOUI IN GRUPAREA MEDICILOR: SINDICATE ŞI ASIGURĂRI SOCIALE

de

D-r S. IRIMESCU

Suntem în plină renovare. Suprimarea dictaturei ne-a eliberat de orice apăsare în exprimarea gândirei şi convingerilor noastre.

Schimbările, reformele până la modificări esenţiale în structura socială, apar ca perfect îndreptăţite şi nimănui nu mai îi e teamă să le enunţe deschis, fără reticenţe.

Medicii, care constituie şi ei o breaslă, au luat atitudine în întrunirile lor, ca să-şi exprime doleanţele şi să arate cum înţeleg şi ei să se organizeze.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Medicul e paznic de sănătate şi lecuitor de boale. Ca să corespundă acestui rol, trebue să aibă competinţă, dar înainte de toate suflet.

Cunoştiinţele pe care le dobândeşte, e nevoie să le complecteze prin noile achiziţii, în continuă creştere, pe care să le asimileze.

Calităţile de suflet nu sunt, de cele mai multe ori, congenitale ci se formează prin experienţa vieţii şi a profesiei. Nimeni mai mult decât medicul, venind în contact cu atâtea suferinţe şi dureri, nu poate să le cunoască mai de aproape şi compătimitor să le înţeleagă, până a se confunda cu ele.

In felul acesta, medicul ajunge să fie şi un om bun şi activitatea lui se lărgeşte, până a fi o acţiune de mare altruism. Interesele proprii sunt absorbite în cele pentru un bine colectiv. Interesele e legitim să şi le apere şi când vor fi recunoscute şi apreciate, va fi un imbold pentru el să-şi dea contribuţia de muncă, ca să susţină şi pe ale celor umili şi obidiţi. El îi cunoaşte, i-a descoperit şi le-a constatat lipsurile şi nevoile.

Dintr'un imperativ al conştiinţei lui, se simte obligat să-i ridice la un nivel mai înalt de vieaţă, ca să-i scoată din mizeria lor fizică şi morală.

Sindicatele le vor permite să se afirme în plenitudinea drepturilor lor, degajaţi de oprimări care îi împiedecă să-şi desfăşoare aptitudinile şi să le valorifice.

Câte talente în germene s'au stins, înainte de vreme, când se anunţau cu atâtea făgăduieli, pentru un viitor strălucit! Drepturile, când vor reuşi să şi le câştige prin sforţări şi lupte, dacă vor fi încă necesare în epoca actuală de libertăţi depline, implică însă şi îndatoriri.

Pe bolnavi, devotându-li-se îi caută prin amănunţite explorări ale funcţiunilor organice. Studiul lor nu poate să fie numai simple teme de cercetări. Bolnavii sunt fiinţe vii şi vin la medic cu încrederea că vor ieşi din durerile în care se sbat. Ei sunt fiinţe nenorocite, care solicită ajutor şi compătimire, ca să ajungă la o vieaţă nouă, pentru a fi scoşi din jalea, care-i scufundă în desnădejde şi disperare.

Înălţându-şi înţelegerea pentru a-i analiza, nu numai în resorturi alterate ale organismului, dar şi în ale sufletului, pe care atâtea condiţii vitrege de traiu le fac să devieze dela normal, — el nu e numai un meşter care drege mecanisme uzate, dar şi un duhovnic al atâtor nenorociţi, care îi se spovedesc şi cer mângâieri şi alinări, ca să fie isbăviţi şi liberaţi din sbuciumul în care se frământă.

Evadând din egoismul strâmt al intereselor proprii, un mare suflu de idealism îi animă. Nasc atunci acele figuri mari din galeria medicilor ce nu se desprind totdeauna, — şi nu e nevoie să se desprindă, — cu aureole de glorie, ca să apară cu reputaţii sonore, care îi ridică pe piedestale ci pot să se mulţumească cu satisfacţia că-şi înţeleg menirea şi caută să o împlinească cât mai bine şi mai desăvârşit.

Balzac, în marea lui carte, care e „le Médecin de campagne", a descris pe Benassis, obscur medic de ţară, şi i-a dat un relief care l-a imortalizat şi l-a impus admiraţiei tutulor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Flaubert, în Larivière, marele clinician care apare în ultimele pagine din „Madame Bovary", a făcut din el un sfânt laic de un mare prestigiu, nu numai prin ştiinţa, dar şi prin bunătatea lui.

Alphonse Daudet, în fine şi duioase analize de sentimente nobile care apar la suprafaţă când sunt răscolite, a creiat din Boucherau, medicul care traversează romanele lui, un tip de sensibilitate supraacută vibrând până în cele mai adânci fibre ale fiinţei lui, când constată la cei ce defilau ca să fie examinaţi, nenorociri care le cauzase şi le agrava boala. Roger Martin du Gard, în seria romanului-fluviu, „les Thibault", în volumul final, îl arată pe Antoine Thibault, gazat de iperită, creer puternic, lucid până în ultimele zile din agonia lui, mucenic al propriilor suferinţe, dar şi larg înţelegător al suferinţelor altora, deoarece le cunoştea din experienţa trupului lui chinuit.

S'ar putea continua cu multe citate, formând din ele o antologie din literatura universală, pagine de profundă simţire, celebrând atâtea exemplare de superioară umanitate.

Dar nu numai din literatură, ci şi din vieaţa reală, oameni de un înalt calibru moral, apar ca să ridice la culmi de etică profesională, breasla medicală, Potain, cu figura lui de ascet, tipul celei mai perfecte dezinteresări de o abnegaţie totală, şi atâţia alţii.

Trousseau, până cu câteva zile înainte de moarte, istovit de muncă şi de propriile lui suferinţe, (un cancer îl rodea), senin şi calm, se devota să distribue cu prodigalitate, îndrumări şi cuvinte de îmbăr-

bătare bolnavilor, care se adresau la el cu o supremă speranţă şi consolare, ca să mai aibă curajul de a suporta vieaţa.

Când se reflectează câtă frumuseţe se resfrânge din aceste caractere, calculele mărunte, interesate, apar de un nivel atât de inferior, ca să discrediteze breasla medicală, încât din nevoia de a se desolidariza, le respinge ca să se ferească de ele, ca de un oprobriu care repugnă.

Sindicatele vor şti să înfiereze anumite practice şarlatanesti, — care nu sunt rare şi deşi de notorietate publică, sunt totuşi tolerate.

Există trepte şi în aceste practice şi unele apar aproape naturale.

In vremea noastră de aprig materialism, medicii caută şi ei să-şi împace cât mai mult şi cât mai bine interesele, pentru prosperitatea lor.

Concurenţa e mare. E un joc de bursă în toate profesiile. Cererea creşte. Boalele, cum organismul scade în rezistenţă, iau extensie.

Medicii sunt solicitaţi mai mult decât oricând, să-şi dea avizul asupra lor şi au tentaţia ca să fie la nivelul celorlalţi profesionişti să nu se inferiorizeze, ci să se valorifice cât mai mult şi cât mai bine.

Apărând cu pretenţii mari, le pot justifica, fără să fie socotiţi prea exigenţi sau prea lacomi.

Sunt totuşi destui dintre ei, pe care mulţi îi iau drept candizi, care din iubire de oameni şi din compătimire pentru suferinţele lor, se mulţumesc cu retribuţii cât de reduse, fără să se socotească că prin această atitudine se inferiorizează şi ei şi profesiunea.

Sindicatele vor lucra să elaboreze un cod de etică profesională şi socială, întreţinând astfel printre medici, simţul demnităţii şi acel orgoliu care constitue un titlu de mândrie şi îi fac să fie la înălţimea rolului pe care-l pot îndeplini ca factori de mare însemnătate, ca să poată îndrepta atâtea neajunsuri, restabilind pentru cei bolnavi sănătatea, când e compromisă şi contribuind ca boalele să fie prevenite, când producerea lor se poate evita, — rolul acestora devine astfel un adevărat apostolat.

Medicii, atunci s'ar ridica din ce în ce mai mult pe scara valorilor omeneşti, şi-ar forma o mentalitate superioară. Trecând peste adversităţi ca să-şi împlinească o mare misiune, ar avea conştiinţa împăcată că nu ies din linia dreaptă a îndatoririlor lor. Mentalitatea şi-o formează nu numai din fond propriu, dar şi sub influenţa mediului, dacă acesta e prielnic, ca să o favorizeze.

Mediul, acum nu mai este încrustat în formulele vechi de inerţii rigide, ci în plină transformare permite o largă înţelegere de justiţie socială, ca şi cei săraci, pe care boalele îi pândesc, să le poată rezista cu cât mai mulţi sorţi de izbândă.

Ca să se pătrundă de felul cum această evoluţie se poate accelera în raporturile dintre oameni, medicul trebue să vină în mijlocul mulţimilor, ca să le cunoască păsurile şi să-şi dea seama cum pot fi înlăturate din vieaţa de toate zilele.

In felul acesta, el va fi un cetăţean activ şi dinamic.

Boalele nu trebue să fie numai constatate, ci înainte de toate preîntâmpinate. E mult mai uşor de a le preveni, decât de a le permite, tratamentul fiind de mai multe ori tardiv, să progreseze, cu riscul de a deveni incurabile...

BCU Iaşi / Central University Library Iaşi

Sfaturile pe care le poate da în această privinţă, rămân însă platonice, dacă nu sunt încurajate şi sprijinite, ca propunerile enunţate să se împlinească.

In organizarea nouă democratică, în parlamente liber alese, când glasul celor mulţi, cari zac în mizerie şi lipsuri, va răsuna puternic medicii vor avea şi ei cuvântul, şi cum va fi cumpănit şi cântărit, ca să corespundă celei mai stricte realităţi — destul de nenorocită —, dar care poate fi îndreptată, — va fi ascultat. Ei vor pleda nu atât pentru interese proprii, cât pentru interese colective, fiind în măsură să le cunoască, deoarece au continuu ocazii să le aprofundeze, prin felul ocupaţiunilor lor.

ASIGURĂRILE SOCIALE, care formează prin fondurile pe care le procură, baza asistenţei bolnavilor, au intrat şi ele în discuţia grupului democratic al medicilor.

Curente puternice se produc acum, pentru o asigurare generală a populaţiei. Ţăranii vor fi şi ei cuprinşi în ea, căutându-se modalitatea cea mai potrivită ca să devină aplicabilă, deşi dificultăţile sunt mari, pentru punerea ei în practică. Am pledat de mult pentru o asigurare globală.

Dezideratul acesta, socotit utopic în trecut, este introdus acum în programul pe care-l susţine gruparea medicilor democraţi.

El e în pasul vremii. Planul Beweridge, asupra căruia forurile superioare din Anglia aveau rezerve, este acum adoptat de oficialitate sub o formă apropiată pentru cele mai multe din punctele lui.

O carte albă, asupra securităţii sociale, a apărut zilele acestea.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Şase categorii sunt stabilite, cu cote diferite, după situaţia materială pe care o au cei salariaţi, contribuind alături de patroni sau pe bază de alte venituri. Cei din prima categorie, cu venituri mari, plătesc cota, dar nu primesc renta. Cei din a doua şi a treia categorie, achită cote, după norme clar precizate, fiind beneficiari ai asigurărilor, iar cei din ultimele trei categorii, nu plătesc nicio cotă, dar primesc renta.

Aplicarea acestei legi, înseamnă o adâncă reformă socială. Ea necesită fonduri mari, deoarece aproape întreaga populaţie a Ţării, va fi cuprinsă în ea. Bugetul noului minister creiat pentru securitatea socială, va fi în primul an, de 650 milioane lire sterline. Din acest buget se vor face plăţi, nu ca simple ajutoare dar suficiente ca să satisfacă nevoile de o vieaţă la adăpost de orice lipsuri, aşa încât asiguraţii au drept la ele şi Statul se obligă să le facă. Şomajul intră în prevederile legii, ca şi o asistenţă cât de largă pentru bolnavi, femei gravide, şi lehuze. Copiii vor putea lua în şcoală, lapte şi dejunul. Suma aceasta din buget va fi acoperită de Stat, pentru 350 milioane lire sterline, iar restul de 283 milioane, va fi acoperit de patroni şi salariaţi. Bugetul e cu cifre astronomice, cari se ridică la sute de miliarde de lei, după valuta actuală, însă Statul va şti să suporte această sarcină, ca o îndatorire de solidaritate faţă de toţi locuitorii.

E cea mai adâncă reformă socială care s'a făcut vreodată.

Conflictele economice, nu vor mai putea avea atâta intensitate, —

deoarece prin această lege, care e într'adevăr o lege de securitate socială, toţi având posibilitatea să fie puşi la adăpost de lipsuri, prin efectele ei, nu vor mai avea motive să reacţioneze violent, pentru revendicări, care, fiind în mare parte recunoscute, vor fi satisfăcute.

Democraţia realizează deci, într'o ţară de mari libertăţi, — oricât aceasta ar fi legată de mari tradiţii pe care a ştiut să le acomodeze cerinţelor vremii, un vast program de reforme.

Mizeria, hidoasa mizerie care inferiorizează pe oameni şi care prin nemulţumirile, — mergând până la revoltă, — ale claselor de jos, împiedică producerea unui echilibru social, va fi înlăturată. Dreptul la o existenţă ferită de piedicile care îi se împotrivesc, asupra căruia marele jurist şi sociolog austriac Anton Menger a scris lucrări fundamentale, va fi legiferat, ca să devină o realitate.

Asiguratul, prin contribuţia pe care o dă, complectată prin cea a colectivităţii, rezumată în Stat, va avea garanţia că nu este abandonat propriei lui soarte, ci este ajutat ca să înfrunte nenorocirile şi neajunsurile, care se opun desvoltării lui ca factor de producţie, pentru patrimoniul naţional.

Pe baza asigurărei, prin aportul pe care îl aduce cel asistat, el are dreptul să reclame, ca printr'o asistenţă suficientă, din fondul asigurărilor, să fie ajutat nu numai în caz de boală, dar şi cu o pensiune convenabilă, când nu va mai putea munci.

Anomaliile epocilor din trecut, cauzate de marea diferenţiere între săraci şi bogaţi, vor fi înlăturate şi prinşi în freamătul vremurilor noui, în deplină armonie, oamenii voi prospera, în progrese prin întocmiri sociale şi economice, pe care, cu glas de profet, Roosewelt, în ultimul lui discurs, le anunţa proclamând că vor fi din cele mai mari pe care le-a cunoscut vreodată omenirea.

Digitized by Central University Library Cluj

Somn liniștit
deșteptare plăcută
prin

NOCTAL

Descompunere complectă și rapidă în organism.

Limite largi de dozare.

Nu dă obișnuință chiar după o utilizare îndelungată.

Reprezentant pentru România: RUDOLF FOREK
BUCUREȘTI III. STR. GENERAL EREMIA GRIGORESCU, 6.

J. D. Riedel-E. de Haën A.-G. Berlin

BCU Cluj / Babeș University Library Cluj

CHIRURGIA ROMÂNEASCĂ *)

de

D-r V. GOMOIU

Partea III

Doamnelor şi Domnilor,

De aci înainte se poate vorbi foarte bine de medicina şi de chirurgia românească. Pentru a da putinţa unei juste preţuiri a eforturilor făcute de acei începători, şi în acelaşi timp pentru a înlesni măsurarea progresului realizat în cei 85 de ani următori, ar fi, fără îndoială, foarte interesant să amintesc biografiile câtorva din elevii şi din profesorii acelei şcoale, — căci, oricât ar părea de comice, aceste amintiri nu pot să dezonoreze pe cei în cauză, dar mustrează pe cei care au de toate şi totuşi nu învaţă nimic.

Digital Content Provided by Library Club

De pildă: Elevul *Marin Butaru* a fost la început soldat la cavalerie. Bolnăvindu-se şi — fapt excepţional — vindecându-se de tifos, a fost lăsat să-şi facă convalescenţa la spital, dar ca să-şi răscumpere hrana, a fost numit rândaş la bucătărie. Făcându-şi datoria în mod exemplar, a fost avansat sacagiu, iar mai apoi, magazioner pentru hainele bolnavilor. In felul acesta, având dreptul să intre în sălile de bolnavi, îndeplinea uneori atributele de felcer, scriind cu creta pe tablele de lemn dela paturi, numele bolnavului, unitatea căreia aparţinea şi porţiile de mâncare ce'i se da. Mai târziu, învăţând să scrie foaea alimentară, a fost avansat felcer, iar când a împlinit termenul de 7 ani ca soldat, a cerut să fie admis ca elev al şcoalei. A urmat regulat cursurile şi a dat examen, a concurat pentru internat şi a luat diploma de bacalaureat, a trecut examenele de licenţă şi a concurat pentru bursă la Paris, de unde s'a întors „docteur en médecine". A ajuns până la gradul de maior, dar a părăsit armata devenind medic primar în Bucureşti. A murit acum câţiva ani, supărat pe toată lumea fiindcă numai el n'a ajuns profesor la Facultatea de Medicină.

Viaţa acestor elevi, descrisă de unul dintr'ânşii, a fost arătată

*) Conferinţă inaugurală ţinută în Ateneul Român, la 14 Noembrie 1943. Comprimând conferinţa, — ca să nu depăşească timpul fixat, — autorul a omis unele din pasagiile tipărite cu „petit".

astfel: hrană proastă şi insuficientă, repaos în dormitoare mizerabile, muncă excesivă (câte 14—16 ore pe zi), şi îngrozitoarea mortalitate prin tuberculoză. Cărţi nu erau, iar cursurile trebuiau scrise de câte 4 ori: un caet pentru elev, altul pentru profesori, altul pentru direcţia şcoalei şi altul pentru inspectori. Paralel cu materiile medicale, elevii trebuiau să înveţe atât materiile pentru bacalaureat cât şi regulamentele militare, căci erau supuşi tutulor rigorilor soldăţeşti.

Dintre profesori, amintesc de pildă pe *Petre Protici*, care se născuse în Bulgaria, dar devenise doctor al facultăţii de medicină din Paris, şi ajunsese medicul Mărcuţei. El preda Patologia chirurgicală după o carte tradusă de soţia sa, dar fiindcă aceasta nu cunoştea termenii technici, şi-a tradus greşit, şi multă vreme Protici a vorbit de „arama capului" în loc de „cuire chevelu", iar când i s'a atras atenţia, a adoptat termenul de „cureaua capului". La examen, urmărea cu degetul pe caetul său şi când expunerea elevului nu era aidoma, Protici îl oprea, apostrofându-l: „Hă (sau Mă) domnule X, hă stai, că nu este aşa în caetul meu".

Magistrul *Iosif Bruszt*, ungur cu mustăţile în sulă şi cu diplomă de chirurg dela Klausenburg (Cluj), era subdirectorul şcoalei şi făcea repetiţiile de patologie chirurgicală la clasele inferioare, dictând după caetele clasei superioare. Intr'o zi, cere caetul elevului Dimitrescu (Severeanu), care din întâmplare era deschis la o pagină în josul căreia titularul lipise o bucată de hârtie pe care scrisese o glumă fără nicio legătură cu restul. Terminând de dictat ultimul rând al paginei respective, Bruszt a trecut la fiţuica adaugată şi a rezultat o frază fără rost: „Velpeau a observat iar... sub această foae zac răposatele vene şi artere". Atrăgându-i-se atenţia, Bruszt a ripostat: „Ce mă măgarule, ştii tu mai bine ca mine?", iar când proprietarul caetului a lămurit cum stă chestiunea cu „răposatele vene" Bruszt l-a înjurat de mamă.

