E279 28

ANUL XVIII-lea, No. 3—4 MARTIE—APRILIE 1945

ACTA MEDICA ROMANA

- MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ -

REVISTĂ CU APARIŢIE LUNARĂ DE
MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE GENERALĂ

COMITET DE DIRECŢIE ŞTIINŢIFICĂ:

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

M. CIUCĂ
Membru al Academiei Române şi al Academiei de Medicină

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

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

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

IONESCU-MIHĂEŞTI
Director Inst. „I. Cantacuzino", Membru al Acad. Române şi al Acad. de Med.

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

ST. NICOLAU
Membru al Academiei de Medicină din România

C. I. PARHON
Membru al Academiei Române şi al Academiei de Medicină

DIRECTOR:
M. CĂNCIULESCU
Membru al Academiei de Medicină

BCU Cluj / Central University Library Cluj

SUMARUL

Pag.

CRONICĂ MEDICALĂ

M. CĂNCIULESCU: **In amintirea Profesorului Fr. I. Rainer** . . 115

REVISTĂ GENERALĂ

Prof. D-r ŞTEFAN NICOLAU: **Tratamentul sifilisului congenital. Tratamentul postnatal sau direct al boalei.** Partea II 121

LUCRĂRI ŞTIINŢIFICE

Prof. D-r V. PAPILIAN şi C. V. ANTONESCU: **Mecanismul sincopei adrenalino-cloroformice pe baza unor noui cercetări experimentale** 138

G. BAJEU: **Tratamentul hemotoraxului supurat consecutiv plăgilor de război** 141

EUGEN BANU şi MIŞEA IOAN: **Tratamentul septico-piohemiilor şi meningitelor cu punct de plecare otic în cursul scarlatinei.** 148

GHITEA IOSIF: **Raport asupra stării de sănătate a Moţilor din Jud. Alba** 154

(Urmare pag. 2 cop).

7589 SCRISUL ROMÂNESC, CRAIOVA

Pag.

EUGEN NUȚIU: **Concepția actuală a patogeniei și tratamentului pelagrei** 15

V. SĂBĂDEANU: **Valoarea semiologică a stazei papilare.** 16

CAZURI CLINICE

D. DUMITRESCU, GH. COSTĂCHESCU, O. DOBRESCU, GH. COSTIN. **Corp liber articular (osteo-chondrom) în articulația genunchiului** 17

I M. POPESCU și ȘT. BOJIN: **Considerațiuni asupra septicemiei gonococice, în legătură cu un caz** 18

A. NANA și A. FAUR: **Perforația ulcerelor tuberculoase ale intestinului în peritoneul liber** 18

N. I. ZAHARIA și A. ZWIECK: **Considerațiuni asupra unui caz de zona zoster** 18

MEDICINA SOVIETICA

Prof. D-r S. NICOLAU: **Cercetarea științifică în Uniunea Sovietelor** 19

NECROLOG

I. GLĂVAN: † Doctorul VASILE BIANU 19

CRONICI VARIATE

S. IRIMESCU: **Intelectualul de ieri, de astăzi, de mâine (misiunea lui socială: cetățean activ și dinamic)** 19

NOTE TERAPEUTICE

Doc. D-r I. STOIA și D-ra D-r ECONOMU: **Rezultate obținute în tratamentul reumatismului cu un nou preparat medicamentos, „Reumalin".** 20

Digitized by Babeș-Bolyai University Library Cluj

*

Colaboratori... pag. 113. — **Din sumarele viitoare...** pag. 114. — **Condițiile de publicare, publicitate și abonament...** Cop. III.

Reprezentanța p. România: S. I. F. S. A. R. București IV, Avram Iancu 32

ANUL al XVIII-lea

Inscrisă în registrul publicaţiilor periodice al Trib. Dolj No. 4/1938
Propr.: D-r M. Cânciulescu

No. 3-4/1945

MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ
- ACTA MEDICA ROMANA -

REVISTĂ CU APARIŢIE LUNARĂ DE MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE GENERALĂ

COLABORATORII PRINCIPALI:

PENTRU PARTEA MEDICALĂ CU SPECIALITĂŢI

D-nii: Agregat A. BABEŞ (Buc.), Prof. G. BANU (Buc.), Prof. V. BOLOGA (Sibiu), Prof. V. CIOCÂLTEU (Buc.), Prof. D. COMBIESCU (Buc.), Prof. E. CRĂCIUN (Buc.), Prof. I. DANIELLO (Sibiu), Prof. A. DOBROVICI (Buc.), Conf. ST. DRĂGĂNESCU (Buc.), V. DRĂGOESCU (Craiova), Prof. DUMITRESCU-MANTE (Bucureşti), Prof. I. ENESCU (Iaşi), Conf. A. GEORGESCU (Bucureşti), Prof. I. GOIA (Sibiu), Prof. I. HAŢIEGANU (Sibiu), Doc. A. IANCU (Cluj), Prof. N. IONESCU-SISEŞTI (Bucureşti), Doc. D. IONESCU (Bucureşti), Prof. M. KERNBACH (Sibiu), Conf. E. LAZEANU (Bucureşti), Prof. N. LUPU (Bucureşti), Prof. C. MIHAILESCU (Bucureşti), Conf. M. NASTA (Bucureşti), Prof. D. NEGRU (Sibiu), Prof. S. NICOLAU (Bucureşti), Prof. GH. NICULESCU (Bucureşti), Prof. I. NICULESCU (Bucureşti), Agregat D. PAULIAN (Bucureşti), Conf. I. PAVEL (Bucureşti), Prof. GH. POPOVICIU (Sibiu), Prof. A. RUSESCU (Bucureşti), Conf. T. SARAGEA (Bucureşti), Agregat D. SIMICI (Bucureşti), Prof. M. STURZA (Sibiu), Prof. B. THEODORESCU (Bucureşti), Prof. P. TOMESCU (Bucureşti), Prof. I. TUDORANU (Iaşi), Prof. C. I. URECHIA (Sibiu), Prof. T. VASILIU (Sibiu).

PENTRU PARTEA CHIRURGICALĂ CU SPECIALITĂŢI

D-nii Doc. V. CERCHEZ (Iaşi), Conf. AL. CRĂINICEANU (Bucureşti), Doc. V. DIMITRIU (Brăila), V. GOMOIU (Bucureşti), I. GLĂVAN (Bucureşti), Prof. N. HORTOLOMEI (Bucureşti), Prof. I. IACOBOVICI (Bucureşti), Agregat I. JIANU (Bucureşti), Agregat G. MARINESCU (Bucureşti), Prof. D. MANOLESCU (Bucureşti), Prof. D. MIHAIL (Sibiu), Prof. TR. NASTA (Bucureşti), Doc. POPESCU-BUZEU (Bucureşti), Conf. C. STANCA (Cluj), Conf. V. TEMPEA (Bucureşti), Prof. I. ŢEŢU (Bucureşti), Prof. DAN TEODORESCU (Bucureşti), Conf. P. VANCEA (Iaşi), Doc. D. VASILIU (Bucureşti).

Din „SUMARUL" No.

URMĂTOARE

C. I. PARHON et GHERTA WERNER: Sur un cas de vitiligo infantil.

S. IRIMESCU: Prof. Francisc Rainer. Cu ocazia comemorării la Societatea Studenţilor în medicină.

EUG. RĂSMERIŢĂ şi GH. ALEXIU: Plan de organizarea a luptei contra tuberculozei.

V. PLĂTĂREANU: Consideraţiuni asupra tuberculozei mamare.

GH. BUNGEŢIANU şi MARIA CÂNCIULESCU-BUNGEŢIANU: Febra nevralgică periodică. Importanţa spleno-puncţiei în diagnostic.

M. CÂNCIULESCU şi AL. DANIEL: Asupra septicemiilor gonococice precoce şi al tratamentului prin sulfamide al uretritei blenoragice acute.

G. BĂJEU: Perforaţiile intestinale prin ascarizi.

D. DUMITRESCU cu colaboratori: Consideraţiuni asupra unui caz de hematom pulsativ.

ST. IRIMESCU: Bilanţuri tragice.

C. TODEA: Despre tuberculoza spleno-ganglionară în legătură cu un caz clinic.

D. DUMITRESCU cu colaboratori: Consideraţiuni asupra unui caz de rănire gravă a uretrei.

Hepafix

PRINCIPIUL HEPATIC ANTIANEMIC

Cutii cu 5 fiole à 2 cc.
„ „ 10 „ „ 2 cc.

Fiole injectabile intramuscular

INDICAŢIUNI: Anemiile pernicioase, secundare de origină **sifilitică** și **paludiană**, gravidice. Vărsăturile incoercibile ale sarcinii.

Cancer — Tuberculoză — Leucemie

Pentru mărirea rezistenţei bolnavilor la traumatismul operator.

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

BCU Cluj / Central University Library Cluj

IN AMINTIREA PROF. FR. I. RAINER

In amintirea Prof. Fr. Rainer au consemnat impresii variate şi fapte verificate, între alţii D-nii Prof. D-r Gr. T. Popa, care i-a succedat la catedra de anatomie dela Iaşi şi în urmă la catedra din Bucureşti; D-rul I. Iagnov, fost asistent al Institutului de Anatomie şi Embriologie din Bucureşti; Mircea Vulcănescu, I. Th. Riga — cari au trăit în preajma lui şi l-au cunoscut în intimitate, nu din auzite. Auzitele creiază uneori imagini, chiar şi mituri, care nu corespund în totul realităţii, sau nu-i corespund de loc, uneori o deformează. Cu cât va fi cunoscut sub toate aspectele, personalitatea Profesorului Fr. Rainer, va ieşi mai înălţată.

D-l Prof. Gr. T. Popa îl caracterizează temperamental, între altele scriind astfel în Revista Ştiinţelor Medicale No. 7—12/1944:

© Institutul Național de Medicină Socială

Supravegherea (controlul de sine' însuşi) era dus de Prof. Rainer la cea mai mare desvoltare. Era chiar exagerată tendinţa de a se reflecta pe sine în propria sa judecată. De aci au decurs nemulţumirile şi necazurile, pe care le-a avut în viaţă. Fiind în căutarea perfecţiunii umane; întors, cum rare-ori s'a văzut, spre sine şi preocupat de aspectul sub care se va prezinta altora, tot astfel a fost de sever în atitudinea de critică şi de judecată, ce îşi fixase faţă de toţi şi faţă de toate. Insuşindu-şi faţă de lume, faţă de străduinţele sale, faţă din condiţiile de perfectibilitate pentru sine şi alţii, atitudinea exprimată în versurile lui Goethe, (versuri pe cari autorul le prezintă în plastică traducere românească), Prof. Rainer, căutând să fie mai bine decât alţii, „nu şi-a luat tălpăşiţa" ci a rămas, punându-se în conflict cu lumea care nu l-a înţeles, creiându-şi duşmănii ireductibile. In ce priveşte lucrările publicate la noi se pronunţa sever, denunţându-le „bombasticismul ştiinţific" şi infantilismul afirmaţiilor necontrolate. Cunoştea nenumărate cazuri de statistici falsificate, de afirmaţii inventate, de minciuni ştiinţifice (cum le numeşte autorul articolului). Denunţându-le tindea să creeze o nouă comportare în publicistica românească. Ţintea mereu spre originalitate. Avea oroare de banal. Cerea ca un articol scris să fie lăsat să se matureze şi apoi revăzut şi publicat. Din această scrupulozitate exagerată a eşit şi publicitatea sa personală redusă, dar însemnată de pecetea definitivatului în gândire şi expresie.