Profesorul de parabolanologie Wertheimer, care era doctor dela Erlangen, voind — la inaugurarea cursului — să vorbească despre acţiunea medicamentelor, zice: „Domnilor, medicamentul lucrează: masă asupra masei şi putere asupra puterei". Aţi înţeles Domnilor? întreabă profesorul. N'am înţeles nimic — răspund elevii. Atunci, încă odată, atansion! — zice Wertheimer — şi, repeta ce spusese. Intrebând însă din nou dacă s'a înţeles, şi dându-i-se acelaşi răspuns negativ — „profesorul" şi-a adunat caetul şi a plecat, amintind că „în lecsion viitor vom vorbi mai pe larg, şi să aveţi atansion" — dar despre asta n'a mai pomenit niciodată.

Implacabilul Hronos mă obligă însă să trec peste este, pentru a putea să amintesc că, în acelaşi an 1857, Kreţulescu şi Davila — unul preşedinte, altul secretar — au fondat „Societatea medicală ştiinţifică din Bucureşti", printre ale cărei lucrări se găsesc atâtea demne de luat în considerare; iar anii 1858—59 mai însemnează încă un alt mare pas în evoluţia Chirurgiei româneşti, prin faptul că abia atunci s'a individualizat, separându-se de Medicină; — marile spitale mixte de până aci, Colţea şi Brâncovenesc, s'au organizat în spitale cu câte două secţii: una medicală şi alta chirurgo-medicală, sau chirurgo-sifilitică, sau chirurgo-oculistică. Ca urmare, în afară de Ludovic Russ (dela Spit. Sf. Spiridon) — despre care spusei că fusese recunoscut mai înainte, — doctorii Patzelt — care fusese adus în 1851 ca simplu chirurg, adică secundar la spit. Brâncovenesc — şi Turnescu — care intrase în aceleaşi condiţii la Colţea, — au fost înaintaţi chirurgi primari, şefi de secţii independente, şi ca atare au fost recunoscuţi egali cu doktorii de până atunci.

Nu ştiu ce fel de chirurgie practică vor fi făcut la început doctorii Rus şi Turnescu, de oare ce nu s'a consemnat nicăieri. In ce priveşte însă pe Patzelt, constatăm în „darea de seamă" că a păstrat absolut

aceleaşi diagnostice ale spitalului mixt din 1843, iar din condicile de cheltueli rezultă că lipitorile, cataplasmele şi alifiile, mai păstrau încă prima linie în terapeutica lui chirurgicală; — ca singur lucru nou, aflăm „un corset de piele" şi „bandajuri pentru vătămaţi" (adică, pentru hernioşi). Cu toate acestea, cele trei nume: Rus, Patzelt şi Turnescu, — la care s'au adăugat în curând specialiştii Kugel şi Fabricius, — s'au bucurat de foarte mare vază în vremea lor.

Tot în anul 1859 s'a petrecut însă un alt eveniment istorico-medical de cea mai mare însemnătate, şi anume: In Noembre (1859) fiul boierului gorjan Busnogea, — devenit doctorul Emaniol Severin şi profesor de patologie medicală la Şcoala naţională de medicină, — a fondat „Mediculu românu" — care este prima revistă medicală românească. In No. 7 al acestei reviste, Nicolae Turnescu (dela spit. Colţea) a publicat un articol intitulat „Operaţia hydrocelului prin puncţie cu injecţie iodată", iar elevul său Teodor Alessandrescu, care se intitulează „student în medicină" publică (în No. 8) o observaţie de „calculus în urethra et gangrena scroti"; în acelaşi timp elevul Serghie Ianota, din serviciul lui Patzelt (dela spit. Brâncovenesc) publică o „observaţiune asupra exophtalmii provenită din kystu"; apoi, în numerile următoare a mai publicat elevul M. Popescu despre „Amputaţia metatarsului", — iar elevul G. Stavrescu, despre „Un casu de cephalotripsie" şi despre „Paracentesa la o femee cu ascită şi hydramnios", — iar eu, afirm cu mândrie că, de aci înainte, aproape tot progresul chirurgiei româneşti se datoreşte exclusiv elementului naţional.

In adevăr. Dintre ilustraţiile vremii, de care pomenii,—Rus şi Patzelt, n'au scris nimic, iar Fabricius a publicat doar câteva rapoarte sau dări de seamă; — numai Kugel a publicat o serie de lucrări originale de valoare. In schimb, în 1862, în locul pomenitului „Medicul Român", apare „Monitorul Medical" care devine foaie oficială a serviciului sanitar, şi o seamă de elevi publică observaţii de pură chirurgie — ca de pildă: E. Eustatiu — Laryngotomia; I. Frumuşanu — Cysta cerebralis; A. Alesseandrescu — Pyo-thorax; G. Stavrescu — ernie crurală incarcerată, herniotomie; Theordor Alessandrescu — Răniri prin arme de foc, etc.

In acelaşi an (1862) au plecat în străinătate — ca să ia „doctoratul" — primii absolvenţi ai şcoalei naţionale, reuşiţi la concursul pentru bursă,, iar între timp, elevii rămaşi aci au continuat să activeze — şi, este interesant de remarcat că, sub impulsul lor, au început să publice mulţi chiar din străinii care profesau aici.

In faţa ameninţării mereu crescânde însă, nici interesaţii sau răuvoitorii n'au rămas inactivi, şi, în 1863 au dat un nou asalt şcoalei; — în urma interpelării marelui român I. B. — care a spus că „din acea şcoală iese ca dintr'un izvor medici fără să posede cele mai mici noţiuni de carte", — guvernul a suprimat bursele. Ca reacţiune, Davila a organizat — cu toţi elevii şi foştii elevi — un mare banchet în onoarea profesorilor, aşezând în sală un scut mural, cu inscripţia „Perseveranţia tangitur". Banchetul a fost prezidat de Nicolae Kretzulescu, care era decanul doctorilor, iar în cuvântările rostite, s'au emis ideia transformărei Şcoalei naţionale, în Facultate de medicină, — ceea ce s'a şi realizat, deşi cu greu, şi abia după 7 ani, de către acelaşi D-r Kretzulescu. De altă pate însă, nici studenţii rămaşi în Paris fără bursă, n'au disperat,

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ci, s'au organizat ca o trupă de reprezentații, și au câștigat bani cu care s'au întreținut, până ce a aflat guvernul și le-a redat bursele.

In anul 1864 s'a petrecut un alt eveniment istorico-chirurgical, căci s'a înapoiat dela Paris, cu titlul de doctor în medicină și chirurgie, primii bursieri ce fuseseră trimiși acolo. Printre aceștia s'a aflat și tânărul **Constantin Dimitrescu-Severeanu**, despre care am vorbit în conferința mea de acum câteva zile, la Radio. Curând după numire, Severeanu a făcut o operație de Kelotomie pentru hernie strangulată, la care au au asistat foștii săi profesori Turnescu, Polyzu, Capșa și alții. Faptul că s'a vindecat bolnavul, a părut așa de extraordinar în cât s'a dat banchet în cinstea operatorului, iar la 9 Octomvrie (1864) D-rul Kretzulescu, Ministrul Instrucțiunii, a numit pe Severeanu ca suplinitor la catedra de patologie chirurgicală și medicină operatorie.

Iată prin urmare, primul chirurg român, produs al școalei românești, ajunge chiar dascăl acolo unde învățase ca elev.

In anul următor (1865), profesorul Turnescu, împreună cu foștii săi elevi: Trandafirescu, Petrescu și C. Dimitrescu-Severeanu) — de care vorbii —, au scos o nouă revistă numită „Gazetta medicală". Mai demn de amintit este însă faptul că, printre alți colaboratori, elevul intern **Nicolae Șerbescu**, dela spitalul din Ploești, a publicat (în No. 17) un caz de **„Tetanosu traumaticu vindecatu prin injecțiune sub cutaneă de morfină și inhalațiuni multiple de cloroformiu"**. Nu știu cum a ajuns Șerbescu să institue acest tratament, dar, fiindcă nimeni n'a mai pomenit de el și nici eu nu l-am cunoscut, — am comunicat această metodă ca o descoperire făcută de mine în anul 1917. Bineînțeles că, de îndată ce am aflat de lucrarea lui Șerbescu din 1865, n'am mai revendicat niciun drept asupra acelei descoperiri, — dar, în 1925, aceeași metodă a fost descoperită și de francezul Dufours, și publicată ca atare, iar astăzi însăși Românii vorbesc de „metoda Dufours" când ar trebui ca și străinii să o numească „metoda Șerbescu".

Iată, prin urmare o primă creație sau originalitate chirurgicală românească! — Este un titlu de glorie, care, chiar dacă nu s'a recunoscut până acum, nu este mai puțin adevărat că el există, și avem datoria să-l revendicăm. In ori ce caz, de aci înainte se poate vorbi încă mai liber — și cu toată autoritatea — despre chirurgia românească.

In Octomvrie 1867 o grupă de doctori — printre care, mulți foști elevi ai școalei naționale — a fondat „Societatea medico-chirurgicală din București" (înlocuind „Societatea medicală științifică" ce se fondase cu zece ani mai înainte și încetase), iar în Ianuarie 1870, foștii elevi V. Vlădescu, Gr. Romniceanu și C. Dimitrescu-Severeanu (împreună cu d-rul Sutzu) au scos „Gazetta medico-chirurgicală a spitalelor".

In același an (1870) a început să funcționeze **„Facultatea de medicină din București"**, a cărei organizare se decretase încă din 1864, prin înălțarea în rang a fostei „Școala națională", dar nu se putuse realiza din cauza neînțelegerii asupra numirei profesorilor. Istoria celor petrecute atunci este așa de compromițătoare în cât se impune a fi trecută sub tăcere, și ar fi de necrezut dacă n'am fi văzut-o repetându-se de atâtea ori.

D-rul Marcovici a comparat împărţirea catedrelor, cu o plăcintă care trebuia mâncată: Unul din foştii profesori de obstetrică a devenit profesor de zoologie şi botanică, iar celălalt a nemerit la patologia medicală; fostul profesor de clinica boalelor de copii a devenit profesor de fiziologie, iar lui Davila — fondatorul, care până atunci predase clinica medicală, clinica chirurgicală şi cursul de bandaje şi aparate de fracturi, — i s'a atribuit catedra de fizică şi chimie. A dispărut însă din program atât catedra de patologie chirurgicală (a lui Protici), cât şi clinica chirurgicală (a lui Patzelt), şi însăşi medicina operatorie, care fusese încredinţată fostului elev Severeanu. — aşa că, întreg învăţământul chirurgical în noua Facultate s'a redus la o singură clinică chirurgicală.

Tot în 1870 însă, doctorul Constantin Dimitrescu-Severeanu, fostul elev al Şcoalei naţionale — care între timp fusese permutat dela Colentina la Colţea — a fost confirmat, pe baza concursului depus, ca şef al serviciului oculistico-chirurgical dela Colţea, iar în 1873 a vizitat clinicile Apusului şi a introdus în chirurgia românească metoda antiseptică (Lister-iană) şi pansamentele cu vată „à la Guérin".

Iată, Doamnelor şi Domnilor, în ce fel şi cu ce elemente a început chirurgia românească! — Iată când, cum, şi cu cine, a început modernizarea ei!

Pomenitul Doctor Severeanu, — care, în 1844, pe baza concursului, a fost numit profesor de medicină operatoare, iar în 1886, după pensionarea lui Turnescu, a trecut la clinica chirurgicală, — n'a fost numai un imitator, care s'a ţinut mereu în pasul vremei, ci, în atâtea privinţe, a fost un novator, care a înălţat prestigiul chirurgiei româneşti.

Astfel. In chiar anul numirei sale ca profesor de clinică (în 1886), a comunicat Congresului din Berlin metoda sa de „Cusătură în etaje", — care, se practică azi pretutindeni, dar nimeni nu-i cunoaşte origina românească. Ba încă, ceva mai târziu, a comunicat Congresului din Moscova despre „Trei forme de cusături în chirurgie", iar una dintre ele era „cusătura peste muche" sau cojocărească; — totuşi, unii o atribue lui Doyen, iar majoritatea Românilor n'o cunosc de cât sub numele de „suture en surjet". Tot astfel „cateterizarea arterială" — care e atribuită străinilor, — a fost făcută prima dată de Severeanu, — şi ca atare, este românească. Fireşte că activarea într'un mediu aşa de excentric ca Bucureştii şi neposedarea unei limbi internaţionale, a fost pentru Severeanu — ca şi pentru atâţi alţi Români — o mare piedică în difuzarea creaţiunilor lor, — adică, în făurirea gloriei româneşti. Totuşi, tratatele străine au recunoscut lui Severeanu — şi prin aceasta, patrimoniului românescu — „decapitarea femurului în luxaţiile coxo-femorale ireductibile" şi „un nou procedeu pentru operaţia buzei de iepure" care este înregistrat sub numele său.

Un alt elev al Şcoalei naţionale, Atanasie Demostene a luat doctoratul la Montpellier, şi, prin concurs a ocupat în 1885 catedra de medicină operatoare părăsită de Severeanu, iar mai apoi a publicat „Études expérimentales sur l'action du projectile cuirassé du fusil Manlicher", pentru care, Academia de Medicină din Paris i-a acordat premiul „Laborie" şi l-a ales membru corespont.

Un alt elev al Şcoalei naţionale, Zamfirescu a ajuns profesor la Iaşi şi a creeat un procedeu de amputaţie osteo-plastică ce-i poartă numele.

Digitized by Biblioteca Universitară "Carol I" Bucureşti

O seamă de alţi foşti elevi ai Şcoalei naţionale au ajuns generali (— ca: Dianu, Vercescu, etc.), sau profesori universitari (— ca: Draghescu, Petrini, Râmniceanu), iar alţii (— ca, profesorii Grecescu şi Istrati) au ajuns chiar celebri în domeniul altor discipline, — dar, îi trec cu vederea fiindcă n'au avut nicio legătură directă cu chirurgia.

In schimb, în anul 1887, orizontul chirurgiei româneşti a fost puternic luminată prin revenirea în ţară a românului George Assaky, doctor dela Paris, care ajunsese profesor agregat la Lille (în Franţa) şi pentru care s'a creeat la Bucureşti a II-a clinică chirurgicală. El a fondat imediat „Archives roumaines de médecine et de chirurgie" pe care le-a tipărit la Paris, dar după doi ani, boala şi intrigile l-au făcut să se înapoieze în Franţa, iar ca reacţie, colaboratorii şi elevii săi au scos, în 1889, o revistă intitulată „Doctorul Assaky".

Explicându-şi rostul, această revistă zice: „Cum nu era să înceapă această luptă, când majoritatea medicilor noştri profesori, fără să ţie seamă de serviciile ce sunt ţinuţi a aduce învăţământul medical şi prin urmare, sănătăţii şi vieţii noastre, legaţi cum sunt prin comunitatea de origine, prin ignoranţa lor şi prin revoltătoarea exploatare a meseriei, s'au format într'o asociaţie care n'are alt scop de cât a lupta, pe toate căile, chiar pe cele mai meschine, contra reformelor şi progresului medical?"

Revenind în 1890, Assaky a fondat revista medicală „Clinica" şi, curând după aceia, o a doua revistă intitulată „Institutul de chirurgie", introducând, ca ceva cu totul nou, chirurgia experimentală. Lucrările lui asupra cusăturii nervilor sunt citate în tratatele clasice străine, iar mai apoi, ca profesor de gynecologie a imaginat o curetă specială, care-i poartă numele.

Digitized by Central University Library Cluj

Mai interesant de cât toate, este însă de accentuat faptul că, încă de atunci — adică, acum o jumătate de veac — Assaky a folosit în chirurgie (la operaţiuni) mănuşile de aţă şi de cauciuc, care au fost reintroduse la noi mult mai târziu ca o noutate chirurgicală, şi toţi chirurgii le folosesc astăzi curent, — dar mă întreb: câţi Români vor fi ştiind că avem dreptul să revendicăm prioritatea acestei practici?

In aceeaşi epocă, D-rul Nicolae Bardescu, fost elev al Facultăţii noastre, se remarcă prin lucrările asupra chirurgiei capului, iar Iacob Potârcă se ilustrează prin operaţiile propuse asupra mediastinului posterior, care sunt citate în toate tratatele străine.

In anul 1895 a intrat în arena chirurgiei româneşti, fiind numit mai întâi profesor de anatomie topografică, şi apoi ocupând catedra de clinică şi Institutul de chirurgie al lui Assaky, — bine cunoscutul Toma Ionescu, doctor dela Paris, unde a fost şi prosector, mare anatomist — cu renume mondial — care a colaborat la tratatul lui Poirier, iar în 1897 a fondat „Revista de chirurgie".

Lipsindu-i unele din calităţile necesare clinicianului, s'a angajat în câteva operaţiuni ilogice, care-i umbresc numele. Totuşi, — ajutat de perfecta cunoaştere a anatomiei, şi graţie concepţiei sale particulare despre bolnav şi despre ştiinţă — Toma Ionescu a întreprins atâtea alte operaţiuni care i-au adus o faimă necunoscută încă de vreun alt chirurg român, şi ai lustrat, ca nimeni altul, istoria chirurgiei româneşti, — căci, revistele şi tratatele străine îl menţionează la fiecare pas, înregistrându-i

chiar erorile terapeutice. Măcar că pe unele din metodele sau procedeele sale nu le mai aplică nimeni, sunt atâtea altele care să-i întreţină numele. Trec însă intenţionat sub tăcere cele două descoperiri în jurul cărora s'a făcut cel mai mare sgomot — Rachianestezia şi Simpatectomia contra anginei pectorale, — deoarece părtaşii proceselor trăiesc, şi ca atare judecarea lor trebue lăsată în seama urmaşilor.

In vreme însă ce strălucea Toma Ionescu, s'au mai ilustrat, — la început tot ca anatomişti şi mai apoi ca chirurgi, — Doctorii Ernest Juvara şi Dimitrie Gerota, iar în câmpul practicei chirurgicale s'au afirmat doctorii: Leonte, Nanu Gheorghe, Carnabel şi atâţi alţii.

Iată, Doamnelor şi Domnilor, stadiul la care ajunsese chirurgia românească în anul 1900 când am păşit eu însumi periferia ei: De o parte, chirurgia veche, în care mai persevera profesorul D-r Grigore Romniceanu; — de altă parte chirurgia progresistă, adaptată mereu de profesorul doctor Severeanu; — iar de altă, chirurgia modernă, reprezentată prin cei amintiţi mai sus.

Primele două au dispărut complect, odată cu generaţiile epocelor respective, făcând loc chirurgiei de astăzi, care se măsoară cu a celor mai înaintate ţări. Ba mai mult. Nu mă sfiesc să afirm că, în anumite privinţe, chirurgia românească s'a arătat dela început superioară ori căreia. De pildă, în ce priveşte tehnica: — pe când occidentalii au întrebuinţat — şi pe alocurea mai folosesc încă — câte 2—3—4 asistenţi, din contră, aproape toţi operatorii noştri au lucrat dela început cu câte un singur ajutor, şi au restrâns astfel la minimum riscurile infecţiunii. Nu mai puţin, grija — aşi putea zice meticulozitatea — în operaţiile de reconstituire sau de afrontare a planurilor anatomice, este ceva curent sau obişnuit majorităţii chirurgilor noştri, pe când la mulţi alţii, a rămas încă în faza de simplu deziderat. Apoi, nici nu mai vorbesc de devotamentul de care se bucură bolnavii noştri din partea marei majorităţi a chirurgilor români; — pe când în unele părţi, chirurgia este o meserie ca ori care alta, iar bolnavul este un simplu material de lucru, — la noi, chirurgul este oarecum robul bolnavului său, şi, pentru fiecare operat, dă o parte din viaţa sa; — iar dacă se întâmplă ca vreunul să se comporte altfel, acela este foarte aspru judecat de societate şi de noi înşine.

Doamnelor şi Domnilor,

Mi-ar fi aşa de plăcut — fiindcă m'aşi găsi în largul meu — ca să vorbesc de atâţia din eminenţi reprezentanţi aflători în viaţă, ai chirurgiei de astăzi — începând cu însuşi preşedintele nostru D-l Profesor D-r C. Angelescu, sau cu mine însumi, — şi aşi fi atât de mândru să enumăr creaţiunile — adică, metodele sau procedeele operatorii — cu care ei şi chirurgia românească s'au impus în faţa străinătăţii.

Lista lor este însă aşa de lungă în cât ar însemna să abuzez prea mult de răbdarea D-voastră, iar o judecată dreaptă a valorilor, cere oarecare perspectivă a timpului, în care se triază oamenii şi operile, după cum desimea pădurii se poate judeca mai uşor după căderea frunzelor.

De aceea, mă opresc aci, mulţumindu-vă pentru atenţia cu care binevoiţi să mă onoraţi, şi, rog ca această vorbire să fie considerată drept un omagiu la adresa tutulor câţi au contribuit la progresul chirurgiei

noastre. In acelaşi timp însă, conjur pe urmaşi să ducă mai departe torţa de al căruí port s'au învrednicit înaintaşii, — sau cel puţin să păstreze neştirbită splendida moştenire pe care am numit-o chirurgia românească.

*

După aceasta, a luat cuvântul delegatul Comitetului Ateneului, D-l Prof. D-r *D. Paulian,* care a rostit următoarele:

Doamnelor şi Domnilor,

Comitetul Ateneului a binevoit să mă onoreze, delegându-mă să urez „bun venit" colegului nostru D-l D-r Gomoiu, care a fost ales membru titular, prin unanimitatea voturilor secţiei ştiinţifice şi ale Adunării generale din Fevruarie c.

Stuart Mill spunea că „sacrificiul este o anormalitate — un semn că maşina socială nu funcţionează încă bine", — iar constatările pe care suntem nevoiţi a le face la fie care pas, dovedesc că organizările noastre sociale, — ori care ar fi ele, — nu şi-au finit evoluţia, adică n'au atins perfecţiunea, de oare ce reclamă mereu noi sacrificii: ele se pot mărgini la anumiţi indivizi, sau lovesc serii întregi, cărora li se zice „generaţii de sacrificiu". Dar, dacă atari sacrificii se cer din când în când tutulor — sau, marei majorităţi, — este incontestabil că oamenii de ştiinţă şi, în genere oamenii superiori, au plătit cele mai adese ori cu cel mai greu tribut.

In adevăr. Cineva, care — prin calităţile sale — depăşeşte pe semenii săi, apare ca un anormal în atmosfera vremii, şi, de aceea se spune că X sau Y s'a născut prea devreme sau prea târziu: semenii nu pot — sau, nu voiesc — să-i înţeleagă, şi îl lovesc cum se pricep mai bine, sau îl ignorează complect.

Ei bine. In clasa acestora se încadrează şi D-l D-r Gomoiu.

Remarcându-se totdeauna ca premiant: în clasele primare şi în liceu, ca şi la examenele sau concursurile pe care le-a trecut ca student. D-l Gomoiu a terminat Facultatea de Medicină, obţinând medalia de aur a acesteia, şi premiul Hillel al Universităţii; — Colegii de studenţie l-au ales Preşedinte al Societăţii Studenţilor în Medicină, iar confraţii de meserie l-au ales, aproape cu unanimitate, Preşedinte al Colegiului Medicilor din România.

Pe lângă profesiunea chirurgicală, — în care s'a dovedit maestru, — şi în afară de binefacerile sociale — cărora le-a sacrificat timp, pricepere, energie şi tot avutul său, fără să aştepte vreo răsplată materială sau morală, — lucrând zi şi noapte, D-l Gomoiu a scris opere nepieritoare, atât în domeniul chirurgiei cât şi al Istoriei medicale.

Modest ca întotdeauna, D-nia sa opri expozeul asupra Chirurgiei româneşti, ca să nu fie obligat a vorbi de sine, — dar, era încă student (în 1908) când a creeat „metoda myoplastică în tratamentul paraliziei faciale" care este citată în tratatele de specialitate, sub numele de „metoda Gomoiu-Eden"; — curând după aceia (în 1910) a creeat „Metoda înguinală în tratamentul afecţiunilor burselor" care este citată peste tot — şi se practică pretutindeni — ca „metoda Gomoiu-Phocas"; — a creeat (în 1915) „solarectomia", care este citată chiar în clasicul tratat al lui Testut-Jacob: — a preconizat şi aplicat cel dintâi (în 1920) „simpatectomia sacrală în tratamentul durerilor pelviene" şi este adevăratul autor — azi recunoscut — al „simpatectomiei cervico-toracice contra anginei pectorale": — a introdus „talcul în chirurgie" — contra arsurilor de ori ce fel şi a degerăturilor, — şi a creeat o serie de procedee operatorii, pentru a căror expunere ar trebui o conferinţă întreagă, de oare ce numărul publicaţiilor sale trece de cinci sute.

Din Istoria medicinei, ajunge să menţionez monumentalul tratat de 1206 pagini, care se chiamă „Istoria Medicinei şi a învăţământului medical în România" sau „Istoria presei medicale în România" (de

740 pagini), — sau magazia cu 878 pagini de biografii, care se chiamă „Repertoriul medicilor şi farmaciştilor din România" etc., etc., — iar „dintre lucrurile para-medicale, ar fi de ajuns să menţionez acel volum intitulat „Biserica şi Medicina" din care s'au cerut până acum peste 12.500 exemplare.

Cu toate acestea, — exceptând pe cei care l-au îndepărtat de Universitate, şi pe acei care l-au arestat în 1934 — după ce prezidase Congresul Internaţional din Bucureşti, — puţini din ai noştri au căutat să cunoască mai de aproape pe D-l Gomoiu, dar nici D-nia sa nu s'a făcut cunoscut prin reclama obişnuită de alţii.

In schimb, l-au cunoscut şi l-au recunoscut străinii, — care, l-au ales membru al atâtor Academii, membru de onoare al atâtor Societăţi ştiinţifice şi chiar Preşedinte al „Societăţii internaţionale de Istoria Medicinei. Iar sub acest raport, dacă D-l Gomoiu se poate mândri de a fi primul Român învestit cu onoarea prezidenţiei unei Societăţi ştiinţifice internaţionale, nu mai puţin şi noi trebue să preţuim faptul că, graţie D-niei sale, numele de român este pomenit în cele cinci continente.

Domnule Doctor şi Iubite coleg,

Indiferent de aparenţe, trebue să recunoască ori cine — începând cu D-ta — că, graţie abnegaţiei şi a tenacităţii sau perseverenţei D-tale în muncă, ai învins. Căci. De peste un sfert de veac porţi bisturiul, ca nimeni altul, şi toţi te recunosc drept maestru; iar de altă parte, abstracţie făcând de statele de salarii — la care nu te-ai înghesuit nici când, — ai fost şi rămâi, pentru toată lumea, profesorul şi marele învăţat Gomoiu; — ba chiar în organizarea noastră socială, ai fost Efor al spitalelor, secretar general şi apoi chiar Ministru al Sănătăţii.

Este regretabil dacă n'ai fost menţinut mai mult timp ca să fi realizat şi în aceste ipostaze, ceea ce ai reuşit în chirurgie, în sociologie şi în Istoria Medicinei. Ori pe unde ai fost însă, D-nia ta ai creeat o adevărată şcoală pregătitoare pentru generaţiile viitoare, dominată de un patriotism luminat, — a-şi putea zice fără egal.

Iată ce m'a atras către D-nia ta, şi — departe de a mă supăra — m'am simţit chiar mândru faţă de cei care — voind să mă lovească — mi-au spus că „mă vor gomoiza". Ba mai mult. Am fost fericit când te-am propus şi ai fost ales membru al Academiei de ştiinţe şi al Ateneului Român. Am voit ca sacrificiul vieţii D-tale să nu fie etern, şi am ţinut ca, măcar în amurg, să-ţi procurăm încă o mulţumire, mărturisindu-ţi unanima simpatie de care te bucuri din partea colegilor din acest Aşezământ.

Nu-ţi cerem nicio făgăduială sau legământ pentru o activitate viitoare, căci, răsfoind, cu acest prilej, volumul publicat cu ocazia aniversării de 40 de ani ai Societăţii Studenţilor în Medicină, am găsit următoarele cuvinte scrise de D-nia ta: „Acolo am încercat multe bucurii şi chiar necazuri, născute din seninătatea sau din vijelia temperamentului juvenil: — acolo am învăţat că omul nu valorează decât prin energia sa, prin munca, şi prin caracterul său. De acolo, — luând pilda predecesorilor, şi animat de speranţa totdeauna crescândă, pe care decepţiile n'o pot slei, — am învăţat a crede că munca este calea cea mai cinstită şi este arma cea mai demnă în lupta inteligenţelor. De atunci, m'am convins — ziceai D-ta — că, dacă în această concurenţă umană, adeseori iluziile îţi sunt spulberate, munca cinstită îţi procură acea independenţă sau demnitate necunoscute altora, şi îţi rămâne totdeauna cel mai bun consolator".

Ce să-ţi mai cer deci, — când, se ştie că munca a fost crezul întregei D-tale vieţi, şi dela el nu te-ai abătut niciodată?

In schimb, îţi doresc o viaţă cât mai îndelungată, ca să poţi culege toate roadele muncii D-tale, şi, în numele tutulor membrilor Ateneului, îţi repet: „Bine ai venit între noi".

RUBIAZOL

ampoules *comprimés*

Il a fait ses preuves...

plus de 500 références bibliographiques prouvent l'activité et la parfaite tolérance de la carboxy-sulfamido-chrysoïdine

dans

ERYSIPÈLE • FIÈVRE PUERPÉRALE
GRIPPE • COMPLICATIONS GRIPPALES
MÉNINGITES • SEPTICÉMIES
ROUGEOLE, SCARLATINE, ANGINES
PHLEGMONS, OSTEOMYÉLITES
PLEURÉSIES PURULENTES
PLAIES INFECTÉES, etc.

FORMES EXTERNES

COLLUBIAZOL

COLLUTOIRE AU RUBIAZOL
calme instantanément la douleur

Angines • Rhino-Pharyngites
Stomatites

GYNÉCOLOGIE : Vaginites - Métrites du col etc., etc

Laboratoires du Dr ROUSSEL - Paris

Reprezentant pentru România
LABORATORUL FARMACEUTIC

„LUTEȚIA" S.A.R.
STR. TOAMNEI 103
BUCUREȘTI III
TELEFON 2.21.38

Oficiul Asig. Sociale din Sibiu
Medic şef: D-r P. Gălan

ACTIVITATEA AMBULANŢEI DE RADIOLOGIE DELA OFICIUL ASIGURĂRILOR SOCIALE DIN SIBIU PE ANUL 1943/44.

de

D-r CAIUS V. ANTONESCU şi **Drd. ROMOLA GRAPINI**
Medic asistent radiolog externă

Evenimentele actuale ne-a împiedecat să facem un raport anual asupra activităţii ambulanţei de Radiologie, pe care unul dintre noi are onoarea s'o conducă încă dela 1 Ianuarie 1941.

Un fapt fericit ne-a permis ca în perioada dela 1 Aprilie 1943 până la 31 Martie 1944, să putem fi prezenţi în serviciul nostru permanent şi deci să ne ofere ocazia de a face o succintă expunere asupra activităţii, — pe această perioadă —, ce am depus-o în ambulanţa noastră.

Colecţia Muzeului Naţional de Medicină "Carol Davila"

Personalul medical şi tehnic: Şeful ambulanţei: D-r **Caius V. Antonescu,** medic asistent radiolog.

Extern.: **Drd. Romola Grapini.**

Tehnician: **Pavel Barciuc.**

Inzestrare tehnică. Ambulanţa de Radiologie având misiunea numai de a colabora prin diagnosticul radiologic cu celelalte secţiuni medicale ale Oficiului, posedă:

I. Un aparat **Röntgen-Diagnostic „Siemens-Ventil-Heliodor"** cu un singur post de examinare atât radioscopic cât şi radiografic, având: un stativ universal basculant automat **Siemens Telepantoscop** tip mediu, o centrală de comandă **Ergophos-Tutomat Siemens,** funcţionând cu **2 Kenotroane tip V 75/502 pö,** şi un tub catodic röntgen **Siemens-Doglas 45/220 V,** montat într'o cupolă **Siemens-Tuto „P",** răcire prin curent de aer, un **antidifuzor plan Buky** şi un **explorator după Prof. D-r Albrecht.**

II. Instalaţie completă pentru developarea filmelor radiografice.

III. Un aparat electric de uscare.

IV. Un Photognom.

Modul de lucru. Orice bolnav care urmează să fie examinat radiologic, trebue să fie îndreptat la această ambulanţă de către una din

secţiile medicale de specialitate, eliberându-i un **Buletin radiologic**, care va purta datele personale şi medicale ale bolnavului, precum şi examenul radiologic cerut.

Rezultatele examinării radiologice se eliberează pe acest Buletin (în dublu exemplar), originalul înmânat bolnavului, iar copia depusă la arhiva ambulanţei. In acest fel am înţeles că putem realiza un control permanent şi sever al bolnavilor. Radiografiile se prezintă la secţiile medicale cari au cerut examinarea radiologică, apoi se depun tot în arhiva ambulanţei radiologice împreună cu copia buletinului de examinare. Buletinele examinărilor radioscopice se grupează lunar în ordinea numerică a consultaţiunilor.

Timpul de consultaţiune rezervă 1 oră pentru radiografii şi 1½ oră pentru radioscopii (totuşi în medie generală consultaţiunile durau 3—3½ ore zilnic).

Rezultatele examinărilor radiologice se dau printr'o descriere amănunţită a imaginilor radiologice patologice.

Activitatea radioscopică. Pentru un număr total de **3885** consultaţiuni radioscopice s'au executat un total de **4099** radioscopii, repartizate pe organe, după cum urmează:

Pulmonare: **3045.**
Cord: **193.**
Tele-ortocardiograme: **15.**
Gastro-duodenale: **808.**
Pasaj gastro-intestinal: **23.**
Diverse (schelet, pt. corpi streini, etc.): **15.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Repartizate lunar:

Aprilie 1943	252	radioscopii
Mai	360	„
Iunie	370	„
Iulie	436	„
August	306	„
Septemvrie	302	„
Octomvrie	270	„
Noemvrie	276	„
Decemvrie	262	„
Ianuarie 1944	393	„
Februarie	399	„
Martie	473	„

Numărul examinărilor pulmonare au avut o ascendenţă bruscă, atingând în Ianuarie (1944) 317, Fevruarie 321, iar în Martie 376, care a urmat unei perioade de acalmie în lunile August (1943) 224, Septemvrie 205, Octomvrie 201, Noemvrie 190 şi Decemvrie 191, pentru ca în perioada dela Aprilie (1943) 189 să fie în continuă ascendenţă Mai 255, Iunie 270, Iulie 306.

Pentru examinările gastro-duodenale, observăm o variaţiune a numărului (lunar), prezentând o creştere în primăvară şi toamnă, atingând în Mai (1943) 72, (Aprilie 48), Iunie 76, Iulie 97, Septemvrie 81, Martie (1944) 77.

Activitatea radiografică. Pentru un număr total de 1473 consultaţiuni s'au executat un total de **2511** radiografii, repartizate pe regiuni anatomice şi organe, după cum urmează:

Diferite regiuni ale craniului	18
Mastoide	21
Mandibulă	14
Sinusurile feţei	294
Coloană vertebrală:	
Reg. cervicală (antero-posterior şi profil)	10
Reg. dorsală (faţă şi profil)	41
Reg. lombară şi lombo-sacrată	63
Bazin	18
Art. coxo-femurală	25
Membrul inf. diferite segmente (faţă şi profil)	384
Art. scapulo-umerală şi clavicula	44
Membrul sup. diferite segmente (faţă şi profil)	379
Torace (osos)	67
Renală şi reno-ureterală (fără substanţă opacefiantă)	23
Gastro-duodenale (duoden în serie)	20
Colecistografii (cu Oral-tetragnost)	10
Abdominale (pentru sarcină)	12
Pulmonare	76
Dentare	1006
Total	2511

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Făcând totalizarea, pentru un număr total de **5358** consultaţiuni, s'au executat **6610** lucrări de radiodiagnostic.

ABURI TĂMĂDUITORI

Precursori tratamentului modern de inhalație!

Glycirenan repudiat de docenții pentru profilaxia și tratamentul asthmului bronșic, bronșitele, rhinitei, laringitei, traheitei și sinusitelor.

Atmos-Gesellschaft Fritzsching & Co., Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România: Rudolf Forsek, București-III, Str. G-ral Eremia Grigorescu 6.

CALCUL VEZICAL DE O MĂRIME PUȚIN OBIȘNUITĂ *)

de

D-r GH. COSTĂCHESCU, D-r COSTIN G.
D-r POPA ȘERBAN și **D-r DOBRESCU O.**

Este vorba de un calcul vezical format din oxalat de calciu de dimensiunile 5/6 cm. și 145 gr., greutate, scos prin talie hipogastrică la un tânăr de 22 ani.

Soldatul recrut H. C., de 22 ani se internează în Spitalul Aeronautic la 23 Mai 1943 pentru: micțiuni frequente, durere în hipogastru și către baza glandului, debilitate fizică generală, dureri toracice.

Antecedente heredo-colaterale, fără importanță.

Antecedente personale, nimic demn de remarcat decât debilitatea fizică generală pentru care a fost amânat medical la recrutare.

Digitized by Babeș-Bolyai University Library Cluj

Istoric, maladia datează din copilărie, de când bolnavul are micțiuni frequente (5—8 pe zi) și dureri în hipo-gastru care se accentuează prin mișcare sau după un marș prelungit.

Starea prezentă, de constituție astenică, talie medie, debilitate fizică generală, afebril.

Aparatul respirator: respirație suflantă la hiluri și diminuată la baza dreaptă. Radioscopic pulmonar: umbrele hilare accentuate.