In Mai 1913, în amfiteatrul Institutului de Anatomie dela Iaşi, când şi-a deschis cursul de anatomie a reputat un adevărat triumf „salvând prestigiul Bucureştiului" cu lecţia inaugurală despre „Mijloacele farmacologice în investigaţia anatomică".

Avea o vastă cultură generală, şi literară. „Numai cu Domnul Rainer se mai poate discuta ceva literatură" spunea criticul dela „Vieaţa Românească".

Garabet Ibrăileanu. Iar Stere se exprima față de fica Profesorului Rainer: „eu știu la ce se gândește tata când se uită la mine: el ar vrea să fiu o broască ca să mă disece". (Asemenea păreri consolau de reputația de om rău, de excentric, ce i-o creiaseră dușmanii).

Adept al metodelor științifice creiate de Wirchov și Claude Bernard, pătruns de spiritul de universalitate umană, emanat din Opera lui Goethe, clasic în toată puterea cuvântului (ca puțini cunoștea literatura și arta grecească), un om care trecea de „Cantacuzinist", și a trăit în bună înțelegere cu Slătineanu, Parhon și Jianu, cu cari au reformat spiritul medical de la Iași, nu putea decât să-și însușească și să se conformeze devizei vieței pe care a scris-o Goethe la începutul ciclului de poezii intitulat: „Gott und Welt" și în „Perfectibilität" (pe care autorul o pune în capul articolului, ce reproducem, și cu care își închee articolul în traducere românească):

„Lume largă, viață plină,
Ani și ani fără hodină,
Mereu cerci, mereu croiești,
Nu închei, rar potrivești....
Ce a fost ții cu credință,
Ce e nou cu 'ngăduință.
Simț senin și scopuri clare,
Și-așa mergi un timp spre zare".

D-l D-r I. Iagnov, în același număr al revistei, a insistat asupra activității anatomice și profesionale, prezentându-l ca anatomist, ca bun organizator, ca autor, ca conferențiar, în raporturile cu studențimea universitară; la sfârșit dă bibliografia lucrărilor, 32 la număr, prezentându-le cuprinsul în note rezumative.

Ca **anatomist,** Prof. Rainer a fost adeptul anatomiei funcționale, al anatomiei sprijinită pe studiul omului viu. La intrarea sălilor de disecție a pus emblema: „Anatomia este știința formei vii". A introdus modelajul; caetul de sală; jurnalul personal de lucru, în care studentul să-și scrie observațiile și nedumeririle sale, toate abaterile de la „normă".

Ca **organizator,** a reorganizat total laboratorul de anatomie, creând săli noui de disecție, dotându-l cu săli de microscopie, de embriologie, de radiologie, cu o bibliotecă științifică. A creiat un Institut de antropologie.

Ca **autor** a publicat numai 32 lucrări, dar toate publicațiile sale au adus ceva nou, original, au fost scrise într'un stil concis, lapidar și într'o neaoșe limbă românească, folosindu-se de expresiile cele mai adequate. A inspirat și condus numeroase lucrări eșite din Laboratorul de anatomie, pe care l-a ridicat la înălțimea unui Institut de Anatomie și embriologie. A intuit (dupe afirmațiile Prof. Danielopolu) cu mulți ani înainte existența fasciscului descris de His, și existența (dupe afirmația Prof. Gr. Popa) sistemului port hypofizar. A intreprins și consemnat studii antropologice asupra valorii rasiale a poporului român, model de metodă, de studiu și de preciziune științifică.

Ca **conferențiar,** a ridicat toate lecțiile sale la înălțimea unor conferințe; a ținut Conferințe publice asupra lui Goethe și Platon, asupra problemei evoluției și eredității experimentale. Își pregătea conferințele minuțios, cu 5 luni de zile înainte, folosea un vast material de documentare, sugera întotdeauna ascultătorilor teme noui de gândire.

„Cultura generală a Prof. Rainer, adâncă și vastă; cu rezonante multiple în biologie, în științele abstracte, în istorie, arheologie, literatură și artă, precum și capacitatea sa de largi sistematizări, îl apropiau de **factura enciclopediștilor**" —

și-și întregește caracterizarea autorul, care propune ca cel mai nemerit omagiu ce se poate aduce memoriei Prof. Rainer, a-i cuprinde toate publicațiile — și conferințele — într'un volum unic.

In „Amintirea Profesorului Francisc Rainer", scrie cu evlavie în

Revista Fundaţiilor Regale No. 9/1944, D-l Mircea Vulcănescu, care îl cunoscuse ca student în psichologie, când împreună cu alţi colegi ai facultăţii de filosofie, ca să se instruiască, mergeau să-i audieze cursurile de anatomie şi embriologie şi apoi conferinţele publice; l-a văzut lucrând în campaniile Institutului Social Român; l-a vizitat la Institutul de antropologie, şi după pensionare, la lucru, la el acasă (deci l-a privit şi considerat sub unghiuri multiple). Vom reproduce disparat şi aproximativ:

Profesorul Rainer n'a scris mult, dar puţinele lucrări, pe care le-a publicat sunt modele de claritate şi de probitate ştiinţifică. Supunerea lui faţă de obiect, în lupta de a surprinde contururile delicate ale realului era ca un fel de cucernicie. Urmărea amănuntul cu o g'ngăşie nespusă, ca penelul unui artist chinez. Dar nu perdea niciodată legătura cu întregul, rostul lui în ansamblul de care vorbea. Pentru gândul scris.... căuta expresia ultimă,... care nu trebuia să fie decât termenul unui efort de căutare. Era şi acesta un fel de învăţământ oral, pentru ascultător. Vorbea simplu de tot cu o limpezime de apă de munte. Glasul lui tremura de emoţie în căutarea expresiei celei mai potrivite gândului. Era surd. Surzenia îi încorda trăsăturile feţei şi aşternea pe buze expresia unui nedesluşit amar. Ochii întorşi înăuntru ca ai statuelor greceşti, faţa gravă se lumina dintr'odată, transfigurată de un zâmbet ciudat serafic iscat de bucuria nepământească a descoperirii şi comunicării gândului către alţii,... încât, ascultătorului i se părea, nu numai, că pricepe totul, dar şi că ia parte la bucuria creaţiei (redă astfel autorul tabloul impresionant al conferenţiarului transfigurat în exprimarea gândului şi în căutarea formei cele mai alese).

Ca concepţie anatomică şi fiziologică, Prof. Rainer nu admitea aparate autonome, ci numai ca părţi ale organismului întreg, legate unele de altele şi toate împreună constituind o unitate vie, unitatea organismului, a cărei expresie o caută atât în forma vie, cât în relaţiile cu mediul inconjurător. Prof. Rainer se preocupa mai presus de toate de ce se întâmplă de fapte şi de verificarea lor. Unitatea organismului o admitea şi ca o metodă de studiu, inductivă, pentru a desluşi mai bine participarea fiecărui organ sau aparat la forma şi funcţionarea întregului.

Precursor, a intuit multe probleme şi n'a protestat când a fost deposedat de fructul priorităţii. „De ce m'aşi întrista oare să constat că ceea ce am văzut cândva, înaintea altora, a fost fecund. Dimpotrivă, nu e un mai mare prilej pentru mine să mă bucur" (ce deosebire de atitudine faţă de aceia cari au „neglijat" să-l citeze).

Artist, care ştia să vadă, a descoperit pe reproducţia fotografică a unui cap de statue greceasca, o cută, un detaliu anatomic, nedescris de niciun alt anatomist pe chipul omenesc; muzician de simţire adâncă, pătruns de înţelesul simfoniilor lui Beetoven, spunea că în muzică „numai după ce ai auzit mult, ştii să asculţi".

Datorită şi surzeniei, care îl închidea în el, practica cultul singurătăţii, ca să nu fie distras din urmărirea gândurilor cari îl preocupau, la facultate locuia, mânca şi dormea într'o cămăruţă, situată între sălile de disecţie, din care comunica cu asistenţii printr'o cutie cu scrisori, fixându-le orele de seară când urmau să fie primiţi.

Adept şi practicant al „intuiţiei dinamice" prin îndelungată observaţie a obiectului şi continuă fixare a gândului asupră-i, ajunsese să descopere legături funcţionale între organe fără legături morfologice aparente.

Aplica pentru controlul rezultatelor obţinute anterior, printr'o metodă veche, metoda nouă care se impunea, (de aci dispreţul lui pentru lucrările necontrolate, inventate); a dus cu el în mormânt secretul unei metode de îmbălsămare, care amintea pe aceia a mumiilor egiptiene, netrădând secretul faţă de prof. Minovici care îl reclamase, cerând să lucreze singur la îmbălsămarea cadavrului Regelui Ferdinand I.

Ca să desăvârşească o lucrare asupra „omuului egeean" Prof. Rainer călătorise mult, pentru ca să verifice la faţa locului materialul documentar strâns din cărţi.

Moartea l-a surprins, lăsând lucrul neisprăvit, în timpul bombardamentelor din anul trecut, când a contractat o pneumonie, cu ocazia stingerii unui incendiu care îi ameninţa casa. Şi autorul, care vedea în Prof. Rainer „pe unul din cele 10 capete a căror existenţă ne făcea să ne mândrim a fi români şi să ne bucurăm că suntem oameni", se întreabă „prin ce paradox plin de semnificare, gravorul care i-a fixat chipul pe medalia de bronz, la ieşirea din carieră, l-a însoţit numai cu cuvintele: *πίχης πειρατα?*".

Caracterizarea cea mai bogată, ca „om în sine", însoţind-o de date biografice şi amănunte din vieaţa sa, i-o face Profesorului Rainer, în No. 5/1945 al Revistei Fundaţiilor Regale, D-l I. Th. Riga, care trăind mulţi ani în preajma sa, „a simţit adânc ce înseamnă cultul unui om mare".

Trimitem pe cetitorul dornic la articolul în original, din care nu ne putem stăpâni totuşi de a spicui câte ceva.

Avea înclinări de misionarism, căruia voise să se dedice în adolescenţă. In anii de studii secundare a fost notat la purtare cu „prea bună" şi a manifestat o deosebită atracţie pentru ştiinţele naturale şi pentru cultura clasică. A salvat prestigiul şcoalei şi pe al Prof. său Barbu, cu care avusese mai înainte o controversă în chestia dialectului ionic la traducerea unui capitol din Odisea lui Omer, cu ocazia unei inspecţii făcute de Ministrul Instrucţiei Odobescu, prin răspunsul ce a dat asupra întrebării puse despre superioritatea arhitecturei clasice asupra celei medievale. Nu lua parte la niciun joc. Cânta frumos la pian. Co egii îl rugau să cânte, el se executa şi ei îl ascultau cu mare plăcere. Era foarte învăţat. Vorbea numai de estetică în legătură cu elenismul. Mai târziu, în laboratorul clinicei Prof. Stoicescu îşi avea pereţii odăiţei căptuşiţi cu portretul lui Goethe. In prefaţa tezei sale mărturiseşte fericirea de a fi avut la îndemână, ca puţini alţii, toate înlesnirile de studiu în sălile de bolnavi, în laborator şi în sala de necropsie, ce-i stau la dispoziţie. Avea o singură dorinţă, acea de a face mândria scumpului său şef, Prof. Stoicescu, de care totdeauna vorbea cu evlavie. Colegii spuneau că „Rainer are microscopul în ochi". Îşi consemna observaţiile într'o publicaţie intitulată „Foi de anatomie clinică". **A descoperit sistemul port-hypofizar** şi nu şi-a stabilit prioritatea.