In restul organelor și aparatelor nimic deosebit de semnalat.

Aparatul uro-genital: dureri în hipogastru accentuate prin mișcare și mai intense după ce urinează. Micțiuni frequente, urina turbure.

Analiza urinei:

Aspect	turbure, verzui	albumina	0,20 gr. ‰
Densitate	1,018	glucoza	absentă
Extract	41,40‰	acetona	„
Reacție	acidă	acid diacetic	„
Indican	slab mărit	p. biliari	„
Urobilină	normală	p. sanguini	„

Examen microscopic: numeroase leococite izolate și grupate, numeroase hematii, rari epitelii plate, rari urați amorfi.

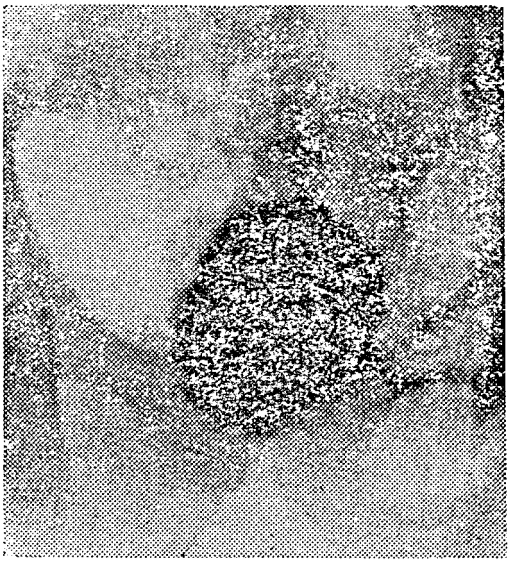
Explorarea metalică a uretrei și vezicei ne indică prin pipăit și auz prezența unui calcul dur, care la încercarea noastră de al examina cistoscopic nu permite pătrunderea cistoscopului în vezică.

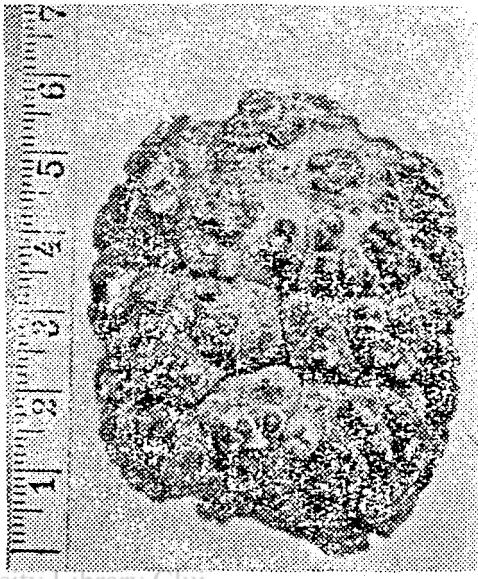
---

*) Caz prezentat la șed. Soc. de medici și naturaliști din Iași în Iunie 1943.

Radiografia regiunei hipogastrice (fig. 1) semnalează: opacifiere ovalară de mărimea 5/6 cm., de intensitate omogenă, de tonalitate metalică cu conturul neregulat situat în regiunea hipogastrică cu diametrul mare vertical pe linia mediană. Prin schimbarea de poziție formațiunea nu se deplasează.

Cu diagnosticul de calcul vezical intervenim la 27 Mai sub rachianestezie cu novocaînă 8% 0,12 ctgr., prin talie hipogastrică. Se extrage un calcul





BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fig. I. Fig. II.

muriform de mărimea unui ou de găină fixat în bas-fondul și peretele posterior al vezicei. Vezica cu pereții îngroșați sângerează după extragere. Spălăm vezica cu soluție de hipermanganat și o închidem în două planuri lăsând o sondă Pezzer, pe care o scoatem după 5 zile, punând bolnavului o sondă uretrală à demeure.

Calculul de mărimea 5/6 cm., de 145 gr., de culoare brună, muriform este constituit din oxalat de calciu (fig. 2).

Evoluția postoperatorie a bolnavului se face normal fără febră. Se scot agrafele la 8 zile, în care timp se închide aproape complect orificiul rămas după sonda Pezzer, bolnavul păstrând încă sonda uretrală timp de o săptămână, până la cicatrizarea complectă a plăgei operatorii.

Calculoza vezicală este mai frequentă la copii și bătrâni și în special la bărbați.

Bălăcescu pe o statistică de 76 cazuri arată o frequență mai mare la copii între 1—6 ani. Calculii formați din oxalat de calciu sunt cei mai rari. Chevalier pe 22 cazuri notează 5 calculi uratici, 16 fosfatici și 1 calcul de oxalat de calciu.

Viollet insistă asupra permeabilității calculilor la raze X și arată că cei de oxalat de calciu sunt cei mai opaci cum de altfel se și vede pe radiografia noastră. Pierre Bazy la Soc. de chirurgie în 1930 susține că radiografia nu ne arată totdeauna prezența calculilor, mai ales cei uratici sunt invizibili la raze X, descoperindu-se doar prin

cistoscopie. Chevassu spune că uneori calculii sunt mascaţi de poziţia proastă a bolnavului la radiografie, proiecţia umbrei simfizei pubiene, mascând bas-fondul vezical şi prostata. De aceea insistă ca la radiografie bolnavul să stea cu coapsele complect întinse (hiperextensie), iar tubul de raze să fie paralel cu filiera pelviană.

Dimensiunile calculilor vezicali atât cei primitivi cât şi cei secundari, sunt foarte variate. Forgue dă o medie de 30—80 gr. greutate şi 4—6 cm. dimensiuni. Mendez citează în 1927 un calcul vezical enorm. Chauvel prezintă la Soc. franceză de chirurgie în 1921 un calcul de 510 gr., iar Covisa Sanchez citează un calcul de 8/6 cm. scos tot prin talie hipogastrică. La fel Gayet prezintă la Societatea de urologie în 1936 un calcul foarte neregulat, muriform şi ascuţit, care totuşi clinic era bine tolerat.

Indicaţia operatorie prin talie hipogastrică la calculii aceştia mari şi mai ales acei duri, formaţi din oxalat de calciu, se pune net, litotriţia rămânând a fi utilizată aşa cum ne sfătueşte Marion la calculii nu prea mari, nici prea numeroşi şi mai ales la cei ce nu au o duritate prea mare; având bine înţeles în vedere şi posibilităţile oferite de ci vezică fără diverticuli, neinflamată şi tolerantă, ca şi o uretră pe care să se poată angaja litotritorul. Socotim interesantă comunicarea acestui caz pentru:

Volumul puţin obişnuit al calculului,
Raritatea relativă a calculilor oxalici,
Toleranţa destul de bună a vezicei faţă de acest calcul mare,
Cât şi pentru rezultatul bun operator obţinut.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

LEUKOTROPIN

Antiflogistic
Analgetic
Antipiretic

mai ales indicat în toate

sindromele reumatismale

artrite acute

inflamații ale mucoaselor

Forme de prezentare:

intravenos:

Cutii cu 2 fiole de 10 cmc.
Cutii cu 5 fiole de 10 cmc.

intramuscular:

Cutii cu 5 fiole de 10 cmc.

ATMOS-GESELLSCHAFT FRITZSCHING & CO.
(vorm. Silten-Gesellschaft)

Reprezentant pentru România:
Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6

BCU Cluj / Central University Library Cluj

NOTE DE CHIRURGIE DE RĂZBOIU

de

D-r LAMBESCU ALEXANDRU
Medic Primar, Timişoara

1. Suspensia la zenit în tratamentul fracturilor deschise şi grav infectate ale oaselor antebraţului, după plăgi de războiu.

Problema tratamentului unor astfel de răniri grave se pune ori decâteori suntem în situaţia de a căuta să salvăm membrul respectiv, cu orice preţ, atât în timp de pace cât şi în timp de războiu. Dar dacă în timp de pace lucrurile sunt mai uşor de rezolvat prin aparatura existentă sau posibilităţile de improvizat, în timp de războiu lipsurile de tot felul, caracterul de instabilitate a formaţiunilor sanitare, starea de şoc a rănitului şi urgenţa ne ridică obstacole greu de învins.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In timpul războiului actual am rezolvat astfel de cazuri prin simpla suspensie, la zenit. Rănitul a fost aşezat la marginea patului, aşa că regiunea coatului să atârne liberă în afară. Deasupra patului s'a improvizat rudimentar, dar practic o pârghie de care s'a suspendat printr'o faşă răsucită antebraţul lezat. Faşa a fost fixată, după caz, la gâtul mâinii sau prin leucoplast — de degetele mâinii. Am obţinut astfel un procent de 6 vindecări pe 6 răniţi. Procedeul l-aşi putea numi personal întrucât nu l-am găsit citat în nicio lucrare sau tratat.

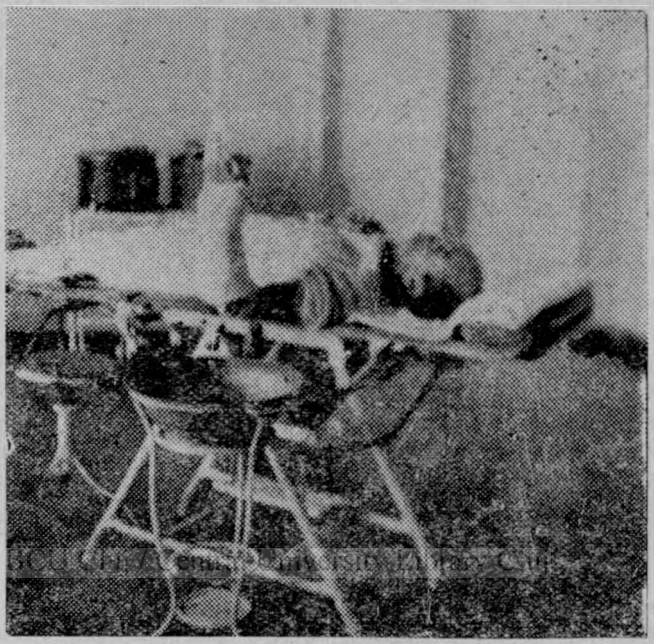
Indicaţii: Suspensia la zenit a antebraţului este indicată în fracturile ambelor oase, deschise, infectate şi la cari este imposibil, din cauza întinderii leziunilor, să se aplice aparatul de gips sau alt aparat de extensie oricât de simplu ar fi el, deoarece extensiunea nu menţine fragmentele în corectă poziţiune.

Avantaje: Avantajul suspensiei la zenit constă în aceia că dacă supuraţia este prea abundentă se poate pune sub cot un lighean în care se scurg secreţiunile, iar pansamentul se schimbă foarte uşor, rapid şi fără dureri. Atunci când rănitul oboseşte sau se deplasează, se aplică două atele căptuşite cu vată, pentru un timp limitat, pentru ca după aceia să se revină la suspensie.

In timpul suspensiei, din cauza comodităţii se pot face spălături de 2—3 ori pe zi cu soluţie Dakin, sau se pot face pansamente biologice, dacă este cazul, oricând e posibil băi de aer, soare, etc..

Complicaţii: Nu pot surveni, afară de neglijenţă sau neprevedere. Se vor controla mişcările degetelor, culoarea şi temperatura lor.

Rezultate: Aşa cum am arătat mai înainte, în cele 6 cazuri tratate, am obţinut vindecare 100% deşi, medicii cari au văzut aspectul leziunilor au crezut că este necesară amputaţia. Bolnavii erau febrili la început,



cu starea generală nu tocmai mulţumitoare. După o bună suspensiune, după un tratament local, susţinerea stării generale, sulfamido-terapie, aceşti răniţi s'au remontat foarte repede şi au rămas surprinşi de progresul ce l-au făcut şi la care nu s'au aşteptat.

Din cele descriese mai sus, concluziunile se degajă cu uşurinţă.

* * *

2. **Rezecţia intra-febrilă a genunchiului pentru plăgi de războiu cu fractura condililor şi artrita supurată.**

In chirurgia din timp de pace am practicat de multe ori rezecţia primitivă a genunchiului, dar rezecţia secundară a acestei articulaţiuni, sau rezecţia intra-febrilă a autorilor francezi nu am avut niciodată prilejul s'o execut. Nici în literatura actualului războiu nu am citit cazuri asemănătoare, iar rezultatele sunt foarte importante prin aceia că ambii răniţi — operaţi — au scăpat fără amputaţie.

In prezenta notă este vorba de doi răniţi de războiu cu plăgi perforante ale genunchiului, stângul la unul, dreptul la celălalt. Ambii sunt febrili, cu mare t^0 vesperală. Clinic, artrită supurată, care deşi este tratată prin deschideri şi drenaj nu evoluiază bine. Radiografia arată

fractura unicondiliană şi osteo-mielita fragmentului fracturat şi la unul şi la altul. Puroiul curge din abundenţă. Starea generală se alterează. Durerile sunt mari, deşi membrul inferior respectiv este imobilizat în aparat gipsat ferăstruit. Aceasta era situaţia la o lună dela rănire şi la sosirea în spital.

In faţa acestui tablou clinic se punea problema unei amputaţii în treimea medie a coapsei, cu atât mai mult, cu cât toate tratamentele adjuvante (sulfamidoterapie şi injecţii cu Delbet), nu reuşeau să producă nicio ameliorare.

Totuşi după o prealabilă pregătire preoperatorie, am renunţat la sacrificiul membrului şi am procedat la rezecţia secundară a genunchiului „pentru drenaj", consecvent principiului clasic al lui Ollier: „rezecţia este cea mai înaltă expresiune a drenajului articular".

Sub rachianestezie am abordat, pe cale anterioară, articulaţia genunchiului, în ambele cazuri. Am extirpat rotula. Am rezecat condilii femurali şi platoul tibial, am excitat sinoviala îngroşată şi fongoasă şi am drenat. Am aplicat o extensie pentru ca focarul să rămână larg deschis şi am suprimat progresiv spaţiul dintre fragmente.

In primele două săptămâni febra a continuat să oscileze şi supuraţia să se menţină. Dar după această dată şi un element şi altul au dispărut. Starea generală s'a ameliorat vizibil.

Am imobilizat membrul în gouttieră cu fragmentele osoase apropiate. Consolidarea e pe cale de a fi efectuată, plăgile aproape cicatrizate, membrul salvat, după circa 2 luni dela operaţie, desigur cu o scurtare marcată şi fatală. Mersul va fi posibil cu o talpă ortopedică.

Punând în discuţie valoarea acestei rezecţii, nu am de adăugat decât o eventualitate posibilă, aceia a pseudartrozei sau a unui calus vicios, inconveniente reparabile printr'o reintervenţie tardivă, la rece, ceea ce nu scade importanţa acestui tratament atâta vreme cât se poate recupera un membru pe această cale.

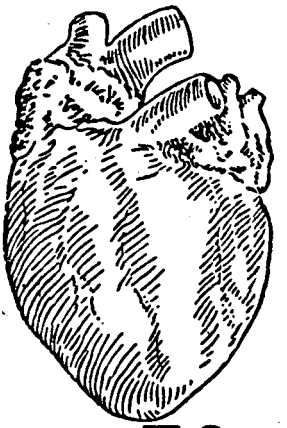
BCU Cluj / Central University Library Cluj

Credem că, publicarea acestor note să contribuie cu puţin, dar cu ceva, la clarificarea atitudinei chirurgului în faţa unor atari situaţiuni produse de forţa destructivă a războiului.

Notes de Chirurgie de Guerre.

L'auteur expose succitement sa manière personelle de suspension à zenith de l'avant-bras fracturé et avec des plaies de guerre gravement suppurées, manière très simple et toutefois très pratique qui a des avantages indiscutables surtout là où les moyens sont très réduits.

Il expose aussi les excellents résultats après la résection intra-fébrile du genou sur deux blessés de guerre dont les genoux étaient ateints par une suppuration intarissable et présentaient de plus la fracture des condils fémuraux.



Verodigen

Preparat de Digitală

Acțiune rapidă și toleranță excelentă

Comprimate — de 3 ori pe zi 1/2 comprimată.
Dupa 3 zile
Granule — de 2 ori pe zi 1/2 comprimată.
Supozitoare — Medicație foarte economică!

La edeme **Verodigen compositum**

C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H.

Reprezentant pentru România:
Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6

ASUPRA UNUI CAZ RAR DE HEMORAGIE UTERINĂ LA O GRAVIDĂ, INTOVĂRĂȘIND EXPULZIA PLACENTEI *)

de

D-r H. MAKELARIE

Hemoragiile cari întovărășesc expulzia placentei la parturiente sunt fenomene fiziologice. Produse într'o cantitate mai mult sau mai puțin abundentă, aceste hemoragii sunt în general bine suportate de parturiente care nu resimt ca urmări ale acestor pierderi sanguine fenomenele supărătoare ce urmează hemoragiilor în general.

Cantitatea de sânge pe care femeile o pierd în atari împrejurări, variază, în general, între 4—600 gr. sânge. Sunt cazuri însă când această cantitate de sânge astfel pierdută este cu mult mai mare. Așa V. Le Lorier *), într'o asemenea statistică personală de 5540 de acușmente, relevă 210 hemoragii superioare la 500 gr. pierderi de sânge. Și pe aceste 210 asemenea cazuri, notează: 120 cazuri cu pierderi de sânge nedepășind 1000 de gr., 64 cazuri cu pierderi de sânge dela 1000—1500 gr., 26 cazuri cu pierderi de sânge depășind 1500 gr.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Un caz al unei parturiente cu o sarcină gemelară, pe care l-am îngrijit personal cu ocaziunea acușmentului, este din acest punct de vedere foarte instructiv și important a fi relatat.

Pacienta de care este vorba este doamna Jullieta D-r M., de ani 38, terțipară la termen, cu o sarcină gemelară. Ca antecedente personale, nu prezintă nimic deosebit a fi relatat. De asemeni nici ca antecedente hereditare și colaterale. Prezintă o constituție fizică potrivită. A avut 2 sarcini anterioare: prima cu aproximativ 13 ani în urmă, aflându-se la Paris, dând naștere în acel timp unei fetițe cu care ocazie avu ca accident al facerii de care vorbim, o metroragie foarte abundentă și prelungită cu ocaziunea expulzării placentei.

Cu îngrijirile ce a avut atunci, s'a restabilit complect ca sănătate. Cu cel de al doilea acușment ce l-a avut acum 10 ani, și pe care l-a efectuat sub îngrijirea noastră în spitalul din C.-Lung, jud. Muscel, a dat naștere unui băiat; expulzia fătului, făcându-se rapid și precipitat, la 2 ceasuri dela începerea durerilor facerii. Cu expulzia placentei, avu și de rândul acesta o metroragie foarte abundentă și prelungită, care a trecut greu prin imobilizarea parturientei, aplicarea unei pungi cu ghiață pe abdomen și injecțiuni de ergotină, gluconat de calciu și clauden. Metroragia de care vorbim a fost așa de abundentă, încât sângele astfel scurs, a trecut prin cuvertură și salteaua patului. A urmat o stare febrilă prelungită de circa

*) *V. Le Lorier*: Quelques considérations cliniques et therapeutiques à propos des hemorragies de la délivrance „Le Bulletin médical" 25 VII. 1937.

8—10 zile şi cu îngrijirea şi medicaţiunea dată, parturienta a părăsit spitalul în a treia săptămână dela internare, complect vindecată.

Obiectul prezentei comunicări îl formează a treia sarcină a dânsei, care a evoluat astfel: este vorba de o sarcină gemelară, diagnostic pus înainte de începerea acestei faceri, având în vedere pântecele enorm ce-l prezenta parturienta şi dublele focare de ascultaţie.

Pacienta nu prezenta niciun fenomen clinic nelinîştitor cu această a treia sarcină dusă până la sfârşitul ei. Urina examinată nu arăta prezenţa zahărului nici albuminei. Ascultarea zgomotelor foetale nu arăta nimic deosebit, în afara focarelor duble de ascultare.

Avându-se în vedere antecedentele hemoragipare îndestul de îngrijorătoare cu ocaziunea facerilor anterioare, s'au luat toate măsurile pentru o cât mai bună asistenţă a acuşmentului ce urma să începă.

Primele manifestaţiuni de facere au început în timpul serii (ora 9) în prezenţa moaşei la locuinţa parturientei. Moaşea avea consemnul, ca la cea dintâi manifestare clinică închietantă a parturientei, să ne cheme, aceia ce s'a şi înfăptuit, chemându-ne la orele 9,30 din acea seară.

Examinând pacienta, am găsit mersul facerii avansat; contracţiuni puternice abdominale, cu durerile caracteristice şi prezenţa unei metroragii în cantitate neobicinuit de mare pentru perioada de evoluţie a facerii. Starea generală a parturientei bună; pulsul bun. Ajutăm parturienta cu o injecţiune intramusculară cu oleu camforat. Examenul local arată: colul şters şi orificiul uterin dilatat cât podul palmei. Fiindcă pierderea uterină de sânge continuă cu abundenţă, rupem membranele foetale şi expulzia primului făt se face în prezentaţie craniană, ajutăm după regulele ştiute degajarea primului făt. Legăm apoi cordonul şi complectăm îngrijirile ce astfel trebuiau împlinite pentru mamă şi copil. După toaleta de rigoare a regiunei, facem parturientei un examen genital şi constatăm: col uterin închis, iar la examenul combinat cu palpeul abdominal, constatăm că uterul conţine un al doilea făt (sarcină gemelară). Abdomenul parturientei este încă destul de voluminos. Prin tuşeul digital, constatăm introducând degetul printre buzele colului, prezenţa unei a doua pungi foetale în formaţiune. Mersul facerii este în prezent (ora 12 noaptea) ca şi întrerupt. Scurgerea de sânge (metroragia puerperală) este diminuată, aproape nulă. Contracţiunile uterine dispărute. Parturienta are însă sete de aer; faţa şi buzele sunt decolorate; pulsul mic şi rapid. Ajutăm parturienta făcându-i subcutanat şi simultan în patru regiuni ale corpului (coapse şi flancuri) două kgr. ser fiziologic clorurat cât şi injecţiuni intramusculare cu oleu camforat şi cafeină. Treptat, starea parturientei se îmbunătăţeşte, pulsul se amplifică, setea de aer şi respiraţiunea se îmbunătăţeşte de asemenea. Aceasta durează cam un ceas, în care timp am constatat că stetoscopul în câteva rânduri, focarul bătăilor foetale al celui de al doilea făt. Incepe apoi o metroragie din ce în ce mai accentuată şi contracţiuni uterine din ce în ce mai puternice. Examenul colului uterin arată dilatarea treptată a acestuia şi bombarea din ce în ce mai pronunţată a noii pungi foetale. Scurgerea de sânge devine din nou închietantă, cu tot cortegiul anterior al simptomelor legate de ea: pulsul mic şi frecvent, setea de aer, respiraţia repede şi superficială. Se face parturientei încă un kgr. ser artificial, sterilizat, subcutanat, simultam, în două puncte separate ale corpului. Scurgerea de sânge devine însă ameninţătoare, trecând prin cuverturi şi salteaua patului, de care sânge pierdut pacienta se resimte foarte mult. La examenul local, constatăm dilatarea colului uterin cât o piesă de 250 de lei, prin care punga foetală bombează. Spargem punga foetală şi, introducând mâna în cavitatea uterină, degajăm fătul printr'o extracţie podalică. Urmează o metroragie în debaclu, iar bolnava complect exsanguo, fără puls şi cu o respiraţie foarte accelerată intră într'o stare de delir acut, vociferând cuvinte neînţelese şi agitându-se cu mişcări ample ale capului, mânilor şi picioarelor. In această gravă situaţie, împreună cu ajutoarele noastre (medicul secundar şi cu moaşa) am putut continua să facem pacientei încă două kgr. ser artificial subcutanat, simultan în 4 puncte deosebite ale corpului, cât şi alte injecţiuni cu oleu camforat, clauden, cafeină natrium-benzoică.

Sângele pe care-l pierde parturienta continuă şi vine, am putea spune, în valuri, iar parturienta cade într'o stare de semi comă. In această stare disperată, se face extracţia manuală a placentei, după care metroragia se opreşte, continuând o neînsemnată scurgere de sânge spălăcit (lacat), iar parturienta trece într'o stare de somn sub care, după un ceas, pulsul începe a se simţi, respiraţia se ameliorează şi parturienta deşteptându-se, arată o stare generală mai liniştitoare. Este calmă, însă complect exsanguă. Este ajutată cu injecţiuni cardio-tonice şi, la cererea sa i se dă să bea ceai cu rom.

Punga cu ghiaţă pe abdomen şi imobilizarea complectă. Cei doi prunci sunt ambii de sex feminin şi cântăresc câte 2500 gr. fiecare. Acuşmentul este terminat la orele 4,30 dim.

Zilele care urmează aduc o îmbunătăţire treptată în starea generală a pacientei. Dânsa recâştigă puterile pe fiecare zi ce trece. Păstrează însă exteriorizarea anemiei acute ce a avut-o şi pentru care urmează un tratament cu extract de ficat.

Mersul lăuziei este normal, iar după trei săptămâni dela acuşment, parturienta noastră e refăcută ca sănătate. Starea sănătăţii copiilor nou născuţi, bună în tot timpul.

Din apreciere, socotim cantitatea de sânge ce astfel a pierdut-o parturienta cu ocazia acuşmentului ce a avut şi în special a delivranţei, ca fiind cel puţin două kgr. de sânge.

Am socotit important expunerea acestui caz, pentru consideraţiunile ce decurg din comunicarea lui, à propos de hemoragiile ce însoţesc delivranţa şi a conduitei ce astfel trebue împlinită pentru ajutorarea şi salvarea acestor cazuri.

Este ştiut că delivranţa este un act fiziologic al facerii, întovărăşindu-se de pierderi de sânge însemnate.

Femeile suportă aceste pierderi de sânge în mod inegal.

In mod normal, am văzut că o asemenea pierdere de sânge ce întovărăseşte delivranţa, este socotită a fi în termen mediu la 400 gr. sânge. Neapărat că femeile slabe suportă cu mult mai greu aceste pierderi decât cele voinice.

Ce conduită trebue urmată în asemenea cazuri de mari hemoragii ale delivranţei?

Trecem peste consideraţiunile care nasc din precizarea unei asemenea hemoragii cu ocazia delivranţei, adică dacă sângele astfel pierdut, depăşeşte sau nu pierderile socotite a fi normale.

De asemeni trecem peste consideraţiunile care impun precizarea dacă o asemenea gravă hemoragie a delivranţei este ocultă (intrauterină) sau dacă este externă, adică urmează calea utero-vaginală.

Diagnosticul precis de hemoragie gravă fiind făcut, ne întrebăm care este conduita de urmat în asistenţa dată unei asemenea parturiente?

Trebuesc înfăptuite într'o asemenea împrejurare următoarele două mari indicaţiuni:

1. Oprirea hemoragiei; 2. Combaterea anemiei acute astfel instalate. Cu prima indicaţiune, vorbim despre delivranţa artificială care trebue făcută de urgenţă. Care este însă urgenţa acestei intervenţiuni? Trebue făcută delivranţa artificială imediat, chiar cu prima constatare a unei asemenea grave hemoragii?

După concepţiunea clasică, răspunsul la această întrebare este „de", delivranţa în asemenea caz trebue făcută de urgenţă. Totuşi această urgenţă are oarecare relativitate; de aci expresiunea că această

delivranţă artificială nu trebue făcută nici „trop-tôt" nici „trop-tard". Se ştie că extracţia manuală a placentei nu se poate face fără anume riscuri decât când placenta s'a decolat. Această decolare nu se face mai de vreme ca o jumătate de oră şi, în mod normal, decolarea placentei e împlinită la o oră de expulzia fătului. Deci urgenţe într'o asemenea împrejurare este condiţionată de acest ultim considerent, adică de a aştepta decolarea cel puţin în parte a placentei în atari cazuri. Aceasta pentru a nu risca rupturi ale peretului uterin sau retenţiune de cotiledoane placentare care sunt strâns aderente de peretele uterin, fără această decolare a placentei. Prin urmare delivranţa artificială şi în atari cazuri de urgenţă, trebue făcută cu conduita de „savoir attendre". Mijloacele de care ne ajutăm în atari cazuri când delivranţa artificială înfăptuită, hemoragia uterină continuă încă, sunt pe lângă manevrele manuale asupra uterului (pumnul în uter, irigaţiuni fierbinţi, masive, a cavităţii uterine după curăţirea cavităţii uterine de resturile de placentă şi chiaguri de sânge, sunt pe lângă injecţiunile cu ergotină, clauden, gluconat de calciu şi injecţiunile cu adrenalină şi pituitrină). Injecţiunile cu adrenalină în atari împrejurări sunt de folos redus, întru cât, făcute intra-muscular, activează încet şi trecător, epuizându-şi repede efectul, iar făcute intra-venos, pot da naştere la edem pulmonar. Foarte eficace sunt însă injecţiunile de lob posterior de hypofiză (pituitrină), care constituie un puternic agent de oprire a unor asemenea hemoragii. Injecţiunile cu hypofiză trebuesc făcute intra-venos şi mai ales intra-muscular, în plină masă a peretului uterin — à travers-ul — peretelui abdominal. Eficacitatea unor asemenea indicaţiuni e cum nu se poate mai salvatoare în asemenea cazuri.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cât priveşte tratamentul anemiei acute ce întovărăşeşte cazurile de hemoragii grave ale delivranţei, ne stă la îndemână transfuziunea sanguină, care trebue făcută în cantităţi mari, de 600—800 gr. de sânge şi injecţiunile masive de ser artificial. Aceea ce constituie particularităţile acestor anemii acute în atari cazuri de hemoragii grave ale delivranţei nu este atât lipsa hematiilor în sângele acestor parturiente; hemograma făcută în asemenea cazuri, arătând numărul globulelor roşii la 4.000.000 pe mmc., cât spoliaţiunea masei sanguine; aceasta turburând dinamica circulaţiunii sângelui în asemenea cazuri de grave hemoragii ale delivranţei.

Socotim astfel că ajutând parturienta de care vorbim cu cele 5 kgr. ser artificial pe care i le-am făcut subcutanat însă simultan în mai multe locuri pentru urgenţa absorbire a acestui ser evitând calea intravenoasă pentru această seroterapie, considerând-o traumatizantă la cantitatea masivă de ser la care am recurs şi în imposibilitatea la la care ne-am găsit a face acestei parturiente o transfuzie sanguină masivă.

Am folosit, socotim atât prin intervenţiunile obstetricale cu care am ajutat-o cât şi cu comportarea injecţiunii seroterapice de care vorbim, fără care energice aplicări socotim că parturienta ar fi riscat pierderea vieţii.

COINCIDENȚA: ERITRODERMIE NEOSALVARSANICĂ ȘI SCABIE

de

D-r ST. MATACHE

Iată două dermatoze, cari — cu toată distanța ce le desparte o serie întreagă de considerente — mi-a fost dat să le am reunite pe același caz și în același timp, rezervându-mi surprize cari îmi dictează astăzi același articol.

Se știe că între accidentele tardive ale tratamentului arsenical—dermatologului îi este rezervat unul din cele mai alarmante tablouri — din fericire rar — acela al eritrodermiei neosalvarsanice—vorbind de forma severă.

Fără a mă opri asupra datelor — mai ales patogenice — ale acestui accident cutanat, care formează încă — din acest punct de vedere — obiectul unor continuie și intense preocupări pentru figuri proeminente în specialitate, voiu intra direct în descrierea cazului propus.

Digitized by Babeș-Bolyai University Library, Cluj

Este vorba de un ofițer de marină comercială: Cr. D, în etate de 42 ani, căsătorit, având și un copil de 8 ani.

Se prezintă la consultație în ziua de 4. III. 1942, împreună cu soția sa — pentru a-și face în continuare seria IV-a arseno-bismutică, iar pentru soție, examenul serologic, întrucât — după infecția sifilitică căpătată la Budapesta și după jumătatea primei serii antisifilitice — a venit în țară, unde a avut raporturi sexuale cu dânsa. Cu acea ocazie, copilul a fost categoric ferit de pericolul unei eventuale contagiuni, iar la revenirile ulterioare deja căpătase a doua, apoi a treia serie arseno-mercuro-bismutică, R.W-ul, menținându-se negativ continuu după prima serie.

Conform unei fixate atitudini, ca — după fiecare pauză să cer examenul serologic — le iau sânge la amândoi și-l trimit laboratorului, de unde primesc rezultatele negative.

Pacientul cere totuși — pentru o mai multă siguranță — să administrez și soției o serie arsenicală.

Trebue să menționez că acest bolnav — dovedit până la urmă foarte atent cu îngrijirea sănătății sale — recunoaște că din motive inerente profesiunei sale, după infecția primară căpătată la Budapesta, în luna Fevruarie 1941 — a fost nevoit să tergiverseze vreo trei săptămâni prezentarea la medic, astfel că — își începe prima serie într'o perioadă deja seropozitivă.

Astfel — până la 15. I. 1942, face trei serii — astfel compuse:

Seria I-a: Neo 6 gr, 45 + 12 inj. a 2 ctgr. Cianură de Mercur;

Seria II-a: Neo 5 gr, 55 + 12 fiole Bivatol;

Seria III-a: Neo 5 gr, 85 + 10 fiole Bismuthion.

In toate seriile, doza IV-a de Neo — a fost aceia pe care a repetat-o

până la complectarea cantităţii globale. Niciun semn de intoleranţă nu a însoţit sau urmat aceste serii.

Pe ziua de 7. III. 1942, i-am început seria IV-a, hotărînd circa 6 gr. Neo şi 10—12 fiole Bivatol — pacientul fiind voinic şi cântărind 86 kgr. In acelaşi timp primeşte şi soţia tratamentul arsenical, adecvat sexului şi greutăţii.

La data de 15. I. IV. 1942 — imediat după ce i-am administrat tratamentul zilei respective (total până atunci: 4 gr, 500 Neo + 8 Bivatoluri), soţul îmi spune — înainte de a pleca — (ca un fapt divers) — că de câteva zile are mâncărimi de piele, mai ales seara când se desbracă. Am dedus imediat — o scabie — fără a nu-mi trece prin minte — în mod automat — eventualitatea unei alarme cutanate post-neosalvarsanice.

Cum însă şi soţia acuza aceeaşi mâncărimi, m'am apropiat şi mai mult de prima deducţie, îndepărtându-mă de a doua eventualitate, cu atât mai mult, cu cât — procedând la examenul obiectiv, am constatat expresiva localizare şi si simptomatologie a scabiei la ambii soţi.

In după amiaza aceleiaşi zile văd şi copilul — la care constatând aceeaşi afecţiune — mă lămuresc pe deplin şi le prescriu tratamentul antiscabios, pe care cu toţii îl încep în aceeaşi seară. In 15, 16 şi 17. IV., deci — au avut loc şedinţele de tratament antiscabios — iar la 18. IV. — ziua celei de a noua injecţie cu Bivatol, soţul referă: „soţia şi copilul nu mai au mâncărimi, eu însă pare că le am mai accentuate şi mi s'a şi roşit pielea".

In cazul unei situaţii atât de nenorocoasă pentru pacient, trebuia să mă gândesc — şi aşa am făcut — la o dermatită după sulf, prescriindu-i în consecinţă un ulei zincat.

La 20. IV. 1942 — face penultima injecţie cu Neo, doza IV-a — apoi al X-lea Bivatol şi la 25. IV., ultimul Neo doza IV-a — timp în care de două ori pe zi — se ungea cu ulei zincat — arătându-se mai mulţumit de starea cutanată.

La 5 zile după terminarea tratamentului, sunt chemat la domiciliu, unde-mi găsesc pacientul într'o adevărată stare de nerecunoscut: faţa şi membrele erau sediul unor puternice şi exagerate edemaţieri; întreaga suprafaţă a corpului era de o culoare roşie vie; scleroticele injectate; temperatura 40 grade; mâncărimi violente — nelinişte — insomnie, etc..

Obiectiv: tegumente puternic infiltrate, descuamaţie furfuracee abundentă, vezicule, bule şi madidări la plici.

I se prescriu imediat comprese umede cu apă boraxată 4 la mie, calciu bromat în injecţii şi adrenalină 1 la mie per os.

A doua zi îl găsesc mai liniştit şi cu oarecare retrocedare a fenomenelor cutanate, fapt care — cu toată raza de încurajare pe care a răspândit-o în jur — nu a fost decât pauza relativă a unui puseu şi apoi, a unei întregi serii de puseuri — întrecându-se unele pe altele în violenţă. Intreaga serie de fenomene — care mai de care mai chinuitoare pentru bolnav — l-a dus la o stare de slăbire fizică, la o sdruncinare nervoasă şi la o demoralizare — încât, după trei săptămâni a trebuit să fie pus sub pază continuă — fiind obsedat de ideia de sinucidere. Grămezi întregi de scaume erau martorele violentelor procese cutanate şi al chinurilor produse de mâncărimi.

După 2 luni deabia — puseurile se răresc şi devin mai puţin violente — liniştea câştigă intervale mai mari — pruritul scade în intensitate — bolnavul doarme, se hrăneşte mai bine — capătă puţin curaj.

La finele celei de a treia luni, s'a putut declara ca vindecat.

Din descrierea acestui caz, se desprinde în primul rând — o situaţie decursă dintr'o bizară coincidenţă, când pielea este pusă în situaţia să se revolte simultan, contra a doi duşmani: unul toxic şi altul parazitar — constituind o regretabilă neşansă pentru pacient — al cărui sfârşit putea să fie chiar fatal.

Am scris acest articol — pentru a nu păstra întâmplarea între zidurile unui cabinet — nicidecum pentru a fi felicitat, dar nici acuzat.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Felicitat, nu — pentrucă, cu toate circumstanţele cari au fost în favoarea continuării ultimelor două injecţii arsenicale (toleranţă perfectă la trei serii anterioare, scabia tipică la pacient şi familia conlocuitoare, etc.) — era prudent să nu mă mai menţin doar pe linia excluderii unui accident arsenical, şi să întrerup imediat toxicul, cu atât mai mult, cu cât bolnavul era într'o fază latentă, făcuse trei serii deja, iar din a IV-a 4,50 gr.