Profesorul Ortner dela Viena spune despre Rainer, pe care îl cunoscuse în laboratorul său dela Colţea „er hat mir imponiert". A înfiinţat cu câţiva colegi din laboratorul de istologie **„Societatea de Anatomie"** pe care a pus-o sub auspiciile Prof. Babeş. Îşi consemna descoperirile sub denumirea de **„Fapte însemnate"**. La trecerea tezei „Despre o formă particulară de ciroză a ficatului", Prof. Babeş şi-a încheiat elogiile cu urările „în curând colegi". In 1912 este numit şef de lucrări la Bucureşti. In 1913 este chemat ca Profesor de Anatomie la Facultatea de medicină din Iaşi. In 1920 este transferat la catedra de Anatomie de la Bucureşti. In campania din Bulgaria ia parte ca voluntar şi conduce un laborator de chimie şi bactereologie. In războiul de întregire a lucrat în Sanatoriul militarizat pentru tuberculoşi dela Filaret, conduce laboratorul exantematic şi face chirurgie la spitalele militar şi Colţea. Îşi încredinţa unui **„Jurnal"** intim, gândurile, amărăciunile, nedreptăţile. Nu s'a apărat niciodată. A fost atacat pe nedrept de către Profesorul de anatomie dela Cluj, pentru o critică făcuută unui tratat al său de anatomie de către colegul său în anatomie de la Iaşi, şi n'a ripostat. A ripostat numai, trimiţând o scrisoare de lămurire unui alt coleg care preconiza studiul unei anatomii a omului normal viu, nu mort, într'un articol publicat în 1938 în Presse Médicale şi nu menţiona că Prof. Rainer, preda în facultăţile noastre de medicină de peste 25 ani această anatomie funcţională, a omului viu, o anatomie biologică, o anatomie clinică.

A dus lupta în contra multiplicării catedrelor fără rost, pentru contopirea catedrei de anatomie descriptivă cu cea de anatomie topografică; în contra candidaţilor necalificaţi (şi totuşi numiţi). Cerea ca un candidat la o catedră: 1) să aibă cel puţin o cercetare originală de specialitate, 2) să tindă a evolua în această specialitate. Era în contra concursului, bun numai pentru primele trepte ale erarhiei medicale. A figurat, printre întemeietorii Societăţii „Annales de biologie". L'a descoperit el şi totuşi numele lui n'a fost menţionat în tezele elevilor săi şi de alţi, la descoperirea Sistemului venos portal hipofizar, prioritate recunoscută în urmă de către Prof. Parhon şi Papilian. S'a bucurat pe lângă nerecunoştinţă şi de rea credinţă, din partea unora dintre elevii săi, faţă de ceea ce s'a exprimat: „Credeţi d-tră că eu am fost hărăzit de soartă să fiu şcaun pentru toţi aceştia?". A călătorit mult, ca să vadă la faţa locului cea ce îl interesa; l-a atras în deosebi Grecia. A întemeiat Institutul de Antropologie, pe care l-a înzestrat cu un sistem original de conservare a cadavrelor; pe lângă cel de îmbălsămare, al cărui secret l-a dus în mormânt. In observarea unui obiect, e rea „incorporarea organică" a obiectului în sensoriul nostru, pentru a-l descifra pe toate feţele. In exprimare, căuta să se folosească numai de „cuvinte ce plesneau sub sfera conţinutului lor". N'a fost remunerat, şi n'a cerut nicio plată pentru cursul de biologie, pentru cel de anatomie plastică şi pentru conducerea Institutului de antropologie. A considerat înfiinţarea acestui Institut ca plata unei datorii de recunoştiinţă faţă de ţara care i-a pus la dispoziţie toate posibilităţile de consacrare preocupărilor sale de predilecţie, care se cuprind în înţelegerea fenomenului care este viaţa.

Crucea cu cele 2 urme şi lespedea de pe mormântul făcut după planul prietenului său, pictorul Ştefan Popescu, ca şi cuvintele de pe piatră: „In sfârşit se odihneşte", inspirate de soţia sa, d-na doctor Martha Traian-Rainer, simbolizează tăcerea cu care s'a stecorat prin viaţă flacăra sufletului său de sbuciumat —

Închee articolul autorul, care îşi exprimă convingerea că Profesorul Rainer a luat cu sine o comoară ce niciodată nu va mai putea fi descoperită, — după ce la începutul articolului îi amintea, după exemplul lui Eraclit din Efes, că dacă avea de gând să fie mai bun decât noi, trebuia să se ducă în altă parte.

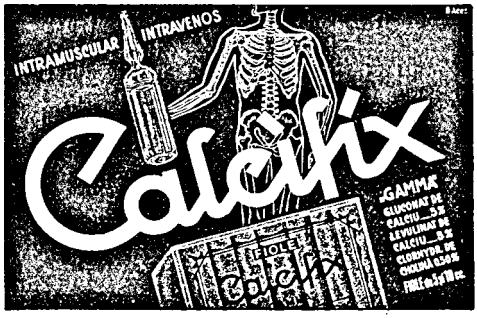
BCU Cluj / Central University Library Cluj

*

Titanul, în care vedem unul din cele 10 capete de care ne mândrim; umanistul, de factura enciclopediştilor de odinioară, care a voit să ne întreacă şi plin de curaj a rămas, ca să exceleze printre noi nu aiurea; omul necunoscut de ai săi şi hulit în vieaţă, este lăudat după moarte.

Este încă un exemplu pe care Profesorul Francisc Rainer îl dă de dincolo de mormânt.

M. CÂNCIULESCU
Membru al Academiei de Medicină



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.

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

SANDOZ S.A., Bâle, Suisse

TRATAMENTUL SIFILISULUI CONGENITAL

TRATAMENTUL POSTNATAL SAU DIRECT AL BOALEI

Part. II

de

Prof. D-r ŞTEFAN NICOLAU
Fost Director al Clinicei Dermato-Sifiligrafice din Bucureşti

Diagnosticul sifilisului congenital, de stabilirea căruia depinde instituirea tratamentului, nu se impune de cele mai multe ori cu toată uşurinţa dorită. Acest lucru se datoreşte în primul rând existenţei formelor fruste şi chiar latente ale infecţiei, devenite astăzi, pentru motivul pe care îl vom vedea îndată, mai frequente decât odinioară.

Răspândirea din ce în ce mai mare a tratamentului antisifilitic în massele adânci ale populaţiei, pe de-o-parte, iar pe de alta puternica acţiune treponemicidă a mijloacelor de care ne servim astăzi, au determinat, la genitori, condiţiuni speciale de transmiterea boalei, modificând astfel într'o largă măsură fizionomia sifilisului moştenit. S'au creeat în felul arătat izvoare de propagare congenitală „pauci"-spirochetice, dând naştere şi aci, ca întotdeauna când inocularea sifilisului purcede dintr'un număr redus de germeni, unor infecţiuni „minore", fruste, sărace în simptome, putând chiar rămâne, uneori, pentru un timp mai mult sau mai puţin îndelungat, complect asimptomatice [1]) (sifilis congenital tardiv).

Alături de aceste cazuri de sifilis congenital „redus", datorite, după cum am văzut, unei sărăcii originare a materialului infectant, mai menţionăm altele în care lipsa de simptome este în legătură cu tratamentul prenatal, din ce în ce mai răspândit astăzi, al produsului concepţiunei, copilul, deşi bolnav, găsindu-se în momentul naşterii în situaţiunea unei persoane a cărei boală a fost deja atenuată prin tratament.

Ori cum ar fi lucrurile, faptul cert este că astăzi vedem mai rar decât altădată copii, venind pe lume, înfăţişând în complectul său, tristul tablou al sifilisului moştenit, zugrăvit cu atâta măestrie de înaintaşii noştri.

Ceea ce întâlnim mai des astăzi sunt formele de sifilis congenital

1) Am insistat pe larg asupra acestor curioase infecţiuni *a minima*, creatoare de forme ascunse de sifilis, când ne-am ocupat de sifilisul latent al femeilor, contaminate de bărbaţi vechi sifilitici, prin intermediul spermei.

Am mai amintit cu acea ocazie şi bazele experimentale ale contaminărilor „pauci-spirochetice".

cu expresie pauci-simptomatică sau chiar mono-simptomatică, traducându-se de exemplu printr'o ușoară coriză, prin adenopatii diverse și în special epitrochleene, printr'o hepatosplenomegalie, etc. Alteori, simptomatologia sifilisului congenital se poate reduce la manifestări de aparență banală, cum ar fi de exemplu o oprire în creșterea greutății copilului, tulburări digestive ca: anorexie și mai ales vărsături persistente, pe care nicio abatere dela regulele alăptării nu le poate justifica; existența unui țipăt particular, repetat (semnul lui Sisto), care nu are nimic aface cu țipătul foamei, el nefiind altceva decât expresia unei dureri în legătură cu o osteochondrită începătoare, nedecelabilă încă prin mijloace clinice și pe care numai explorarea radiologică o poate pune în evidență.

De asemenea, la o vârstă mai înaintată, în locul cunoscutei triade a lui Hutchinson, sau a altor malformațiuni și distrofii atât de caracteristice sifilisului congenital tardiv, adesea nu întâlnim decât tulburări nervoase, fără caracter special, ca: convulsiuni, debilitate mentală, impulsivitate la acte brutale sau de criminalitate precoce.

Aceste forme de sifilis moștenit, sărace în simptome, sau cu manifestări deghizate, nu trebue să le pierdem niciodată din vedere, pentru a nu risca să trecem pe lângă dânsele fără să le recunoaștem.

De aceea, oridecâteori ne găsim în fața unor copii atinși de stări anormale, bizare prin felul lor de a fi și care nu ar putea fi explicate prin niciuna din cauzele obișnuite, să ne gândim întotdeauna, în cadrul ipotezelor etiologice de făcut, și la posibilitatea unei moșteniri sifilitice. Această ipoteză rămâne bineînțeles să o controlăm prin toate mijloacele ce ne stau la dispoziție, procedând la un examen cât se poate mai aprofundat al copilului, în scopul descoperirei vreunui stigmat ce ar fi putut trece neobservat la prima vedere, cât și la examenul său serologic și, la nevoie, la acela al lichidului cefalorachidian. In caz de dubiu, pe lângă examenul copilului, vom extinde ancheta noastră și asupra ascendenților.

Relativ la diagnosticul serologic al sifilisului congenital, credem util a aminti anumite posibilități de erori de care ne putem izbi aci. In primul rând, în sifilisul moștenit putem întâlni, într'o mai mare măsură decât în cel căpătat, rezultate negative false, adică neconforme cu realitatea. Se cunosc cazuri de reacțiuni negative chiar la sugari atinși de manifestări floride (Ahmann, Artzt, Ehrmann, Lesser, etc.).

Pe de altă parte, în formele clinicește latente ale sifilisului noului născut, serologia poate fi și dânsa complect negativă cam în proporție de 44% din cazuri (Leroux și Labbé), reacțiunile nepozitivându-se, în astfel de cazuri, decât după a doua, a treia sau a patra lună a existenței și câteodată chiar mai târziu.