A fost un caz de anafilaxie — de hipersensibilitate cutanată căpătată — şi dacă în al 11-lea ceas aşi fi suprimat ultimele două injecţii cu Neo, doza IV-a — adică 1,20 gr, — aşi fi fost martorul unei mai blânde reacţiuni cutanate, dat fiindcă — după păreri superioare — intensitatea accidentului cutanat neosalvarsanic, ar fi proporţională cu cantitatea administrată.

De acuzat, nu — în primul rând fiindcă mi-am recunoscut cu multă larghetă o neacuzabilă omisiune; în al doilea rând, fiindcă nu eram nici măcar al doilea — ci primul — care am avut şi dau publicităţii această bizară coincidenţă — şi — în al treilea rând, cel mai pedant critic ar putea spune — cel mult — că necontinuându-i seria — i-ar fi apărut o formă mai uşoară de eritrodermie, nicidecum — că ar fi fost cu totul înlăturată.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Stări de epuizare şi excitaţie nervoasă — **Insomnie nervoasă** — **Depresiuni**

Turburări vaso-motoare

CALCIBRONAT

(Ca — Br — Lactobionat)

Ambalaje aluminate cu 10 tablete
1—3 tablete pe zi

Cutii cu 100 gr. granulat
1—3 linguri pe zi

Ampule de 5 şi 10 ccm.

Bucureşti: Drogueria D. NESTOR
Str. Lipscani 102

SANDOZ S.A., Bâle, Suisse

Perlatan-Calcium

în turburările menopauzei

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Compoziţie:

100 U. I. Perlatan

0,25 g Lactat de calciu

0,05 g Bromură de sodiu

Flacon cu 40 comprimate

De 3 ori pe zi 1 – 2 comprimate

C. F. Boehringer & Soehne G. m. b. H.

Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România.

Rudolf Forek, Bucureşti III, Strada General Eremia Grigorescu, 6

ASUPRA UNUI CAZ DE GANGRENĂ SEPTICĂ FULGERĂTOARE A ORGANELOR GENITALE EXTERNE (TIP FOURNIER).

de

Med. Lt. rez. D-r MIRCEA POPLUCA
Şeful Secţiei I Chirurgicală
dela Spitalul 2 Campanie

Gangrena organelor genitale externe la bărbat — prin raritatea cazurilor atât în timp de pace cât şi de război — constitue o afecţiune mai puţin cunoscută. Şi cum un astfel de caz am avut printre bolnavii şi răniţii spitalului, cred interesantă relatarea lui, din punct de vedere practic şi mai ales terapeutic.

Iată pe scurt observaţiunea clinică a cazului de faţă: Soldatul Luca R., ctg. 1944, din Reg. 39 art., de religie ort., din comuna Romaneşti, jud. Tighina, pe ziua de 25/VI 1944 este evacuat în stare gravă dela ambulanţa Div. 20 Inf. la Spitalul nostru, prezentând următoarele:

1) *In antecedentele personale*: fimoză congenitală, lues şi uretrita blenoragică, afecţiune de care sufere aproximativ de 2 luni; balano-posthită cronică, cu escoriaţiuni ale orificiului prepuţial.

2) *Istoricul boalei actuale*: din afirmaţiunile bolnavului reese că aproximativ de o lună prezintă la nivelul glandului şi prepuţiului o senzaţie de prurit intensă, ce deseori îl determină să recurgă la un grataj, care uneori se termină cu o usturime intensă la acest nivel. Această senzaţie se accentua în timpul mersului sau a eforturilor fizice, prin atingerea organului de pantaloni.

Boala actuală datează de 3 zile, când a debutat în mod brusc, printr'o durere vie, însoţită de usturime şi arsuri la nivelul glandului şi mai ales al prepuţiului, în urma unei noi tentative de grataj. La câteva ore dela debutul boalei, bolnavul observă o tumefiere a glandului şi prepuţiului, care în decurs de 36 ore s'a extins asupra întregului organ, interesând şi scrotul în întregime după 48 ore. In acelaş timp chiar dela începutul boalei starea generală s'a alterat: bolnavul fiind cuprins de ascensiuni febrile cu frisoane violente, curbătură, stare de prostaţie, cu adinamie şi astenie profundă, precum şi cu turburări dispeptice: inapetenţă cu limbă saburală, greţuri şi uneori vărsături, iar scaunul constipat.—Micţiunile normale—fără fenomene disurice—însoţite numai de o accentuare a senzaţiei de usturime la nivelul orificiului prepuţial.

Tegumentele peno-scrotale la început roşii; a doua zi au devenit roşii închise—livide—pentru ca în ziua 3-a pe alocurea să prezinte flictene cu zone necrotice întinse—de culoare galbenă verzue şi neagră: organul luând aspectul de banană coaptă.—Pulsul frecvent şi filiform; faciesul toxic şi extremităţile cu transpiraţiuni reci.—Uretra liberă şi permeabilă pentru bugiul No. 20.—Cu aceste fenomene generale şi locale bolnavul să prezintă în serviciul nostru.

In faţa acestui tablou clinic, punând diagnosticul de gangrenă septică fudroiantă a organelor genitale externe, conduita noastră terapeutică de urgenţă a fost următoarea: *local*: cu termocauterul am aplicat incizii întinse peno-scrotale cu dehidari largi, lăsând să se scurgă o serozitate abundentă cenuşie neagră—fără prezenţă de bule gazoase.—Spălarea plăgilor operatorii am făcut-o cu apă oxigenată şi sol. Dakin şi pe urmă pansamente de 2 ori la zi în mod alternativ cu pulverizaţiuni fenicate şi ser antigangrenos.—Zilnic aplicam un baraj subcutanat cu ser antigangrenos (80-100 cmc.)—procedeul Prof. Pop Alecsandru-Cluj-Sibiu, în reg. suprapubiană şi perineală din vecinătatea zonelor necrotice, timp de 4 zile până când a început faza de eliminare a ţes. sfacelate.—*Ca tratament general* din prima zi am început cura cu bismut şi neosalvarsan, căutând tot timpul să susţinem cordul şi starea generală a bolnavului prin mijloacele obişnuite cardiotonice, ser fiziologic, ser glucozat hipertonic etc.).—Bolnavul era supus la un regim lactohidric, iar în faza de eliminare a ţes. necrotice a fost trecut la un regim lactovegetarian.

Din cauza aglomeraţiei de răniţi bolnavul trebuind să fie evacuat în zona interioară, părăseşte serviciul nostru spitalicesc in ziua de 2 | VII | 1944, fiind într'o stare generală mult ameliorată—complet afebril cu pulsul normal—bine bătut şi apetitul revenit, iar local, plăgile operatorii f. curate, cu zonele necrotice perfect delimitate şi complet eliminate, fiind pe cale de granulare.—(vezi fig. No. 1).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ca diagnostic diferenţial, singura afecţiune cu care se poate confunda cazul descris mai sus, este gangrena org. genitale ext. consecutivă infiltraţiunei de urină, şi care este o afecţiune de aceeaşi natură (asociaţiune de streptococi cu anaerobi), însă cu poartă de intrare a infecţiunei la nivelul uretrei (anteced. uretrale cu fenomene disurice) şi nu la nivelul tegumentelor peno-scrotale ca şi în cazul de mai sus, unde perineul este îndemn şi zonele necrotice fără prezenţa de bule gazose fetide, cum găsim în mod obişnuit în infiltraţiunea de urină. Această afecţiune prezintă acelaşi tratament, cu singura deosebire că după dispariţia fenomenelor inflamatorii acute, necesită o reparare a uretrei. Această reparare diferă după caz, fiind mult mai dificilă în cazurile cu pierderi mari de substanţă uretrală (interesând ţes. sponginos şi chiar cavernos) — fistule întinse uretrale, cari ulterior vor reclama o serie de intervenţiuni chirurgicale complimentare deseori foarte delicate.

In rezumat, prin expunerea cazului de mai sus am căutat să remarc importanţa administrării serului antigangrenos — sub formă de baraj subcutanat — Procedeul Prof. Pop Alexandru — cu rezultate atât de fericite atât, în cazul nostru, cât şi în câteva cazuri tratate similar la Clinica Chirurgicală şi Urologică din Cluj-Sibiu.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ULMARA
„Gamma"
FRICŢIUNE LICHIDĂ
Antireumatic,
Analgetic,
Revulsiv.
Reprezentanţa pentru România: S. I. F. s. a. r.
Bucureşti IV, Avram Iancu, 32
Telefon 5.51.51

OBSTRUCŢIA CANALULUI LACRIMO-NASAL IN LEGĂTURĂ CU UN FOCAR INFECŢIOS DENTAR

de

D-r V. SĂBADEANU

Obstrucţia canalului lacrimo-nasal pe cât se întâlneşte de des, pe atât de rareori îşi găseşte deslegarea etiologică în cursul tratamentului. Cauzele de obstrucţie recunoscute în general şi admise de tratatele clasice, sau trecute în literatura de specialitate, nici pe departe nu lămuresc toate cazurile întâlnite. Intr'adevăr, un sifilis, o tuberculoză nasală sau a sacului lacrimal, care figurează în mod clasic în fruntea cauzelor de obstrucţie a canalului lacrimo-nasal, rareori se poate pune în evidenţă. O rinită acută găsită în antecedente sau o rinită cronică descoperită la examenul rinologic ne explică o mare parte din aceste obstrucţii. Dar o altă parte, cel puţin tot atât de mare, rămâne de obicei nelămurită din punct de vedere etiologic.

In legătură cu aceste cazuri, cred, că se insistă prea puţin, dacă nu de loc, asupra afecţiunilor dentare, a căror rol în producerea obstrucţiei canalului lacrimo-nasal, după părerea mea, pe nedrept este neglijat. Greşala este cu atât mai mare, cu cât ea are urmări practice. Nerecunoaşterea acestui motiv de obstrucţie va face să se lase pe loc un focar inflamator dentar, care prin repercusiunea sa asupra canalului lacrimo-nasal va zădărnici tentativele de refacere a căilor lacrimale prin sondajiile obişnuite.

Această credinţă mi-a fost confirmată în mod hotărîtor de următorul caz:

E. R., marinar, de 49 ani, se prezintă la consultaţiile mele pentru o lăcrimare permanentă, ce durează 3—4 săptămâni la ochiul stâng. Constat obstrucţia aproape completă a canalului lacrimo-nasal stâng. 2—3 picături din fiecare siringă de lichid trec în nas. In antecedente nu există vreun gutural recent. Nimic suspect pentru sifilis sau tuberculoză. Nicio afecţiune nasală evidentă. Premolarul I superior stâng este plombat. Cu $^1/_2$ an în urmă a fost dureros şi a provocat o reacţie inflamatorie periapicală trecătoare. De atunci se menţine liniştit.

Prin sondajii progresive restabilesc permeabilitatea căilor lacrimale şi ajung la introducerea uşoară a sondei Bowman No. 5. După 3 săptămâni de tratament (spălături zilnice şi sondajii bisăptămânale ale căilor lacrimale) se produce un osteoflegmon peridentar, al cărui curs este întrerupt de extracţia dintelui. Din cauza sensibilităţii regiunii se întrerup sondajiile pe timp de o săptămână. Din prima zi a apariţiei inflamaţiei peridentare însă lichidul injectat în sacul lacrimal nu mai trece

în nas. La reluarea sondajilor după o săptămână sonda No. 0 întâmpină o rezistență categorică. Se insistă cu sondajile și se restabilește iarăși permeabilitatea canalului lacrimo-nasal. Se continuă sondajile timp de 6 săptămâni, la început zilnic, apoi din ce în ce mai rar. Lăcrimarea a dispărut, iar controlul periodic făcut până în prezent ne arată o permeabilitate normală a căilor lacrimale.

Obstrucția acestora în urma reacției inflamatorii periapicale dentare survenită în acest caz în cursul tratamentului justifică presupunerea, că și obstrucția inițială s'a produs tot în urma unui astfel de proces inflamator, dar nu de formă acută, ci de forma subacută latentă. Deși raporturile anatomice ale canalului lacrimo-nasal cu arcada dentară superioară nu sunt directe, ele explică totuși propagarea prin continuitate a procesului inflamator dela focarul dentar la canalul lacrimal. Această propagare se face prin intermediul sinusului maxilar. Planșeul acestuia este în strâns contact cu rădăcinile dentare și se întinde uneori dela canin până la ultimul molar (Worms și Bercher). O prelungire a sa care se continuă în ramura ascendentă a maxilarului superior, se găsește imediat înaintea canalului lacrimo-nasal, de care nu o separă decât o lamă osoasă foarte fină, uneori dehiscentă (Worms).

Iar ca proces patologic, sinusita maxilară de origină dentară este foarte bine cunoscută și se întâlnește deseori în specialitatea respectivă, fie ca sinusită acută supurată, fie ca sinusită nesupurată cu îngroșeri mucoase sau periostale mai mult sau mai puțin accentuate.

Posibilitatea unei inflamațiuni mucoase sau periostale a canalului lacrimo-nasal în aceste cazuri este deci foarte evidentă. Iar obstrucția este consecința imediată a acestei inflamațiuni. De altfel alte complicațiuni oculo-orbitare ale sinusitelor maxilare de origină dentară au fost dese ori descrise și au fost cuprinse într'un raport amănunțit de De Lapersonne și Lemaître.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Propagarea infecției apicale la canalul lacrimo-nasal se poate face însă și pe cale externă periostală, fără intermediul sinusului maxilar. Sunt bine cunoscute complicațiunile oculo-orbitare de origină dentară propagate pe această cale. Printre aceste Abadie descrie câteva cazuri de lăcrimare cronică.

Cazul de față complectează și reactualizează cunoașterea acestor complicațiuni.

Obstruction du canal lacrymo-nasal au cours d'un foyer infectieux dentaire.

D-r S. considère les obstructions du canal lacrymo-nasal comme conséquence des infections périapicales dentaires beaucoup plus fréquentes comme on les suppose en général. Cette opinion est confirmée par une cas personnel, dans le quel l'obstruction du canal lacrymal se faisait évidemment au cours d'un ostéophlegmon péridentaire. Le procès inflammatoire se propage soit par l'intermédiaire du sinus maxillaire, soit par voie externe periostée.

Obstruktion des Tränenkanals in Verbindung mit einem infektiösen peridentalen Herd.

D-r S. betrachtet die Obstruktionen des Tränenkanals in Verbindung mit die peridentalen Infektionen viel häufigere—, vie man im allgemeinen vermutet. Ein Fall, in welchem die Obstruktion des Tränenkanals augenscheinlich im Laufe eines peridentalen Osteophlegmons vorkommen ist, bestätigt diese Meinung. Der inflammatoriche Prozess verbreitet sich entweder durch Sinus maxilaris, oder durch äusserlichem, periostalen Wege.

Hypertensiune

O nouă posibilitate de scoborâre a tensiunei sanguine printr'o asociaţie cu fel tauri

BCU Cluj / Central University Library Cluj

DORMITAL

In hipertensiune esenţială, arteriosclerotică şi climacterică

Compoziţie:

Bilă de bou depurată 0.15
Oxisulfonal 0.015
Metilbromat de atropină . . 0.00025
Monoformiat de calciu . . . 0.11

Posologie:

De 3 ori pe zi 2 dragele. După instalarea unei scoborâri marcate, de 3 ori pe zi 1 drageu. Mai târziu seara 1—2 dragele

Forme de prezentare: Flacon cu 30 dragele
Flacon cu 60 dragele
Flacon cu 300 dragele

C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H.

Reprezentant pentru România: **Rudolf Forek,** Bucureşti III
Str. G-ral Eremia Grigorescu, 6

ANALIZE

Chirurgie

CHIRURGIE DE RĂZBOIU

de

D-r DAN BERCEANU

Editura „Prometeu", 1943

Sub titlul de Contribuţiuni la chirurgia de războiu, prin Învăţămînte şi cunoştinţe noi căpătate din războiul actual, D-l Conf. D-r Dan Berceanu, şeful Spit. Z. I. 324 şi Zl. I. 415 de Cruce Roşie, în colaborare cu D-nii D-ri Predescu C., Teodorescu P., Economu Cr., Giurgiu M., Diaconiţă Gh., Farm. Gomoiu Gh. şi Nicolau D., din serviciul acelor spitale, publică într'un volum aparte o serie de lucrări, cari au fost comunicate în interval la diferite Societăţi ştiinţifice româneşti şi publicate în Reviste şi Buletine medicale, lucrări cari reprezintă o parte dintr'o activitate desfăşurată în spitale între 15 August 1942 şi 15 August 1943.

Această activitate a fost de ordin clinic, didactic şi ştiinţific. Poartă asupra 2495 răniţi şi bolnavi, pe cari s'au practicat 841 intervenţii chirurgicale, 655 examene radioscopice, 1374 radiografii. O Şcoală de infirmiere profesioniste de Cruce Roşie, ataşată, a instruit în întâiul an 18 eleve şi a înscris în anul următor 45 cereri. Activitatea ştiinţifică numără 14 lucrări, cuprinse în volumul de faţă, dintre cari remarcăm:

O nouă metodă de tratament a infecţiilor şi septicemiilor chirurgicale, în care este expusă metoda de tratament a autorului cu sulfamide şi vaccin polivalent Delbet.

Tratamentul chirurgical al plăgilor recente şi cronice prin sulfamidare şi sutură fără drenaj, în care administrarea de sulfamide se face, pe cale generală, în doze moderate şi pentru un timp scurt, iar local fără nicio restricţie, plaga care va fi sulfamidată trebuind însă să sângereze şi să fie acoperită în întregime.

Cura radicală a fistulelor osoase consecutive răniţilor de răsboiu, cu o statistică pe 455 fistulizaţi şi rezultate excepţionale, timpul de vindecare dela data operaţiei variând între 3 săptămâni şi 2 luni. Tratamentul constă în prepararea rănitului timp de câteva zile prin vaccin Delbet şi sulfamide; excezie largă în şi în jurul fistulei, cu practicarea la nevoe a unei contraincizii, pentru

a se stabili astfel un drenaj complect anatomo-chirurgical, trecerea prin focar a unui curent de Rivenol $^1/_{2000}$ amestecat cu apă oxigenată; burarea focarului cu meşe îmbibate cu eter iodat, lăsate pe loc 48 ore; după scoaterea meşelor foarte dureroasă şi necesitând uneori Kelen, urmează spălături largi cu Rivanol călduţ şi tratarea ranei à plat, adică fără meşe nici tuburi; până la vindecare, regula celei mai mari asepsii.

Tratamentul degerăturilor şi plăgilor atone cu tanin, la care se asociază în arsurile de gradul III pe membre o simpatectomie periarterială, metodă personală care economiseşte material, suprimă mirosul nesuferit şi scurtează apreciabil durata tratamentului.

In **Contribuţiuni la combaterea cefaleei post-rachianestezice prin infiltraţiuni cu novocaină pe nervii lui Arnold,** a aplicat metoda recomandată de Prof. Papilian pentru cefalee în general, cu aceleaşi rezultate favorabile.

Rolul şocului psihic şi al durerii provocate în patogenia complicaţiilor post-operatorii, urmat de un studiu critic al anesteziilor şi al anestezicelor, în colaborare cu D-r M. Giurgiu, a făcut obiectul unei comunicări la Academia de Ştiinţe în 1943. Este o lucrare de amploare asupra căreia vom reveni.

Hemoragiile oculte şi sindromul cronic al apendicitelor fruste şi ale perivisceritelor de natură apendiculară, în colaborare cu D-r Gh. Diaconiţă, face obiectul unei lucrări de aprofundată valoare clinică. Autorii pun hemoragiile de origine apendiculară pe seama unei endocapilarite datorite unui proces de toxicoză capilară prin toxinele vehiculate dela apendicele bolnav; pun în gardă contra simulării unui proces gastro-duodenal care tratat nu cedează şi recomandă o largă incizie xifo-ombilicală pentru constatarea leziunilor de visu şi procedarea în consecinţă.

O altă serie de lucrări, precum relatarea unui Caz de intoxicaţie acută cu fenol prin rezorbţie cutanată masivă prezintă acelaşi spirit de sagacitate clinică şi metodă de studiu riguroasă, — care conferă întregului grup de lucrări o valoare ştiinţifică deosebită.

M. C.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

OSTEOMIELITA

Anatomie, Clinică, Terapeutică

de

D-r M. TEŞOIU

Bucureşti, Tip. R. Cioflec, 1944.

O lucrare masivă, de 417 pagini; cu 133 fig. şi planşe în text; bazată pe o afecţiune personală, pe bibliografia vastă a tutulor lucrărilor cari s'au ocupat de chestiune; sprijinită pe statistica de 992 cazuri a Clinicei Chirurgicale din Cluj dintre 1920—1940 — o Monografie care se ridică la înălţimea unui Tratat, prin întinderea şi relatarea tutulor noţiunilor în legătură cu subiectul.

Lucrarea a făcut obiectul tezei susţinută de autor în anul 1940; neputând fi imprimată atunci, în Editura Universităţii din Cluj, din cauza evenimentelor, apare după 4 ani, pe care autorul i-a folosit cu folos, pentru tratarea à fond a subiectului, prin vizitarea şi a numeroasei centre medicale din străinătate.

O „Prefaţă" scrisă de Prof. E. Sorel, care a adus o contribuţie personală atât de însemnată la terapeutica afecţiunei, pune în evidenţă calităţile remarcabile ale acestei lucrări, calităţi cari rees cu şi

mai mare prisosinţă din Raportul Prof. de specialitate, D-l Prof. D-r Al. Pop, Preşedintele tezei, către Consiliul Fac. de Medicină, în vederea tipăririi lucrării în Editura Universităţii din Cluj.

PARTEA I-a cuprinde noţiuni de Anatomie, Istologie şi Fiziologie; desvoltarea şi creşterea oaselor; despre osteite în general.

PARTEA II-a tratează despre: frequenţa osteomielitei; chestiunea specificităţii; etiologia (cu portiţa de intrare); patogenia; anatomia patologică studiul clinic (debut, stare, evoluţie; formele clinice; complicaţiile; formele atenuate; stadiul cronic); diagnostic (pozitiv şi diferenţial); prognostic; tratament (cu tratamentul special al tutulor varietăţilor după formă şi localizare).

PARTEA III-a studiază osteo-mielita sugarilor; varietăţile rare ale osteomielitei; osteomielita din cursul bolilor infecţioase; prezintă 6 obs. clinice amplu redate; datele statistice asupra celor 992 cazuri intrate şi tratate în clinica chirurgicală din Cluj în ultimii 20 ani; concluziunile trase.

Prin documentarea excesivă, cunoştinţele de ultima dată şi precizarea noţiunilor, la care autorul a adus o contribuţie personală însemnată, această lucrare se înscrie printre cele mai complecte din literatura medicală românească.

M. C.

Infecţioase

MANUAL DE BOLI INFECŢIOASE CU NOŢIUNI DE PROFILAXIE, SEROTERAPIE ŞI VACCINAŢIUNI

alcătuit de

INSTITUTUL CANTACUZINO

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ediţia II-a

Fundaţia Regală pentru Literatură şi Artă
Bucureşti, 1944.

In cadrul „Biblioteca Universitară" Fundaţia Regală pentru Literatură şi Artă, tipăreşte Ediţia II a Manualului de Boli Infecţioase publicat în 1940.

O primă apariţie a acestui Manual a avut loc în 1915 în urma solicitării Ministerului Apărării Naţionale.

Ediţiile, cari s'au succedat, au prezentat aceeaşi materie, revăzută şi complectată cu ultimele date ale ştiinţei în domeniul bolilor infecţioase.

In „Prefaţa" ediţiei de faţă D-nii Prof. C. Ionescu-Mihăeşti şi M. Ciucă, Conducătorii Inst. Cantacuzino, arată că pe lângă punerile la punct necesare, a fost refăcut în întregime Capitolul Sulfamidoterapiei, şi că s'au adăogat 2 boli noui, Febra de câmp şi Hepatita epidemică, cari şi-au făcut apariţia şi în războiul actual.

Tabla de materii cuprinde:

PARTEA I. **Bolile infecţioase şi parazitare ale omului:** Infecţiile cauzate de bacterii. Infecţiile cauzate de ultravirusuri. Infecţiile cauzate de protozoare şi metazoare. Infecţiile cauzate de ciuperci patogene.

La fie-care boală se arată: Sinonimie străină, Aspectul patogen, Incubaţia, Infecţia endogenă sau exogenă, Cauzele ajutătoare, Poarta de intrare, Loca-

lizările, Simptomele, Prognosticul, Căile de eliminare, Diagnosticul de laborator, Tratamentul, Mijloacele de combatere preventivă.

PARTEA II. **Noţiunile de imunologie generală şi specială:** Principiile de imunologie, Reacţiile biologice de diagnostic, Vaccinarea preventivă şi vaccinoterapia în boalele infecţioase, Tratamentul cu bacteriofag, Seroterapia, Imuntransfuzia, Sulfamidoterapia.

PARTEA III. **Indicaţiuni pentru recoltarea produselor patologice, în vederea stabilirii unui diagnostic bacteriologic sau serologic:** Recoltarea produselor patologice, Indicaţiuni sumare privitoare la examenul bacteriologic al apei.

Acest Manual — menit să fie un Vade-mecum „pe care tânărul medic, încă neexperimentat, să-l poată consulta uşor şi repede atunci când, în faţa unui bolnav sau în cazul unei epidemii are vre-o îndoială asupra diagnosticului, tratamentului sau asupra profilaxiei şi simte nevoia laboratoarelor de specialitate", după cum se exprimă aceeaşi autori în „Prefaţa" la Ediţia I-a — îşi atinge pe deplin scopul. Pentru cultura generală a oricărui medic şi, mai ales, pentru medicul practician este de neprețuit folos.

D-nii Prof. Ionescu-Mihăeşti şi M. Ciucă, care sunt iniţiatorii şi poartă greaua răspundere a acestui manual, elaborat în comun cu colaboratorii D-lor dela Institutul Cantacuzino, au făcut o operă utilă de medicină socială în favoarea colectivităţii româneşti, căreia i-a venit în ajutor prin instruirea corpului medical.

M. C.

Istologie

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ELEMENTE DE ISTOLOGIE ŞI DE TEHNICĂ MICROSCOPICĂ

de

IOAN DRAGOIU

Fasc. III

Ediţia II, revizuită şi adăogită de

D-r CORNEL CRIŞAN

Profesor de Istologie

la Facultatea de Medicină din Cluj-Sibiu

Edit. H. Walther, Sibiu, 1943.

Preţul celor 3 fasc. broşate 3600, 1 volum în pânză 3800 lei.

In continuare de materie şi paginaţie la fasc. II, D-l Prof. D-r Cornel Crişan, Profesor de Istologie la Facultatea de Medicină din Cluj, aflată în prezent încă în refugiu la Sibiu, continuă reeditarea părţii a IV şi a V — Tesuturi şi Organe — a Operei, apărute în 2 volume, a răp. Profesor Ion Drăgoi, fostul său maestru.

In „Prefaţa" la ediţia II, elevul scrie că este condus, în acţiunea de reeditare, ce întreprinde, în primul rând, de un sentiment de pietate faţă de maestrul iubit, a cărui memorie cinsteşte continuându-i

opera; — şi, în al doilea rând, de un sentiment de datorie şi de răspundere faţă de studenţi, prin numirea sa ca urmaş la Catedra de Istologie. In reeditare, modifică, complectează şi suprimă numai ceea ce a fost absolut necesar.

Fascicola aceasta tratează, în continuare, despre organe:

CAP. V. **Glandele anexe ale tubului digestiv:** glandele salivare; ficatul; pancreasul.

CAP. VI. **Aparatul respirator:** fosele nasale; laringele; trahea; bronhiile; plămânul; desvoltarea aparatului respirator.

CAP. VII. **Aparatul urinar:** rinichiul; căile excratoare ale rinichiului; desvoltarea aparatului urinar.

CAP. VIII. **Glandele cu secreţie internă:** paranglionii (capsulele suprarenale. suprarenalele accesorii, glanda carotidiană şi paraganglionii cardiaci); alte glande cu secreţie internă (tiroida, paratiroidele, hipofiza, epifiza, glomii neurovasculari)

CAP. IX. **Aparatul genital:** masculin (testiculul, căile spermatice şi penisul, glandele anexate căilor spermatice) şi femenin (ovarul, căile genitale femele. glanda mamară).

CAP. X. **Sistemul nervos:** central (măduva spinării. trunchiul cerebral, cerebelul, creierul, meningiile, lichidul cefalo-rachidian); periferic (ganglionii cerebro-spinali. nervii cerebro-spinali)); simpatic (ganglionii simpatici, nervii simpatici periferici); desvoltarea sistemului nervos.

CAP. XI. **Organele simţurilor:** Organul tactului (pielea, glandele cutanate, fanerele cutanate); al mirosului; al gustului; globul ocular (sclerotica. cornea, ocroida, corpul ciliar, irisul, retina, umoarea apoasă, cristalinul, corpul vitros, desvoltarea globului ocular); organele anexate globului ocular (pleoapele. conjunctiva, glanda lacrimală); organul auditiv (urechea externă, urechea mijlocie. urechea internă, desvoltarea organului auditiv).

Cluj University Library

Cuprinsul primelor 2 fascicule din Ediţia II, apărute în 1941 şi 1942, este:

PARTEA I: **Technica microscopică.**

PARTEA II: **Celule:** Morfologia celulei, Fiziologia celulei.

PARTEA III: **Evoluţia celulelor şi reproducerea indivizilor:** Fenomenele generale de reproducere. Noţiuni de embriologie. Diferenţierea celulară.

PARTEA IV: **Ţesăturile:** epiteliul, de legătură şi susţinere, muscular, nervos, sanguin şi limfa.

PARTEA V: **Organele:** hematopoetice, limfopoetice şi hematolitice. Aparatul de susţinere. Aparatul locomotor. Circulator. **Digestiv.**

Cartea eminamente didactică, premiată cu Marele Premiu „Oroveanu" al Academiei Române, va fi învăţată de studentul în medicină, instrucţiunii căruia este destinată în primul rând, şi va fi consultată cu cel mai mare folos de cei cari vor avea nevoe de cunoştinţele din specialitatea respectivă, astfel cum şi-au propus autorii şi au realizat cu prisosinţă, secondaţi fiind de o execuţie tehnică desăvârşită.

M. C.

Medicină Socială

TRATAT DE MEDICINĂ SOCIALĂ

de

D-r G. BANU
Profesor la Facultatea de Medicină
din Bucureşti

Casa Şcoalelor, 1944.

D-nul Prof. D-r G. Banu, dela Facultatea de Medicină din Bucureşti, şi-a propus să scrie un Tratat de Medicină Socială, a cărui materie a repartizat-o în 9 volume. Dintre acestea au apărut până în prezent primele 4 volume:

VOL. I tratează despre **Medicina socială ca ştiinţă. Eugenia. Demografia.**

VOL. II, despre **Medicina socială a Maternităţii şi primei vârste. Medicina socială a vârstelor preşcolară şi şcolară.**

VOL. III, despre **Asistenţa socială.**

VOL. IV, despre **Tuberculoză. Bolile venerice.**

Celelalte 5 volume vor trata:

VOL. V, despre **Paludism. Cancer, Guşe. Alcoolismul. Trahomul. Pelagra. Lepra. Diabetul. Reumatismul şi Cardiopatiile. Bolile organice.**

VOL. VI, despre **Medicina socială a muncei. Asigurările sociale. Alimentaţia. Locuinţa.**

VOL. VII, despre **Medicina socială a bolilor infecţioase.**

VOL. VIII, despre **Igiena personală. Cultura fizică. Geniu sanitar.**

VOL. IX, despre **Organizarea medico-socială.**

Acest Tratat de Medicină Socială este — arată autorul în „Cuvânt introductiv" —

BCU Cluj / Central University Library Cluj

rezultatul cercetărilor pentru propria sa lămurire într'o materie care nu avea încă o concepţie unanim acceptată pe plan universal; forma, în care îl elaborează, îi aparţine, ea este expresia experienţei sale personale, a cursurilor sale la Institutul de Igienă din Bucureşti, precum şi a consultării literaturii universale din acest domeniu.

Ideea centrală în Medicina socială fiind drumul social, se explică tratarea în această lucrare a capitolelor cari formează materia expusă mai sus de cuprins în cele 9 volume.

Autorul mai adaugă, caracterul medico-social al lucrării lărgeşte cercul celor interesaţi în această materie, cuprinzând pe medici, sociologi, corpul didactic, personalul de conducere din muncă, din asistenţa socială, din administraţie, şi pe toţi cari dorind să-şi exercite misiunea în acest domeniu, sunt lipsiţi de informaţii şi orientare.

Prin urmare, o lucrare vastă, cu adresări întinse, a cărei imprimare se face prin Casa Şcoalelor şi pe care o putea întreprinde numai un cercetător pasionat în acest domeniu; un mare cărturar; un voiajat care a studiat chestiunile la faţa locului în diferite ţări; şi pe cari, în cea mai mare parte, înainte de a le cuprinde în acest „Tratat", le-a publicat sau le-a dat ospitalitate în „Revista de Igienă Socială".

Din moment ce autorul defineşte „Medicina Socială drept o disciplină care consideră omul ca un inel de legătură între generaţii, studiază influenţa diferiţilor factori asupra sa (deci şi asupra colectivităţii din care face parte) şi organizează măsurile preventive şi curative, sanitare şi sociale, pentru a-i asigura un optim biologic", — se explică

"de ce îşi are rost în acest tratat prezentarea pe lângă a altor noţiuni disparate, în primul rând a noţiunilor de eugenie şi demografie, — a celor de asistenţă socială; asigurările sociale; geniul sanitar şi organizarea medico-socială; — prezentare cu caracter de universalitate; — şi de aplicare la ţara noastră.

Documentarea extraordinară; spiritul de analiză, care nu pierde niciodată din vedere firul conducător al sintezei; caracterul ordonat de esenţă didactică; dispoziţia de a enunţa la începutul fiecărei materii cuprinsul, ceea ce orientează şi uşurează fixarea noţiunilor; un stil clar prin conciziune şi preciziune — constituesc o parte din caracterizarea de ansamblu a operei în curs de publicare.

De remarcat de asemenea caracterul unitar şi personal de concepţie şi elaborare al acestei vaste opere, colaborarea anunţată în celelalte volume pentru medicina socială a bolilor infecţioase şi pentru geniul sanitar fiind extrem de redusă şi nealterând cu nimic caracterul personal.

Acest tratat de caracter unic a început a fi publicat după un an dela chemarea autorului ca profesor la Catedra de Medicină Socială a Facultăţii de Medicină din Bucureşti.

Cu privire la Lecţia inaugurală ţinută la data de 19 Noembrie 1942 şi publicată în No. 11—12/1942 al acestei reviste, scriam:

O lecţie inaugurală magistrală, în care se defineşte **„Ştiinţa medicinei sociale"** în înţelesul şi cuprinsul ei integral.

Medicina a început prin a fi clinică, adică individuală şi curativă. Sfârşeşte prin a deveni socială, adică colectivă şi preventivă. Toată evoluţia medicinei, în decursul etapelor ei succesive, s'a făcut în acest sens; — la fel cum începe şi sfârşeşte profesiunea medicului; — şi precum trebue să fie conceput şi învăţământul medical. Medicina este sinteză, al cărei produs este medicul universal. Specialistul face analiză. Medicul de casă de ieri reprezintă pe medicul social de mâine. Facultatea prezintă studentului orizonturile largi ale medicinei; practica medicinei i le precizează. Statul prin organizarea oficială a sănătăţii publice face din fiecare medic un medic de stat.

Toate aceste adevăruri elementare asupra cărora am alunecat în trecut, se citesc printre rândurile acestei lecţii care constitue o mărturisire de profesie şi de conştiinţă a noului profesor al facultăţii de medicină din Bucureşti.

Printre „ceilalţi cari au preţuit cu mulţi ani în urmă activitatea" D-lui D-r **Banu**, am semnalat la timp apariţia numeroaselor sale lucrări, dintre cari unele de circulaţie universală prin cuprinsul şi limba în care sunt scrise. Adăugăm că D-l D-r Gh. Banu a început ca puericultor şi sfârşeşte ca medic social — are astfel în faţa ochilor prezent pe om de când se naşte în mediul în care va trăi. A studiat la multe şcoli şi a vizitat organizaţiile sanitare ale multor state, dintre cari a celor mai civilizate — s'a adăpat deci la isvoare multiple de concepţie. Pe lângă cursul teoretic ce va profesa dela catedră, conduce unul dintre cele 4 Centre de sănătate ale Capitalei, spital sau laborator al medicinei sociale. Va avea astfel ocazia să pună personal în practică ceea ce va preconiza, şi va controla măsurile ce va lua după rezultatele ce va înregistra.

Pătrunşi în gradul cel mai înalt de rolul medicinei sociale şi convinşi de calităţile sale personale de ordin medical, suntem îndreptăţiţi să punem cele mai frumoase speranţe în activitatea viitoare a noului profesor.

Activitatea de ordin ştiinţific a noului profesor o vedem şi o admirăm. Dar noţiunile Medicinei Sociale trebuesc puse în aplicare.

Pe lângă Centrul de sănătate din Capitală, D-nul Prof. Banu,

mai are un rol de conducere şi în Institutul de Higienă din Bucureşti, al cărui scop central este de a controla şi îndruma pe teren tocmai aplicarea noţiunilor de medicină socială profesate dela catedră. Spre a le simţi cu individul, colectivitatea.

Este rolul cel mai greu ce-i incumbă.

Acele frumoase speranţe puse anticipativ în activitatea sa viitoare, tocmai pe terenul practic le-am înţeles. Continuăm să le aşteptăm. Şi să le înregistrăm la timp.

M. C.

Oftalmologie

CLINICĂ OFTALMOLOGICĂ PRACTICĂ

de

D-r GRIG. DAVIDESCU

Vol. I — Text.

Tip. „Cartea Românească", Bucureşti, 1944
Preţul lei 2500.