Reacțiunile serologice, odată pozitivate, pot prezenta uneori, mai ales în cazurile tratate tardiv, un caracter de extremă tenacitate. In general însă ele se atenuează în cursul celei de a doua copilării și sfârșesc prin a dispărea apoi complect (uneori chiar în absența tratamentului), așa încât după vârsta de 15 ani nu este rar să întâlnim reacțiuni serologice negative la copii atinși de leziuni distrofice de tipul tardiv și câteodată chiar de leziuni specifice propriu-zise, aparținând modalităților terțiare (Lacapère).

Toate aceste particularităţi ale serologiei sifilisului congenital trebue să le avem totdeauna în vedere pentru o cât mai justă interpretare a problemelor pe care putem fi chemaţi a le rezolva. In concluziune, putem zice că dacă o reacţiune pozitivă clarifică în mod definitiv diagnosticul unui sifilis congenital latent, în schimb, pentru motivele arătate, o reacţiune negativă nu poate constitui aci un argument în contra existenţei infecţiunii, şi aceasta mai ales dacă este vorba de un nou născut.

Oricum ar fi lucrurile, examenul serologic al sângelui rămâne totuşi un preţios mijloc de diagnostic în sifilisul congenital, căci, cu toate lipsurile semnalate, el ne permite descoperirea infecţiunii într'un procent mai mult decât dublu decât ne-o permit singurele mijloace clinice. Linser a constatat reacţiuni serologice pozitive la $^2/_3$ din copiii născuţi din părinţi sifilitici, pe când numai $^1/_3$ din ei prezentau semne clinice de boală.

In cazurile în care problema nu poate fi rezolvată direct, prin examenul copilului, vom extinde cercetările noastre asupra părinţilor, în scopul de a vedea dacă în antecedentele lor putem stabili existenţa sifilisului, căutând apoi, în caz afirmativ, să evaluăm, după datele căpătate, şansele unei eventuale transmiteri a infecţiunii lor la urmaşi. Vom ţine seama în această privinţă de vechimea infecţiunii lor, de tratamentul urmat de dânşii înainte de concepţie, de tratamentul urmat de mamă în cursul sarcinei, şi mai ales de epoca ultimei manifestări clinice sau serologice a unuia sau altuia dintre genitori.

Ca urmare a celor spuse, credem că putem formula următoarea regulă de urmat în practică:

Orice copil născut din părinţi sifilitici care, în epoca concepţiunii, sau la un moment nu prea îndepărtat de dânsa, au prezentat leziuni sifilitice sau chiar numai reacţiuni serologice pozitive, va fi supus, fără discuţie, tratamentului, chiar dacă acest copil n'ar prezenta la naştere niciun semn vizibil de infecţiune şi chiar dacă reacţiunile sale ar fi negative.

MEDICAMENTELE UTILIZATE IN TRATAMENTUL SIFILISULUI CONGENITAL.

Medicamentele ce se pot folosi în tratamentul sifilisului congenital sunt aceleaşi ca şi în sifilisul căpătat, adică: mercurul, bismutul şi preparatele arsenicale, adaptate bineînţeles fiecare din ele condiţiunilor speciale în care se intervine aici.

Inainte de a ne ocupa de directivele generale ce urmează a fi imprimate tratamentului de urmat aci, ni se pare indispensabil să trecem într'o scurtă revistă fiecare din armele terapeutice menţionate, cu privire la formele medicamentoase sub care le putem de preferinţă utiliza, la căile lor posibile de administrare, la posologia lor şi în fine la indicaţiunile mai speciale ale fiecăruia din ele în raport cu vârsta copilului şi forma boalei.

Cunoscând astfel îndeaproape întreaga gamă de mijloace ce ne stau la dispoziţie, vom putea uşor în practică să individualizăm tratamentul, realizând astfel formula terapeutică cea mai potrivită unui caz dat.

I. Mercurul. Mercurul a fost multă vreme singurul medicament antisifilitic cunoscut şi deci singura armă pe care o puteau folosi înaintaşii noştri în combaterea sifilisului. Chiar astăzi, cu toată descoperirea unor mijloace terapeutice mai puternice decât dânsul, mercurul nu poate fi considerat ca un medicament detronat. Deşi căzut pentru moment într'o desuetudine relativă, credem că mercurul merită să-şi păstreze mai departe, cel puţin în tratamentul sifilisului moştenit, un loc important, nu numai ca medicaţiune asociată neosalvarsanului, dar putând face, chiar singur, foarte bună figură, atunci când celelalte remedii cunoscute sunt contraindicate pentru un motiv sau altul.

Căile pe care mercurul se poate administra sunt în număr de 3: Calea digestivă; Calea percutană şi cea intramusculară.

a) **Calea digestivă.** Preparatele mercuriale ce pot fi administrate pe această cale sunt numeroase.

Printre ele ne mărginim a cita, următoarele:

Biclorurul de mercur, sub formă de lic. van Swieten, care este o soluţie de 1 la mie a acestei sări de mercur. Doza zilnică sub care această sare mercurială se poate administra este de 1/2 mgr. de substanţă activă pe kgr. de greutate, doză ce corespunde la 10 picături din licoarea numită.

Doza zilnică de administrat unui copil cântărind de ex. 3 kgr., va fi prin urmare de 1 1/2 miligr. de biclorur de mercur, adică 30 de picături din lic. van Swieten, administrată fracţionat, în 3 rânduri a câte 10 picături, în lapte sau apă zaharată, în momentul sugerilor.

Pentru o mai bună dozare, unii autori recomandă administrarea medicamentul în soluţie mai întinsă, conform formulei următoare: Lic. van Swieten 20 gr., apă distil. 160 gr., 1 linguriţă de cafea din acest amestec corespunde la 1/2 miligr. de substanţă activă. Se vor administra, pe zi, atâtea linguriţe câţi ani are copilul.

Mercurium cum creta este un amestec de mercur şi cretă, conţinând 33% mercur. Doza zilnică de administrat este de 1/2 centigr. pe kgr. de greutate. Această preparaţiune este din ce în ce mai puţin utilizată astăzi.

Calomelul à la vapeur se administrează în doză zilnică de 1/2 — 1 ctgr. pe kilocorp, amestecat cu lactoză, pentru a-l face mai maniabil.

Administrarea mercurului pe cale bucală constitue un mod de tratament comod şi cu absorbţie repede. Eficacitatea acestei metode de şi incontestabilă, în ce priveşte dispariţia erupţiunilor, poate fi considerată ca mediocră, prin comparaţie cu acea a metodelor despre care vom vorbi. Marele său inconvenient este însă acela că ea expune adesea la tulburări digestive (vărsături, colici, diaree fetidă) şi aceasta tocmai în împrejurări când integritatea tubului digestiv este o condiţie din cele mai indispensabile pentru rezistenţa şi buna desvoltare a copilului.

Pentru motivele arătate, administrarea mercurului pe cale bucală, este din ce în ce mai puţin întrebuinţată astăzi. Ea rămâne o metodă de necesitate, atunci când nu se poate face mai bine.

b) **Calea percutană.**

Frictiuni mercuriale. Frictiunile mercuriale se practică cu ung. mercurial forte, în doză de 0,10—0,20 ctgr. pe kgr. de greutate, adică pentru un nou născut cântărind de ex. 4 kgr., această doză va varia între 0,40—0,80 ctgr. pentru o frictiune. Pentru o exactă utilizare a produsului, doza de administrat într'o frictiune se va prescrie în pachete separate. Toleranţa copilului pentru acest produs este mult mai mare decât a adultului.

Pentru a se evita o eventuală iritaţie a pielei, se va varia cât mai mult teritoriul de fricţionat, nerevenindu-se, pe cât posibil, asupra aceluiaşi

loc, înainte de 6—8 zile. Se vor putea utiliza astfel, rând pe rând: feţele posterioare, laterale şi anterioare ale toracelui, feţele interne ale coapselor, braţele, etc.

După spălarea prealabilă a regiunii alese cu apă şi săpun, se aplică la suprafaţa sa doza de unguent de administrat, cu care apoi se frictionează uşor pielea timp de 5—10 minute, până ce mâna operatorului percepe contactul pielei. După terminarea frictiunei se acopere regiunea cu un pansament ocluziv, care se păstrează 24 de ore. La ridicarea pansamentului se spală din nou pielea cu apă şi săpun şi se pudrează cu talc. După fiecare 4 frictiuni se lasă o zi pauză. Numărul total al frictiunilor de administrat într'o serie variază între 12—15—20.

Frictiunile mercuriale constituesc, în sifilisul congenital, un tratament din cele mai active, tegumentul copilului oferind, prin finetea sa, condiţiuni din cele mai favorabile absorbţiunii medicamentului. Este un mod de tratament pe care personal îl prescriem, cu o deosebită predilecţie, în asociaţie cu injecţiunile de neosalvarsan, această asociaţie medicamentoasă reprezentând, după părerea noastră, una din cele mai puternice forme de tratament de atac al sifilisului congenital.

Mai menţionăm, în treacăt, la acest capitol privind metoda percutană, **băile mercuriale** (1 gr.—1.50 gr. de sublimat corosiv la o bae de 20—30 litri apă), mult întrebuinţate odinioară, dar căzute azi în complect discredit, din cauza riscului unei prea mari absorbţiuni medicamentoase.

c) **Metoda injecţiunilor.** Printre preparatele mercuriale solubile, injectabile pe cale intramusculară, cităm următoarele două mai recomandabile:

Biclorurul de mercur, în doză de 1/4 mgr. pe kilocorp, şi **Biodurul de mercur** în doza de 1/2 mgr. pe kilocorp.

Pentru primul putem formula astfel: Biclorur de mercur şi clorur de sodiu chimic pur, aa 0,10 ctgr. apă distil. 10 cmc. Fiecare cmc. din această soluţie conţine 1 ctgr. de substanţă activă, aşa încât unui copil cântărind de ex. 4 kgr., i se va injecta 1/10 cmc. dintr'însa, adică 1 miligr. zilnic, sau la 2 zile.

Pentru biiodur ne putem servi de soluţia următoare: Biiodur de mercur şi iodur de sodiu chimic pur aa 0,10 ctgr. Apă distilată 10 cmc. Fiecare 1/10 de cmc. conţinând 1/4 miligr. de substanţă activă, cantitatea de injectat unui copil de aceeaşi greutate ca în cazul precedent, va fi de 4/10 de cmc.

Printre preparatele mercuriale insolubile, cel mai recomandabil prin activitatea lui deosebită este, fără îndoială, **Calomelul,** administrat în injecţiuni intramusculare, săptămânale, în doza de 1 miligr. pe kilocorp.

Calomelul se încorporează în oleu de olive de prima calitate (sau şi mai bine în oleu de sesam), formându-se astfel o suspensiune, care trebue bine agitată înainte de întrebuinţare, pentru a se obţine o dispersiune cât mai uniformă a medicamentului. Putem formula astfel: Calomel à la vapeur 0,10 ctgr.; Ol. de olive 10 cmc. Fiecare 1/10 de cmc. din acest amestec conţine 1 mgr. de Calomel. Cantitatea de injectat unui copil, cântărind de ex. 4 kgr. va fi de 4/10 de cmc.

II. **Bismutul.** Bismutul, ultimul venit printre medicamentele antisifilitice şi-a câştigat repede un loc din cele mai importante în tratamentul sifilisului.

Din punctul de vedere al eficacităţii sale comparate, majoritatea sifiligrafilor consideră bismutul superior mercurului, dar mult inferior preparatelor arsenobenzolice. Bismutul poate fi întrebuinţat şi singur în tratamentul sifilisului congenital, aşa cum se proceda odinioară cu mercurul. Nu este mai puţin adevărat însă că, în cadrul posibilităţilor

noastre terapeutice actuale, bismutul, cu toată eficacitatea sa bine demonstrată, rămâne totuşi, ca şi mercurul, un medicament de a doua ordine faţă de neosalvarsan.