Autorul, medic primar oftalmolog al Asigurărilor Sociale din Bucureşti, face în această lucrare, pe care o intitulează **Clinică oftalmologică practică**. Vol. I — text, o „sinteză a cunoştinţelor de oftalmologie,... cu rostul de a servi de fir conducător, solidarizând noţiunile (nu datele),... şi de a încerca să fie călăuză a părţii practice, aplicate. Dar numai atât" — după cum şi scrie în „Introducere".

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Impărte lucrarea în 3 părţi, pe care le numeşte caete:

CAETUL I constitue **Practica anatomo-chirurgicală;** prezintă anatomiceşte Ochiul şi Neurologia sa.

CAETUL II tratează despre **Oftalmologia clinică,** pe care o prezintă sub forme de **Syndrome,** anume: Exoftalmia, Edemul palpebral. Traumatismul orbito-ocular. Ulceraţiile palpebrale. Turburările aparatului oculo-gyr. Lăcrămarea cronică. Trachomul. Ureitele. Keratita parenchimatoasă. Glaucomul. Cataracta. Refracţia oculară. Turburările de simţ chromatic. Afecţiunile de fund de ochiu.

In prezentarea acestor syndrome, se face Diagnosticul etiologic, şi clinic al tutulor afecţiunilor cari se cuprind în Patologia oftalmologică.

CAETUL III este de **Oftalmologie operatorie,** şi cuprinde regulele de conduită preoperatorie; — operatorie; — incidente, accidente şi complicaţii; — conduita postoperatorie; — tehnicele de oftalmologie operatorie.

Lucrarea aceasta condensată la maximum, cuprinzând noţiuni şi date sigure, de ultimă oră, va fi de un netăgăduit folos nu atât celor ce păşesc în specialitatea Oftalmologiei — după cum se pronunţă în „Prefaţă" D-l Prof. D. Manolescu — cât celor cari au păşit deja adânc în studiul acestei specialităţi, servindu-le oare-cum de Vade-mecum. Va fi însă de mai mare folos pentru cei care pregătesc un concurs, mai ales un examen de specialitate, când trebue să aibă în minte concentrate cât mai multe cunoştinţe aferente, şi să le poată, cu ochii pe ceas, prezinta în timpul prescris, oral sau în scris.

Această lucrare este opera unui cărturar, care a adunat imensul

material cu trudă, l-a ţinut la zi şi l-a expus sub forma unor conferinţe sau planşe de atlas; i-a servit în primul rând lui, şi îi va mai folosi cu ocazia altor concursuri, la care este îndrituit să participe.

Pentru medicul general, căruia îi va fi foarte greu să se orienteze în acest labirint savant construit, autorul va trebui să scrie alte volume, de esenţă clinică, punând la contribuţie practica sa de spital pe care o bănuim la înălţimea pregătirii sale teoretice. De altfel acest angajament şi-l ia autorul în mod implicit, când pe copertă anunţă Volumul I—text. Suntem astfel îndrituiţi să aşteptăm continuarea. Este acesta şi un îndemn pentru apariţia unui **Diagnostic clinic în oftalmologie.**

Socotim lucrarea de faţă mai de grabă o **Introducere la studiul Patologiei oftalmologice clinice,** sub forma unui Tratat românesc cu foi de observaţie şi iconografie personală şi originală, scris în colaborare, care să circule, şi autorul sau autorii să aibă răsplata bine meritată de a fi pus la îndemâna întreg corpului medical românesc o carte de mare valoare medicală ştiinţifică şi de caracter practic.

M. C.

Radiologie

RADIO-DIAGNOSTIC CLINIC

de

Prof. D-r D. NEGRU

BCU Cluj / Central University Library Cluj

1 vol., XXIV, 612 pag. cu 591 ilustraţii în text, Editura „Walther", Sibiu, 1944, Preţul, în pânză 7200 lei.

Cu ocazia apariţiei lucrării **„Radiologie Medicală" — Noţiuni pregătitoare şi tecnică generală"** a aceluiaşi autor în 1931, scriam în No. 11—12/1932 al revistei: Personal aşteptăm cu nerăbdare apariţia volumelor de radiologie clinică, în care experienţa întinsă a Profesorului dela Cluj, erudiţia sa vastă în materie şi stilul său propriu le va face accesibile marelui număr de medici practicieni, pentru care necesitatea zilnică a examenului radiologic se evidenţiază din ce în ce mai mult.

Azi avem un prim volum de acest fel, sub forma unui **Radiodiagnostic clinic.** Apărută în condiţii grele pentru ţara în plin război, pentru Facultatea de Medicină dela Cluj aflată în pribegie la Sibiu, pentru autorul lipsit de mijloacele de documentare lăsate dincolo, această lucrare masivă prin conţinut şi imprimată în cele mai desăvârşite condiţiuni tehnice, depăşeşte toate aşteptările şi atinge în toate privinţele scopurile pentru care a fost destinată.

După cum se exprimă în **„Prefaţă",**

Autorul a reuşit „să întrunească într'un volum, care abia depăşeşte 600 pagini, atât conţinutul atlaselor radiologice, cât şi acela al tratatelor de radiodiagnostic al tutulor specialităţilor, fără a omite nimic esenţial. A dat radiodiagnosticului un caracter pronunţat clinic, descriând simptomele radiologice ale unei boale în corelaţie cu simptomele clinice respective şi cu substratul lor anatomo-patologic, făcând împreună un

tot, în care foarte multe din figuri reprezintă cazuri clinice, expuse în text, cu o legendă care constitue o mică foaie de observaţie clinică.

Cartea reprezintă o sinteză a tutulor cunoştinţelor de semiologie radiologică socotite clasice.

Studentul în medicină va găsi în acest manual cunoştinţele radiologice, cari i se cer, şi o serie de cunoştinţe de patologie clinică, de anatomie normală şi patologică, de fiziologie.

Medicul practician, de orice specialitate, îşi va găsi capitalul radiologic specialităţii sale, cu indicaţiile de examen radiologic ce se pot pune în diferite cazuri.

Specialistul radiolog va găsi o sumă de date, cifre, tabele, enumerări de diagnostice diferenţiale, cartea fiind destinată a-i servi drept un aide-mémoire util".

Sub aceste aspecte şi urmând aceste scopuri, se tratează, astfel, după „Tabla de Materii", în mod clar şi concis.

Noţiunile introductive, desvoltate pe larg în lucrarea din 1932.

Explorarea radiologică a scheletului: generalităţi; scheletul normal; scheletul patologic (fracturi, plăgi osoase operatoare, transplantări de os, afecţiuni osoase inflamatorii, tumorile osoase, necroze, afecţiunile articulaţiilor, radiodiagnosticul coloanei vertebrale, mielografia, radiodiagnosticul afecţiunilor craniului şi encefalului, radiodiagnosticul în stomatologie, în oto-rino-laringologie, în oftalmologie, calcificările şi osificările anormale).

Corpii străini: localizarea şi extragerea lor.

Aparatul respirator: Metodele de explorare (între cari microradiofotografia); aspectul radiologic al toracelui normal; modificările patologice ale imaginii normale; afecţiunile plămânului (între cari pe larg, pe firul conducător al patogeniei şi aspectului clinic tuberculoza pulmonară); ale trachei şi bronşiilor; ale pleurei (pleureziile cu toate localizările lor, îngroşările pleurale, pneumotoraxul, tumorile); afecţiunile diafragmului; ale mediastinului.

Inima şi vasele mari: metode de explorare; imaginea normală a inimei şi a pediculului său vascular în diferitele poziţii de examinare; aspectul radiologic al inimei şi al vaselor dela bază, în stare patologică; afecţiunile pericardului; pediculul vascular.

Radiodiagnosticul tubului digestiv: generalităţi; esofagul; stomacul; intestinul; apendicele.

Explorarea radiologică a căilor biliare: vezica biliară; căile biliare propriu-zise.

Explorarea radiologică a aparatului urinar: tehnica, urografia; aspectul radiologic în stare normală şi patologică a rinichiului, ureterelor, vezicei.

Radiodiagnosticul în obstetrică: diagnosticul sarcinei; examenul bazinului; măsurarea obstetricală a bazinului; precizarea dacă noul născut e la termen.

Radiodiagnosticul în ginecologie: generalităţi; histerosalpingografia.

Acest Manual de radiodiagnostic clinic, didactic, îşi găseşte cu greu pereche în literatura medicală românească, prin concepţia sintetică care a urmărit un tot unitar şi prin realizarea analitică căreia nu i-a scăpat nimic esenţial. Se situiază la loc de cinste şi în oricare literatură medicală străină.

Execuţia în condiţiuni tehnice ireproşabile, cu numeroase radiograme cari pun în evidenţă cele mai fine detalii, îi măreşte valoarea.

Autorul, intenţionează să închee o Triologie radiologică românească printr'un volum de Radioterapie. A cărui apariţie o aşteptăm cu nerăbdare.

M. C.

ENTERITE — ENTEROCOLITE — DIAREE — DISENTERIE — PUTREFACȚIUNI INTESTINALE

BIOFERMENT

cultură lichidă pură de fermenți lactici

1/2-1 flacon de 2 ori pe zi, cu puțină apă zaharată.

CHIMIOTERAPIA ANTISEPTICĂ CLORATĂ — SPALATURI — PANSAMENTE — GARGARISM

DAKYNOL

comprimate de 0 gr. 20

2-12 compr. la 1 litru de apă, după caz. Igiena intimă: 1-2 compr. la un litru de apă.

STĂRI NERVOASE — INSOMNII — AGITAȚIE — EMOTIVITATE — TURBURĂRI DE MENOPAUZĂ

PASSICALMINE

Lichid

2-3 lingurițe pe zi, în infuzie caldă de tei sau numai în apă.

ANEMII — DEBILITATE — CONVALESCENȚE — SURMENAJ — INAPETENȚĂ — LIMFATISM

CYTOTONINE

Elixir

2-3 lingurițe sau linguri pe zi, după vârstă, înaintea meselor.

ARSURI — ERITEME — ECZEME — PRURIT — FISURI ANALE — HEMOROIZI

DERMOPHYL

pomadă cu bază de ol. jecoris

In pansamente.

REUMATISM — ARTRITISM — OBEZITATE — GUTĂ — GRAVELA RENALĂ ȘI HEPATICĂ

SOLVARTHROL

granulat efervescent

3-4 lingurițe pe zi, cu apă rece dimineața, înaintea meselor și la culcare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Noua chimoterapie anti-infecțioasă polivalentă pe cale bucală

SULFAMIDOL

Comprimate de 0 gr. 25 de para-amidobenzolsulfamid

Gonococcie: blenoragia acută și cronică Vulvo-vaginită gonococică. Complicațiunile gonococice: salpingo-ovarită-anexită-metrită-pelviperitonită, etc...

Streptococcie-Stafilococcie-Colibaciloză

Pneumococcie - Meningococcie

Stări infecțioase criptogenetice

ADULȚI: 6-10 comprimate pe zi.

Reprezentanță exclusivă: „SPEPHAR" laboratorul de produse farmaceutice Marcel Holt 2 bis, Str. Prof. Ion Bogdan-București III. — Telefon 211-78

Semiologie

MANUAL DE SEMIOLOGIE ELEMENTARĂ A APARATULUI RESPIRATOR

de

D-r TH. MOISESCU

Tip. „Horia", București, 1943.

Prezentăm stagiarului de spital, pentru care anume este destinat, și medicului practician, căruia îi este de cel mai mare folos, acest excelent Manual de Semiologie elementară a Aparatului respirator, al cărui autor este D-l D-r Th. Moisescu, medic primar la Spit. Colțea din București.

Intârzierea recenziei de față, datorită evenimentelor în curs, nu prejudiciază cu nimic unei lucrări bune, pe care o impune mai de grabă timpul, decât noutatea apariţiunei.

In „Introducere" autorul expune obiectul Semiologiei, care se ocupă cu studiul semnelor boalelor.

In cuprinsul lucrării, prezintă toate aceste semne, care se referă numai la aparatul respirator, semne culese prin anamneză, și din studiul stărei prezente — cu ajutorul Inspecţiei, Palpaţiei, Percuţiei, Auscultaţiei, a Metodelor combinate și a altor Metode complimentare în explorarea aparatului respirator, între cari metodele de Laborator, tehnica Radiologică, datele Autopsiei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Din gruparea unor semne în cadrul unei afecţiuni, reese diagnosticul, la un moment dat, la un pacient anumit. Semiologia are de scop stabilirea acestui diagnostic prin ajutorul semnelor, diagnosticul semiologic.

Dacă acest diagnostic nu este posibil, sau este greșit, de vină este — după cum arată autorul în „Incheere" — ignoranţa medicului, ignorarea achiziţiilor clinice recente și a noilor metode de investigaţie, lipsa de experienţă totală sau relativă a medicului, existenţa afecţiunilor nediagnosticabile cu actualele cunoștinţe ale medicinei, un examen insuficient, o tehnică defectuoassă, o lipsă de judecată sau logică în interpretarea simptomelor (singura scuză valabilă pentru un medic), obsesia specialiștului.

Vina aceasta este imputabilă, în primul rând, învăţământului medical care nu dă importanţa datorată studiului semiologiei, disciplina de bază a asimilării cunoștinţelor medicale; — și studentului, în urmă medicului, care nu-i acordă atenţia cuvenită, prin semiologie având mereu sub ochi și în minte toată patologia. Mai mult, interpretarea fiecărui semn îl învaţă să judece, să-i formeze deci spiritul logic, — la început simplist, de ordin elementar, fiecare semn având un substrat anatomo-patologic redus și un mecanism fizio-patologic simplu; mai pe urmă, din ce în ce mai complicat, pe măsură ce un grup de semne se leagă între ele, se exercită pe un teren mai vast și îau naștere printr'un proces patogenic comun; se conturnează causa etiolo-

gică, se precizează indicația terapeutică care dela simptomatică trece la cauzală, și permite susținerea unui prognostic.

In tratarea materiei, autorul prezintă cu tehnica respectivă toate semnele ce poate da; — este o metodă personală, puțin obositoare, mai cu seamă că se face uz de o recoltă bogată de semne, dar poate că mai folositoare, punând din vreme la contribuție memoria. Cu prezentarea semnelor clasice, lângă care stă numele propriu respectiv, autorul menționează semnele mai noi cari au venit să se adaoge la vechea gardă — este un indiciu de documentare și erudiție de cea mai bună calitate.

Dar ediția viitoare, pe care o sperăm în curând, va ține seama de o variație a literei și a indicației capitolelor — deci a imprimării textului — care își are importanța mai ales într'o disciplină a semnelor, pentru fixarea și gruparea noțiunilor prin, să-i zicem așa, procedeul analizei sintetice; ca și de prezentarea mai îngrijită a imaginelor radiologice. Iar citarea, la Bibliografie, a lucrărilor respective românești, cu marcarea față de unele a distanțelor parcurse va omagia pe antemergători în ce au putut da la timpul lor, potrivit cu gradul cunoștințelor medicale de atunci.

Adept convins al semiologiei în studiul medicinei, observațiile din urmă au de scop de a veni în avantagiul formalistic al viitoarei ediții, și n'au de a face cu valoarea intrinsecă a lucrării de față.

M. C.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ACITOPHOSAN
pentru combaterea gripei și răcelii
2 — 8 tablete pe zi

Pentru prevenirea complicațiunilor pulmonare
la adulți și copii
CHINAETHER
eter — chinină — camfor
1 — 2 fiole pe zi profund intramuscular

Fabrica de produse chimice fostă „GEDEON RICHTER" S.A.R.
BUCUREȘTI V, Str. LOGOFĂTUL TĂUT, 99. — Tel. 5.69.02

Societăţi ştiinţifice

In ziua de 28 Octomvrie 1944, a avut loc la **Spitalul de Stat din Lugoj**, a 30-a şedinţă lunară a Reuniunei Medicale, sub preşedinţia D-lui Director D-r Ilea Vasile.

Prezenţi fiind un număr mare de medici şi studenţi practicanţi.

La ordinea zilei a fost următorul program:

1. D-r Ilea Vasile şi D-r Pantos Nicolae, prezintă un caz de **„Sindrom Brown—Sèquard traumatic"**. După o expunere amănunţită a cazului, relevă importanţa faptului că un proectil în trecere prin regiunea cervicală superioară a putut determina un sindrom Brown-Séquard tipic, fără leziuni anatomo-patologice ale măduvei; concluzii verificate de puncţii lombare repetate, unde s'a constatat lichidul cefalo-rachidian clar şi în al doilea rând, cazul s'a vindecat aproape complect.

2. D-r Ilea Vasile şi D-r Pantos Nicolae, prezintă un caz de **sindrom extrapiramidal** traumatic, cu mişcări involuntare ale membrelor şi a gâtului cu predominenţa dreaptă. Aceste mişcări prezintă anumite caractere: sunt bruşte, neprevăzute, ilogice, neregulate. Nu sunt influenţate de mişcările voluntare sau alte preocupări. Se evidenţiază faptul că acest sindrom cu etiologie traumatică, nu s'a descris decât rar, ştiind că totdeauna este apanajul neuro-infecţiunilor.

3. D-r Ilea Vasile şi D-r Pantos Nicolae prezintă un caz de **„Virilism suprarenal"** la o femeie. După o expunere bine pusă la punct şi un diagnostic diferenţial complect se accentuiază asupra a două simptome importante: o desvoltare exagerată a caracterelor secundare şi un virilism evident. Caz rar prin manifestarea virilismului şi prieteniilor legate cu persoane de sex feminin, arătând o indiferenţă faţă de persoane de sex masculin.

La discuţii iau parte D-na D-r Duma Georgeta, care cere tratamentul aplicat la cazul cu sindromul extrapiramidal traumatic. D-l D-r Andrei Teodor, în asemenea cazuri de sindrom Brown-Séquard, recomandă tratamentul cu fibrolizină.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In ziua de 14 Noemvrie 1944, a avut loc la Spitalul de Stat din Lugoj, a 31-a şedinţă a Reuniunei Medicale, cu caracter extraordinar, sub preşedinţia D-lui Director D-r **Ilea Vasile.**

A fost asistată de un mare număr de medici şi studenţi în medicină.

Şedinţa este declarată deschisă de D-l D-r Ilea Vasile, preşedintele Reuniunei Medicale, după ce aduce mulţumiri D-lui D-r Cocioba Ioan, pentru o contribuţie aşa de importantă de a prezenta un caz rar **de lepră tuberoasă**, depistat în localitate.

D-l D-r Cocioba Ioan, după ce trece în revistă antecedentele bolnavei, ajunge la constatarea că această maladie infecto-contagioasă à contractat-o cu ocazia unei şederi îndelungate în Brazilia, unde a fost angajată ca bucătăreasă la un restaurant unde mâncau persoane bolnave de lepră. Urmează o descriere amănunţită şi bine documentată a maladiei din punct de vedere clinic, complectattă fiind cu examenele serologic şi microscopic, prezentând preparate din leproamele puncţionate în care s'a constatat bacilul Hansen.

Errată: La pag. 509, la titlul „Frequenţa sezonieră a pneumoniei lombare", a se înlocui cuvântul „lombare" cu „lobare".

Bibliotecă Universitară Regele Ferdinand I. din Cluj • ROMÂNIA