Oridecâteori ne propunem a face un tratament realmente activ al sifilisului, nu ne vom mărgini la întrebuinţarea bismutului singur, ci acest medicament va trebui să fie asociat neosalvarsanului, sub formă de tratament mixt arseno-bismutic.

Bismutul nu se poate administra astăzi decât pe cale de injecţii intramusculare, fie sub formă de săruri insolubile, în suspensie uleioasă, fie sub aceea de săruri oleo-solubile (preparate liposolubile). Această din urmă formă medicamentoasă este preferabilă, ea asigurând o resorbţie mai repede şi mai complectă a medicamentului.

In tratamentul sifilisului congenital, posologia preparatelor bismutice trebue astfel calculată, ca să nu depăşească, pentru o injecţie, 2—3 miligr. de bismut metalic pe chilocorp. La un copil cântărind de exemplu 3 kgr., doza unitară va putea astfel varia între 6 şi 9 miligr. Injecţiile se repetă de două ori pe săptămână, făcându-se în total 10—12 injecţii, într'o cură.

Bismutul nu se prescrie sub formă de ordonanţe executabile extemporaneu ci ca preparat gata, sub formă de specialităţi, bine cunoscute de practicieni, pentru a le le mai enumera aci. Deşi majoritatea acestor preparate sunt condiţionate în vederea tratamentului sifilisului adultului, ele pot fi însă perfect utilizate, sub forma în care sunt prezentate, şi în tratamentul sifilisului congenital, avându-se grije de a nu se injecta din ele decât cantitatea strict corespunzătoare dozelor indicate mai sus.

Aşa de exemplu din preparatul cunoscut sub numele de „Bivatol", care conţine 6 ctgr. de bismut metalic pe cmc., cantitate de produs care urmează a fi administrată, la fiecare injecţie, unui copil cântărind, ca în exemplul de mai sus, 3 kgr., va fi de 1/10 cmc. Acelaşi lucru şi pentru preparatul cunoscut sub numele de „Bismogenol", conţinând şi dânsul tot 6 ctgr. de bismut metalic pe cmc.

Universitatea Babeş-Bolyai University Library Cluj

Mai semnalăm aci un produs al casei „Poulenc" cunoscut sub numele de „Neocardyl infantile", dozat în vederea tratamentului sifilisului copilului şi conţinând 15 miligr. de bismut metalic pe cmc. Conform posologiei enunţate mai sus, cantitatea de administrat, într'o injecţie, din acest preparat, va da 1/10 cmc. pe kilocorp.

Pentru copiii mai mari de 5 ani, se poate utiliza chiar neocardylul sub prezentaţia „pentru adult", titrat la 5 ctgr. de bismut metalic pe cmc., administrându-se, într'o injecţie, câte 1/4 de cmc. pentru 10 kgr. de greutate corporală.

III. Preparatele arsenicale. Printre mijloacele de luptă ce posedăm astăzi în contra infecţiunei treponemice, locul de frunte îl ocupă, fără discuţie, preparatele arsenicale. Dela introducerea lor în terapeutică, putem zice că fizionomia şi prognosticul general al sifilisului congenital s'au modificat considerabil.

Preparatele arsenicale trebue deci să constitue, în mod obligator, medicaţiunea de bază a tratamentului sifilisului congenital, aceasta cu atât mai mult cu cât contra-indicaţiunile faţă de aceste preparate sunt aci incomparabil mai reduse decât la adult.

a) Preparate arsenicale ce se administrează pe cale parenterală.

Printre aceste preparate cităm în primul rând **neosalvarsanul**, sau similarul său francez: **novarsenobenzolul.** Relativ la posologia acestor medicamente, ţinem să menţionăm dela început, că noul născut prezintă faţă de ele o toleranţă ce depăşeşte cu mult pe aceea a adultului.

Aşa de exemplu, pe când doza maximă, unitară, prevăzută pentru adult, nu trebue să depăşească 1—1 1/2 ctgr. pe kilocorp, la noul născut această

doză poate merge în mod curent până la 2 ctgr. şi, după unii autori, până la 3 ctgr. In ultimii ani, Erich Müller a preconizat chiar 4 ctgr., ca doză curentă, pe kilogram de greutate.

După experienţa noastră, credem că este mai prudent să ne menţinem în practică la dozele de $1\frac{1}{2}$—2 ctgr., pe kilocorp. In felul acesta doza maximă, unitară, de injectat unui copil, cântărind de exemplu 4 kgr., va putea varia între 6—8 ctgr.*).

Fiind vorba aci de un puternic medicament spirilicid, capabil să determine, printr'o eventuală distrugere prea masivă de germeni, reacţiuni supărătoare în organism, doza unitară maximală la care ne-am opri, într'un caz dat, nu va fi niciodată administrată integral dela prima injecţie, ci în mod fracţionat, începând cu 1/6 dintr'însa şi mărind apoi la fiecare dată cu câte 1/6, ajungându-se astfel la a şasea injecţie la doza plină. Astfel, unui copil cântărind de exemplu 6 kgr., după cum doza unitară a fost fixată la 6 sau 8 ctgr. pe kilocorp, cantităţile de administrat la fiecare din injecţiile preparatoare vor fi: pentru 1-a injecţie, de 1—$1\frac{1}{2}$ ctgr.; pentru a 2-a injecţie, de 2 sau 3 ctgr.; pentru a 3-a injecţie, de 3—$4\frac{1}{2}$ ctgr.; pentru a 4-a injecţie, de 4—6 ctgr.; pentru a 5-a injecţie de 5—$7\frac{1}{2}$ ctgr.; ajungându-se în fine, la a 6-a injecţie, la doza plină de 6—8 ctgr. Intervalele dintre injecţiile fracţionate premergătoare dozei maximale unitare vor fi de, respectiv, 2—3—4 zile, în raport cu cantitatea de medicament injectată.

Doza maximală unitară, odată ajunsă, va fi repetată mai departe, la intervale de câte 6—7 zile, până la însumarea unei cantităţi totale corespunzând la 10—12 ctgr. de neosalvarsan pe kilocorp, care reprezintă doza maximală pentru o cură. Reluând exemplul dat mai sus, al unui copil cântărind 6 kgr., doza maximală totală, ce i se poate administra într'o cură, va putea varia între 60—72 ctgr.

Administrarea neosalvarsanului pe cale intravenoasă întâmpină mari dificultăţi la noul născut, cât şi în primii ani ai copilăriei, din cauza calibrului redus al venelor. Unii autori recomandă, ca mai uşoară, injectarea medicamentului în vena jugulară externă (Blechmann), sau într'una din venele epicraniene (Cassoule), iar alţii chiar în sinusul longitudinal superior, prin fontanela anterioară (Tixier). Afară de această din urmă cale, pe care o considerăm ca riscată, toate celelalte căi propuse sunt de încercat, atunci când împrejurările o permit. In realitate însă, manopera injecţiunilor intravenoase rămâne şi aci din cele mai delicate, din cauza agitaţiunii copilului, aşa încât reuşita lor reprezintă de cele mai multe ori o adevărată performanţă.

© Biblioteca Universitară Iaşi

Pentru motivul arătat, calea intramusculară este acea care se preferă în mod curent, în practică, pentru administrarea neosalvarsanului la noul născut. Lucrul nu prezintă niciun inconvenient de ordin local, dată fiind, pe de-o-parte, cantitatea mică de neosalvarsan ce se injectează la această vârstă, iar pe de altă parte remarcabila toleranţă pe care ţesuturile copilului o prezintă faţă de acest medicament.

Printre preparatele trivalente care se mai pot utiliza pe cale intramusculară, în tratamentul sifilisului noului născut, mai cităm: **„Sulfarsenolul“** (de preferinţă dizolvat în ser glicozat izotonic) şi **„Solu-Salvarsanul“**. Posologia ambelor acestor substanţe se suprapune, în linii generale, aceleia a neosalvarsanului. S'a mai preconizat în tratamentul sifilisului noului născut şi preparatul arsenical pentavalent: **„Acetylarsanul“**, din care există chiar, în comerţ, fiole pentru uzul infantil. Acest din urmă medicament este însă departe de a egala în activitate pe cele precedente.

---

*) Pentru calcularea dozei unitare maxime de injectat într'un caz dat, se va lua totdeauna drept bază greutatea corporală a copilului, iar nu vârsta sa, aşa cum fac unii autori. Nu trebue să se uite că avem aci a face cu copii cu desvoltare anormală, aşa încât pentru aceeaşi vârstă putem avea importante variaţiuni în ce priveşte greutatea lor, lucru care ar putea vicia calculul dozajului.

2. Preparate arsenicale ce se pot administra pe cale bucală.

In această categorie intră preparatul francez cunoscut sub numele de **„Stovarsol"** şi similarul său german, denumit **„Spirocid"**, care au la baza lor un arsenic pentavalent. Şi unul şi altul se găsesc în comerţ, condiţionate sub formă de tablete a 0,01 şi 0,25 ctgr. de substanţă activă.

Dozajul cât şi formula administrării acestui medicament variază într'o largă măsură după autori:

Astfel Momsen recomandă pentru noul născut următoarea schemă de tratament masiv:

10 zile câte 3 tablete a 0,01 ctgr. (dizolvate în lapte), 4 zile pauză; 10 zile câte 6 tablete a 0,01 ctgr., 4 zile pauză; 10 zile, de 3 ori pe zi, câte 1/4 tabletă a 0,25 ctgr., 4 zile pauză; 10 zile de 3 ori pe zi câte 1/2 tabletă a 0,25 ctgr., 4 zile pauză. In alte 10 zile ce urmează se repetă aceiaşi cantitate ca în cele 10 zile precedente, + 4 zile pauză; 10 zile, de 3 ori pe zi, câte o tabletă a 0,25 ctgr., + 4 zile pauză; în fine, un ultim ciclu de 10 zile în care se repetă aceeaşi cantitate ca în penultimele 10 zile.

In felul acesta, într'un răstimp de 94 de zile, se administrează 14 gr. 40 de Spirocid. Autorul mai recomandă ca cura să nu fie niciodată începută înainte de a 10-a zi dela naştere, ea fiind precedată în acest interval printr'un tratament preparator cu bismut sau mercur.

Erich Hoffmann preconizează un tratament şi mai puternic încă, administrând, fără întrerupere, în curs de 8 săptămâni, 19—25 gr. de Spirocid pentru un copil cântărind 5 kilograme — şi 22—34 gr. pentru unul de 10 kilograme.

Dăm aci schema administrării medicamentului în ambele aceste cazuri:

Copil de 5 kgr.: 1-a săpt. 1/4 tabletă de 0,25 ctgr.; a 2-a săpt. 2—3 sferturi de tabletă de 0,25 ctgr.; a 3-a săpt. 1—2 jumătăţi de tabletă de 0,25 ctgr.; a 4-a săpt. 2—3 jumătăţi de tabletă de 0,25 ctgr.; a 5-a săpt. 1—2 tablete de 0 25 ctgr.; a 6-a şi a 7-a săpt. câte 2—3 tablete de 0,25 ctgr.; a 8-a săpt. de 3 ori câte o tabletă de 0,25 ctgr.

Copil de 10 kgr.: 1-a săpt. 1—3 sferturi de tabletă de 0,25 ctgr.; a 2-a săpt. 1—3 jumătăţi de tabletă de 0,25 ctgr.; a 3-a şi a 4-a săpt. 1—2 tablete de 0,25 ctgr.; a 5-a şi a 6-a săpt. de 2—3 ori câte o tabletă de 0,25 ctgr.; a 7-a săpt. de 3 ori câte o tabletă de 0,25 ctgr.; şi a 8-a săpt. de 3—4 ori câte o tabletă de 0,25 ctgr.

Alţi autori sunt partizanii unor tratamente mai moderate şi de mai scurtă durată.

Astfel, Oppenheim prescrie câte 9 tablete de 0,01 ctgr. pe zi (administrate în lapte, înainte de masă) fiecare, zi de tratament fiind urmată apoi de o pauză de 4 zile. Se continuă astfel, în felul arătat, până la însumarea unui număr de 25 de tablete (de 1 ctgr.) pe kilocorp. In felul acesta, unui sugar cântărind de exemplu 4 kgr., i se va administra 100 tablete de 1 ctgr. într'un interval de aproximativ 6 săptămâni.

Experienţa ne-a arătat că organismul copilului suportă în general bine medicamentele pentavalente menţionate, chiar în dozele mari şi prelungite, aşa cum sunt preconizate de autorii citaţi. Ca măsură de prudenţă suntem totuşi de părere ca şi acest tratament să fie individualizat, adică subordonat, atât în ce priveşte dozele, cât şi durata administrării sale, stării organismului şi gradului de toleranţă al copilului. La nouii născuţi atrepsici, greu încercaţi de boală, vom începe totdeauna cu doze mici, de încercare, şi numai după ce ne-am convins de inocuitatea lor,

vom păşi, treptat, către doze mai active. In caz de tulburări gastrice (inapetenţă, vărsături), administrarea Spirocidului va fi imediat suspendată, denutriţia rezultând în astfel de împrejurări putând periclita însăşi existenţa copilului.

Atât Stovarsolul, cât şi similarul său Spirocidul, atunci când se administrează în doze cuvenite, exercită o acţiune incontestabilă asupra manifestărilor sifilitice, atât clinice cât şi serologice. Acţiunea lor, pe care o considerăm mult superioară tutulor celorlalte medicamente antisifilitice ce se pot administra pe cale bucală, nu poate fi totuşi comparată cu aceea a injecţiunilor neosalvarsanice. Ele nu s'ar putea deci substitui acestora din urmă decât în cazuri bine determinate; şi când nu se poate face altfel!

Oricum ar fi lucrurile, prin comoditatea modului lor de administrare, introducerea acestor medicamente, putem zice că reprezintă un real progres practic în terapia sifilisului congenital.

DIRECTIVELE GENERALE ALE TRATAMENTULUI POST-NATAL AL SIFILISULUI CONGENITAL.

Dacă tratamentul sifilisului căpătat a constituit în cursul timpului un obiect de constantă preocupare din partea sifiligrafilor, ajungându-se la stabilirea unor principii de bază relativ la conducerea sa, nu se poate zice acelaşi lucru despre tratamentul sifilisului moştenit, care în practică este de multe ori departe de ceea ce ar trebui să fie. Mulţi medici continuă încă şi astăzi, la noi, să trateze sifilisul noului născut exclusiv cu mercur, mulţumindu-se să administreze acest medicament sub o formă oarecare (cele mai adesea ori pe cale bucală), şi un timp oarecare, fără să se aibă în vedere un plan metodic.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ori, tratamentul sifilisului congenital se cuvine să fie condus în acelaşi spirit ca acela al sifilisului căpătat, adică să fie urmărit, în fiecare caz dat, cu voinţa fermă de a obţine nu numai dispariţia momentană a fenomenelor morbide, ci stingerea chiar a infecţiunii. Orice tratament care se îndepărtează de principiul arătat, expune copilul la urmările îndepărtate ale funestei sale moşteniri, traducându-se prin scleroze viscerale, prin distrofii osoase, prin leziuni glandulare, prin atingeri a sistemului nervos central, etc., manifestări, din nefericire, de cele mai multe ori neremediabile, sau în tot cazul din cele mai greu de influenţat.

Pentru realizarea deziderateului exprimat mai sus, tratamentul sifilisului congenital trebue să satisfacă şi el, ca şi acela al sifilisului căpătat, următoarele condiţiuni:

1. **Să fie cât se poate mai precoce,** adică instituit cât se poate mai aproape de naştere;
2. **Să fie cât se poate mai activ,** adică la maximum de intensitate pe care ar permite-o organismul copilului;
3. **Să fie suficient de prelungit,** adică urmărit atâta timp cât experienţa „statistică" ne-a arătat că este nevoie, pentru a obţine maximum de garanţii de vindecare;
4. **Să fie condus sub controlul serologic şi al lichidului cefalorachidian.**

Modul de compunere şi de conducere a tratamentului sifilisului congenital. Tratament mono- sau plurimedicamentos?

Intr'un capitol precedent am trecut într'o scurtă revistă medicamentele ce se pot utiliza în tratamentul sifilisului congenital, cât şi posologia lor respectivă, raportată la kilocorp. Este locul să vedem acum cum pot fi folosite aceste medicamente în compunerea unui tratament, în raport cu indicaţiunile cazului de tratat, cât şi cu forma şi vârsta boalei şi, mai departe, să vedem dacă ele trebuesc întrebuinţate singure sau asociate. O problemă nu mai puţin importantă ce ne propunem a discuta, după ce ne vom fi fixat asupra punctelor enunţate, va fi aceea a duratei totale a tratamentului.

Atâta timp cât nu s'a cunoscut decât un singur medicament antisifilitic: mercurul, tratamentul sifilisului congenital a fost, forţamente, monomedicamentos. Odată cu îmbogăţirea terapeuticei antilueticie, prin descoperirea preparatelor arsenicale şi apoi bismutice, nu a întârziat a se pune şi aici, ca şi în sifilisul căpătat, chestiunea tratamentelor combinate.

Este adevărat că la începutul erei arsenicale, unii sifiligrafi impresionaţi de puternica activitate a noului medicament, au preconizat întrebuinţarea lui singură, în tratamentul sifilisului congenital. Experienţa a demonstrat însă că, cu toată splendida acţiune pe care preparatele arsenicale o manifestă faţă de leziunile specifice în plină activitate eruptivă, durabilitatea rezultatelor obţinute este întotdeauna mai bine asigurată atunci când acestor preparate li se alătură unul sau altul din celelalte medicamente specifice cunoscute, adică mercurul sau bismutul, realizându-se astfel tratamente **combinate** sau **mixte**.

Ţinem să observăm cu această ocazie că asociaţiile medicamentoase în tratamentul sifilisului nu trebuesc, după părerea noastră, socotite ca un simplu fapt de **„sumaţiune"** terapeutică, cu alte cuvinte ca expresia unor simple potenţe treponemicide adiţionate.

De şi modul cum fiecare din aceste medicamente lucrează asupra cauzei boalei nu este încă bine cunoscut, sunt anumite motive care par a justifica părerea că acţiunea lor nu este absolut identică. Judecând problema clinicește, şi anume după efectele terapeutice obţinute, în mod izolat, cu fiecare din ele, lucrurile se petrec ca şi cum preparatele arsenicale şi-ar manifesta maximul lor de activitate în fazele floride ale boalei, atunci când abundă germenii sub forma lor spirilară, clasică, pe când mercurul sau bismutul, pe lângă proprietatea spirilicidă amintită, pe care însă o posedă într'un grad mult mai mic decât neosalvarsanul, ar avea o acţiune mai specială asupra formelor de rezistenţă ale parazitului (formele granulate, argentofile, descrise de Levaditi, Lépine şi alţii), acelea care par să asigure perenitatea infecţiunii în fazele de latenţă ale boalei.

In felul acesta, preparatele arsenicale şi-ar găsi principala lor indicaţiune în tratamentul de atac şi în fazele mai tinere ale infecţiunii, mercurul şi bismutul fiind mai proprii pentru tratamentul de „uzură" al boalei. Acţiunea acestor medicamente sprijinindu-se şi complectându-se însă reciproc, avem tot avantajul să facem apel, oridecâteori împrejurările o permit, la întrebuinţarea lor combinată, fiecare concurând în felul său la atingerea telului urmărit, care este stingerea infecţiunii.

Oricum ar fi lucrurile, faptul cert, confirmat prin experienţa de

CC-BY-NC-ND Colecţia Universității Babeș-Bolyai Cluj

toate zilele, este că în terapeutica sifilisului congenital, ca şi în aceea a sifilisului căpătat, tratamentul mixt reprezintă formula cea mai puternică pentru combaterea infecţiunii.

Dintre toate medicamentele antisifilitice, neosalvarsanul ocupând primul loc în ce priveşte acţiunea sa treponemicidă, el este acela care trebue să constitue, în mod obligator, agentul de **bază** al oricărui tratament mixt, alături de care vom asocia, cu titlul de „secund", fie mercurul, fie bismutul, ambele putând fi, practicamente, considerate, cel puţin în sifilisul noului născut, ca egal de eficace.

In ce priveşte mercurul, forma medicamentoasă către care merge de obiceiu preferinţa noastră, atunci când ne decidem a institui un tratament mixt arsenomercurial, este aceea a **fricţiunilor mercuriale** şi, numai în anumite cazuri, atunci când urmărim o terapie particularmente activă, acea a injecţiilor de calomel.

In ce priveşte bismutul, dacă preferăm a asocia acest medicament neosalvarsanului, vom putea utiliza oricare din preparatele existând în comerţ, indiferent de concentrarea lor, cu condiţia însă de a proceda la stricta lor dozare în raport cu greutatea corporală a cazului de tratat, conform normelor stabilite în capitolul unde ne-am ocupat de posologia acestui medicament.

O asociaţie medicamentoasă care trebue cu orice preţ evitată, în compunerea unui tratament mixt, ca nelogică şi riscând a provoca mai uşor iritaţiuni renale, este aceea a întrebuinţării concomitente a mercurului şi a bismutului.

Principii de tactică terapeutică în ce priveşte conducerea şi durata tratamentului în sifilisul congenital.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Sifilisul moştenit care nu a fost tratat în cursul vieţii intrauterine este, la naşterea copilului, o infecţie deja de mult generalizată. Din punct de vedere cronologic, noul născut se găseşte deci, cu privire la boala sa, într'un stadiu corespunzător perioadei secundare deja avansate a sifilisului câştigat.

Primul tratament de administrat aci va trebui să fie, prin urmare, condus după aceleaşi norme ca acela al sifilisului adultului, în această fază a boalei. Una prin precauţiunile principale de observat în asemenea condiţiuni este, după cum se ştie, aceea de a nu se începe niciodată tratamentul direct cu neosalvarsan, ci administrarea acestui medicament să fie precedată de 4—6 fricţiuni mercuriale, sau de un număr egal de injecţii bismutice. Numai după ce terenul a fost preparat, prin administrarea prealabilă a unor medicamente cu acţiune spirilicidă mai moderată, se va putea trece la neosalvarsan, începându-se însă cu doze mici de încercare (conform normelor stabilite la capitolul privind modul de administrare a acestui medicament), înainte de a se ajunge la doza maximă unitară stabilită.

Regula enunţată prezintă aci un caracter mai strict decât oriunde, septicemia sifilitică atingând în sifilisul congenital proporţiuni necunoscute în sifilisul căpătat, ea luând chiar dela început caracterul unei adevărate împregnări spirochetice a organismului. Aşa fiind lucrurile, administrarea directă a neosalvarsanului riscă, printr'o distrugere prea masivă de germeni şi punerea în libertate a unei cantităţi corespunzătoare de toxine,

să dea naştere unor perturbări violente în organism (de tip react. Herxheimer), putând merge până la moartea copilului. Această eventualitate este şi mai de temut la copiii hipotrofici, cu profunde atingeri viscerale şi mai ales hepatice. In astfel de împrejurări, chiar tratamentul premergător neosalvarsanului va trebui să fie condus cu prudenţă. S'a putut zice, cu drept cuvânt, că în sifilisul noului născut, cu cât situaţiunea este mai gravă, cu atâta tratamentul trebue să fie mai slab la început.

Am avut ocazia să văd astfel de copii sucombând în urma unei terapeutici prea pricipitate, care ar fi putut fi, de sigur, salvaţi printr'un tratament judicios condus.

Dacă procedând conform precauţiunilor arătate, doza maximală unitară de neosalvarsan a putut fi atinsă fără niciun incident, această doză va putea fi repetată ulterior la intervale de 6—7 zile, până la însumarea cantităţii totale de medicament administrabilă, într'o cură, care după cum am mai spus nu trebue să depăşească doza de 10—12 ctgr. pe kilogram de greutate.

In cazul când, pentru un motiv sau altul, tratamentul cu neosalvarsan (resp. cu Solusalvarsan sau Sulfarsenol) n'ar putea fi aplicat, se va încerca a-l înlocui prin preparatele arsenicale pentavalente: Stovarsolul sau Spirocidul, administrate pe cale bucală.

Tratamentului neosalvarsanic descris (sau resp. Stovarsolic.) i se vor asocia, în scopul realizării unui tratament mixt: 12—15 frictiuni mercuriale, sau dacă preferăm 12 injecţii bismutice.

In felul acesta am încheiat primul tratament, zis şi tratamentul de atac al sifilisului noului născut. Ce ne rămâne să facem mai departe? Cu alte cuvinte, cât timp trebue continuat aci tratamentul infecţiunii?

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Nu e prea departe timpul când Hutchinson recomanda tratarea sifilisului moştenit până la dispariţia leziunilor, recidivele fiind, în această formă a infecţiunii, zicea dânsul, din cele mai rare.

De şi asemenea idei nu mai au, din fericire, niciun curs astăzi, totuşi acordul este încă departe de a fi fost stabilit, între sifiligrafi, relativ la durata acestui tratament.

Unii autori, ca E. Müller şi E. Hofmann, preconizează — în sifilisul noului născut — un tratament scurt, dar puternic, limitat, cu mici variante, la 3 curi masive, ce depăşesc, trebue să o recunoaştem, în mod notabil, ca intensitate, tratamentul de atac schiţat de noi mai sus.

Astfel, după Müller, prima cură constă în 12 injecţiuni de neosalvarsan (a 3—4 ctgr. pe kilocorp) şi 12 injecţii de calomel (a 1 miligr. pe kilocorp). Aceste injecţii sunt alternate în cupluri de câte 3 din fiecare (adică 3 injecţii de neosalvarsan, fiind urmate de alte 3 de calomel), în ritmul de 2 pe săptămână, cura durând astfel 12 săptămâni.

Dacă la sfârşitul acestei prime curi, reacţiunile serologice au devenit negative, autorul mai recomandă, ca măsură de siguranţă, administrarea a încă două curi, la fel cu cea dintâi, fiecare din aceste curi fiind separate prin pauze de câte 3 luni. In cazul când reacţiunile serologice s'au menţinut negative în tot acest interval (ultimul examen fiind făcut după provocaţiune), autorul recomandă suspendarea tratamentului,

considerând aceste trei curi „maximale", cum le numeşte dânsul, ca suficiente pentru stingerea infecţiunii. Numai în cazul când reacţiunile serologice nu s'au negativat după primul tratament, eventualitate rară după datele sale, autorul mai prescrie, ca măsură de prudenţă, încă o a 4-a cură în plus.

Erich Hoffmann consideră şi dânsul sistemul de trei curi ca suficient pentru vindecarea sifilisului noului născut. Tratamentele preconizate de acest autor sunt însă ceva mai blânde decât acelea ale lui Müller, în sensul că dânsul nu depăşeşte ca doză unitară 1½ ctgr. de neosalvarsan pe kilocorp, iar în locul calomelului întrebuinţează injecţiuni de bismut. Altă deosebire mai constă în aceea că medicamentele ce intră în compoziţia tratamentului său mixt sunt injectate ambele în aceeaşi zi, de câte două ori pe săptămână, cura sa fiind astfel terminată în şase săptămâni. După o pauză de 5—6 săptămâni, Hoffmann administrează o a doua cură, la fel cu cea dintâiu, şi — în fine — după 6—8 săptămâni o a treia şi ultima cură, aşa încât întregul său sistem de 3 curi durează în total 7—8 luni, în loc de 18 ca în acela al lui Müller.

Alţi autori, ca Nobl, Finkelştein, Fischl, Pfaundler, Buschke, etc., consideră sistemele de tratament preconizate de Müller şi de Hoffmann, ca prea schematice şi adesea insuficiente pentru a asigura vindecarea boalei. Pentru a pune copilul la adăpost de recidive, dânşii preconizează tratamente de mai lungă durată. Buschke, între alţii, recomandă un tratament de doi ani, şi chiar mai prelungit în unele cazuri.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Sifiligrafii francezi, printre care cităm pe Gougerot, Sezary, Milian, Hutinel, Lacapère şi alţii, sunt partizanii unui tratament şi mai îndelungat, prelungit după dânşii până la 3—4 ani şi uneori chiar şi mai mult. Este adevărat că tratamentele preconizate de dânşii nu se pot compara ca intensitate cu cele recomandate de Müller sau Hoffmann.

Chestiunea duratei tratamentului sifilisului congenital este, după cum se vede, judecată în mod diferit, după autori. Ne găsim aci, trebue să o recunoaştem, în faţa unei probleme care pentru moment nu poate fi rezolvată cu o preciziune matematică. Incertitudinea care planează în această materie se datoreşte aci, ca şi în sifilisul căpătat, absenţei unui criteriu care să ne permită a afirma, la un moment dat, sterilizarea completă a organismului.

Negativarea reacţiunilor serologice după primele tratamente, cât şi starea de sănătate clinică, chiar prelungită a bolnavului, sunt departe de a constitui un indiciu sigur de vindecare a boalei. Pozitivitatea reacţiunilor serologice fiind expresia unei anumite activităţi treponemice, există un prag dedesubtul căruia existenţa reaginelor specifice rămâne indecelabilă prin reacţiunile serologice ce posedăm astăzi. Aşa fiind lucrurile, negativitatea acestor reacţiuni nu poate fi niciodată interpretată ca un indiciu de vindecare a boalei, întrucât nu putem şti dacă în intimitatea organismului nu mai persistă vreun focar treponemic latent, găsindu-se prin urmare dincolo de posibilităţile serologiei şi care nu aşteaptă decât o ocazie favorabilă pentru a intra din nou în activitate. Reacţiunile sero-

logice negative nu capătă o semnificare mai precisă decât atunci când ele se menţin ca atari timp îndelungat. De aci necesitatea unei lungi urmăriri serologice a bolnavului, înainte de a se putea conchide.

Se cunosc azi numeroase cazuri, publicate din diverse părţi, de copii trataţi prin sistemele prescurtate, menţionate, prezentând apoi, la epoci mai mult sau mai puţin îndepărtate, recidive ale boalei. Acest lucru nu s'ar fi întâmplat, de sigur, cu un tratament perseverat un timp îndelungat. De aci necesitatea unei lungi urmăriri serologice a bolnavului, înainte de a se putea conchide.

Se cunosc azi numeroase cazuri, publicate din diverse părţi, de copii trataţi prin sistemele prescurtate, menţionate, prezentând apoi, la epoci mai mult sau mai puţin îndepărtate, recidive ale boalei. Acest lucru nu s'ar fi întâmplat, de sigur, cu un tratament perseverat un timp mai îndelungat.

Ţinând seama de aceste fapte, credem că este mai prudent să rămânem în practică partizani ai tratamentelor prelungite în sifilisul moştenit, riscând poate să facem mai mult decât ar fi fost necesar în unele cazuri, de teama de a nu face prea puţin în altele. Procedeu empiric, de sigur, dar, în starea actuală a cunoştinţelor noastre, numai aşa putem avea şansa să asigurăm bolnavului nostru un maximum de securitate practică. Ne grăbim însă să adaugăm că dacă în principiu rămânem partizani ai tratamentelor prelungite, nu putem admite nici aci o formulă terapeutică schematizată, aplicabilă în mod invariabil, la toată lumea, întrucât condiţiunile în care bolnavii se prezintă în faţa tratamentului pot fi foarte diferite dela un caz la altul. In cele de urmează ne propunem să schiţăm câteva directive generale, indispensabile individualizării tratamentului.

Din acest punct de vedere vom studia, pe rând, principalele grupuri de fapte ce putem întâlni în practică.

a) Un prim grup îl constituesc **copiii născuţi din părinţi sifilitici recenţi, a căror mamă a fost tratată regulat în cursul sarcinei.** Graţie tratamentului pe care l-au primit, indirect, în cursul vieţii intrauterine, prin intermediul mamei, aceşti copii se nasc în general la termen, de cele mai multe ori indemni de orice leziune specifică şi cu reacţii serologice negative. In momentul naşterii ei se găsesc în situaţiunea unor bolnavi deja trataţi, ceea ce explică starea de atenuare şi inaparenţă a boalei lor.

Cum ne vom comporta în astfel de cazuri? Oricât de înfloritoare ar fi aparenţa lor la naştere, în marea lor majoritate aceşti copii nu pot fi consideraţi ca deplin sterilizaţi. Experienţa ne arată într'adevăr că, lăsaţi în voia soartei, cei mai mulţi din ei prezintă, într'un viitor mai mult sau mai puţin apropiat, recrudescenţe ale infecţiunii. Cea mai elementară prudenţă impune deci continuarea tratamentului acestor copii şi după naştere. Intrebarea care se pune acum este cât timp? Ţinând seama de tratamentul lor prenatal, infecţiunea acestor copii poate fi asimilată cu aceea a unui sifilis căpătat, tratat în mod precoce, adică în faza seronegativă, sau cel mult în faza unei generalizări proaspete a infecţiunii, pentru care noi preconizăm, după cum se ştie, aproximativ 6 curi. Considerând însă caracterul specialmente masiv al infecţiunii

în sifilisul congenital, credem prudent a fi aci ceva mai exigent, praconizând un număr minimal de 8 curi. Dacă socotim tratamentul pe care copilul l-a primit deja, prin intermediul mamei, în cursul vieţii intrauterine, ca echivalent cu 3 curi, ne-ar mai rămânea de administrat, după naştere, încă 5 curi, separate la început prin pauze de 4 săptămâni, apoi de 5 şi de 6.

Primele 3 curi vor fi pe cât posibil mixte, arseno-mercuriale sau arseno-bismutice, după tipul arătat mai sus. Curile următoare ar putea fi, după apreciere, monomedicamentoase, constituite, după cazuri şi toleranţe, fie din mercur, fie din bismut.

După terminarea acestor curi, dacă reacţiunile serologice s'au menţinut dela început constant negative şi dacă examenul lichidului este normal, tratamentul va putea fi suspendat, cu condiţia ca copilul să fie urmărit mai departe, pe cale clinică şi serologică, timp de cel puţin 3 până la 4 ani.

b) **Copiii prezentând la naştere, sau în primele luni după naştere, manifestări sifilitice, sau numai reacţiuni serologice pozitive.** Aceşti copii născuţi de femei care n'au fost de loc tratate, sau — ceea ce revine la acelaşi lucru — insuficient tratate în cursul sarcinei, vin pe lume în plină fază de septicemie floridă a boalei lor. Pe plan terapeutic, situaţiunea în care se găsesc aceşti copii fiind asimilabilă perioadei secundare a sifilisului căpătat, tratamentul ce urmează a li se aplica va trebui să fie ceva mai lung decât acela al copiilor din categoria precedentă.

O deosebită prudenţă se recomandă aci în administrarea primului tratament, reacţiunile spirilare congestive fiind mai de temut decât orcând.

Numai după ce organismul a fost preparat în felul arătat mai sus, tratamentul va putea fi continuat, în mod ferm, sub forma sa mixtă: arseno-mercurială sau arseno-bismutică, administrându-se doza terapeutică obişnuită unui tratament de atac, raportat la greutatea corporală a copilului.

Ce ne rămâne de făcut mai departe? După o pauză de 5—6 săptămâni se va face o a doua cură, de intensitate egală cu cea dintâiu. Curile vor fi reluate, de aci înainte cu pauze ceva mai mari, (de 6—8 săptămâni), şi repetate apoi, în caz de toleranţă perfectă, pe cât posibil sub aceeaşi formă mixtă, ca până acum, încă de 4—5 ori, după cum reacţiunile serologice s'au negativat mai repede sau mai încet. In caz de serologii rezistente, tratamentul va fi prelungit sub aceeaşi formă mixtă, viguroasă, ţinându-se bineînţeles ca întotdeauna seama de toleranţa organismului, chiar dincolo de limitele indicate mai sus, până la obţinerea negativităţii.

Negativarea reacţiunilor serologice nu va fi însă niciodată interpretată ca o victorie definitiv câştigată, justificând suspendarea completă a tratamentului. Nu rareori se întâmplă, într'adevăr, să vedem reacţiuni negative repozitivându-se la prima încercare de întrerupere prematură a îngrijirilor, uneori după un scurt interval, alteori ceva mai târziu. Ori cum ar fi lucrurile, pentru o mai mare siguranţă şi pentru a ne pune la adăpost de surprinderi de viitor, socotim totdeauna prudent ca cele 7—8

BCU Cluj / Central University Library Cluj

curi, indicate mai sus, şi reprezentând tratamentul de bază, ca să zicem astfel, al boalei, să fie urmate, cu titlul de tratament de consolidare, de minimum 2 sau 3 curi, acestea din urmă putând fi monomedicamentoase, de preferinţă bismutice, sau mercuriale.

In rezumat, numărul minimal de curi ce preconizăm pentru copiii intrând în categoria de faţă este de 9—10, dintre care primele 6—7, pe cât posibil mixte, iar restul simple. Toate acestea bineînţeles cu condiţia unei bune toleranţe. Ţinem să observăm cu această ocazie că, alături de cazurile fericite când un asemenea tratament prelungit şi intens poate fi administrat fără inconvenient, putem întâlni altele în care, la un moment dat, organismul copilului începe a da semne de oboseală terapeutică, manifestată prin anemie, diminuarea apetitului, scădere în greutate, toate în contrast cu efectele binefăcătoare exercitate de tratament la început, sau prin fenomene de iritaţie a emunctoriilor. Indicaţia de căpetenie în asemenea împrejurări este suspendarea imediată a tratamentului, rămânând ca el să fie reluat, când lucrurile au reintrat în ordine, sub o formă mai atenuată, mai ales când reacţiunile serologice s'au negativat, renunţând de exemplu la formula tratamentului mixt, pentru a o adopta pe aceea a curilor monomedicamentoase: arsenicale, sau mercuriale, sau bismutice, făcând de preferinţă apel la medicamentul care ni se pare cel mai puţin nociv pentru cazul tratat.

Ajunşi la capătul curilor indicate, dacă reacţiunile serologice sunt normale, tratamentul va putea fi suspendat, rămânând ca copilul să fie supraveghiat mai departe, pe cale clinică şi serologică, un timp de cel puţin 5—6 ani.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

c) Copiii la care primele manifestări ale boalei nu şi-au făcut apariţia decât la câţiva ani după naştere, în cursul celei de a doua copilării, sau chiar şi mai târziu la pubertate (sifilis congenital tardiv). Copiii aparţinând acestei ultime categorii se nasc cu o infecţiune prelungit-inaparentă, boala lor putând rămâne mută până la pubertate, şi până chiar mai târziu, traducându-se la un moment dat prin leziuni de tipul terţiar, ca: gome, osteite, scleroze viscerale evolutive, leziuni glandulare ce stau la baza atâtor distrofii şi malformaţiuni, etc..

Boala nu mai prezintă prin urmare, aci, caracterul unei infecţiuni generale, ca în formele precoce ale sifilisului congenital, ci pe acela al unei boale în focare, circumscrisă la un organ, sau numai la o porţiune restrânsă a unui organ. In asemenea condiţiuni, aplicarea tratamentului nu mai prezintă aceleaşi riscuri de accidente congestive ca la copiii din categoria precedentă. Tratamentul va putea deci fi instituit sub o formă energică dela început, după tipul obişnuit al tratamentului mixt de atac. Fiind vorba aci de copii având deja venele mai desvoltate, neosalvarsanul va putea fi administrat pe cale intravenoasă. Tratamentul în chestiune va fi repetat, sub forma arătată, în serii succesive, separate prin pauze de 5—6 săptămânni, până la dispariţia leziunilor şi negativarea reacţiunilor serologice.

Problema ce rămâne de discutat este aceea a liniei de conducere pe care trebue s'o adoptăm mai departe. După unii autori, fiind vorba aci de leziuni circumscrise, vindecarea lor ar echivala cu însăşi stingerea infecţiunii, făcând de prisos continuarea tratamentului. Dacă acest lucru

poate corespunde uneori adevărului, nu avem, din nefericire, în starea actuală a cunoştinţelor noastre, posibilitatea de a-l afirma cu certitudine, într'un caz dat. Intr'adevăr, cum am putea noi şti dacă, afară de focarul pe care l-am redus la tăcere, nu mai există altul sau altele, ascunse, inactive pentru moment, dar susceptibile de a se redeştepta în viitor, aceasta cu atât mai mult cu cât stările de latenţă prelungită sunt în esenţa însăşi a acestei forme de sifilis congenital, zis tardiv.

In asemenea condiţiuni, cel mai elementar sentiment de prudenţă ne impune ca tratamentul să fie continuat, ca măsură de siguranţă, chiar în absenţa oricărui indiciu serologic, sub formă de curi intermitente, făcându-se şi aci, ca şi în tratamentul sifilisului congenital precoce, un număr de aproximativ 10 curi.

In ce priveşte formula tratamentului de aplicat, primele 2—3 curi vor fi de rigoare mixte, restul curilor, reprezentând tratamentul de siguranţă, putând fi şi monomedicamentoase. Când însă reacţiunile serologice sunt persistente, cum se întâmplă uneori, sau când avem aface cu leziuni distrofice, sau bănuim existenţa unor scleroze viscerale evolutive, tratamentul va fi continuat, sub o formă sau alta, după toleranţa organismului, până la normalizarea serologiei şi până ne vom fi convins că procesele menţionate au fost definitiv oprite în evoluţia lor. La copiii atinşi de leziuni osoase sau de scleroze viscerale, este indicat să recurgem şi la medicaţiunea iodurată, administrată în pauzele dintre seriile obişnuite de tratament. O perioadă de supraveghere clinică şi serologică îndelungată este şi aci indicată după încetarea tratamentului.

In cursul sifilisului congenital tardiv se pot observa diverse tipuri de distrofii şi malformaţiuni, ca: nanism, infantilism general, gigantism, infantilism testicular, sindromul adipozo-genital, stări de mixoedem frust, etc., care nu sunt altceva decât expresiunea indirectă a unor leziuni specifice ale uneia sau mai multor glande cu secreţie internă. In unele cazuri când tulburările sunt mai accentuate, reacţiunile serologice pot fi pozitive, dar adesea ele sunt complect negative, manifestările menţionate netrădându-şi prin nimic, în acest din urmă caz, natura lor reală.

Faptul practic de reţinut este că majoritatea acestor leziuni distrofice, de origine glandulară, chiar atunci când natura lor specifică este perfect demonstrată, se modifică încet şi de multe ori într'o măsură redusă, dacă tratamentului specific propriu-zis nu i se adaogă şi un tratament opoterapic adequat.

http://biblioteca universitara.ro

MECANISMUL SINCOPEI ADRENALINO-CLOROFORMICE PE BAZA UNOR NOI CERCETĂRI EXPERIMENTALE

de

Prof. D-r V. PAPILIAN şi **D-r C. V. ANTONESCU**

Autorii, după un studiu experimental al rolului glandelor endocrine în mecanismul sincopei adrenalino-cloroformice, ţinând seamă şi de experienţele lui *V. Papilian, I. G. Russu, V. V. Papilian,* asupra rolului nervilor periferici şi a experienţelor lui *C. V. Antonescu, Fl. Mazilu-Antonescu,* cu glucoza, ajung la concluzia că în producerea sau împiedecarea sincopei adrenalino-cloroformice intervine o serie de factori: a) un factor reflex de natură periferică; b) un desechilibru vago-simpatic legat de acţiunea hormonală; c) un factor local cardiac. — Explicaţia autorilor pune accent asupra fenomenului mecanismului nervos Numai după de acest mecanism nervos este deficitar, toxicul poate deveni eficace asupra muşchiului cardiac, producând starea de fibrilaţie caracteristică morţii în sincopa adrenalino-cloroformică

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dela descrierea sincopei adrenalino-cloroformice de către Lévy (1911), fenomenul a fost studiat de către mulţi autori (Bardier, Stillmunkeis, Raymond-Hamet, Malmejac, Chabrol, Tournade, Dautrebande, C. Heyman, J. J. Bouckaert, Sevenet, Mercklen, Vidacovitch, etc.).

Mecanismul sincopei a fost însă diferit conceput, pentru unii el fiind sub dependinţa factorului simpatic, pentru alţii sub dependinţa factorului vagal.

Toţi au fost de acord că moartea prin sincopă adrenalino-cloroformică ar fi datorită unei fibrilaţiuni ventriculare şi oprirea inimii în diastolă.

Unul din noi împreună cu D-r Fl. Mazilu-Antonescu*), au studiat diferiţii factori provocatori ai sincopei adrenalino-cloroformice.

In urma unor noi cercetări făcute în Institutul de Anatomie umană din Cluj, suntem în măsură a sistematiza într'o formă nouă factorii deslănţuitori ai sincopei. Ţinând seamă de totalul experienţelor pe cari le

*) C. V. Antonescu şi Fl. Mazilu-Antonescu: Factori necesari producerii sincopei adrenalino cloroformice. Mişcarea Med. Rom. No. 5-6, pag. 419, 1941.

avem la îndemână, vom aduce în sprijinul concluziunilor noastre, trei grupe de experienţe efectuate în Institutul de Anatomie umană şi Institutul de Farmacologie din Cluj-Sibiu, toate având ca punct de plecare împiedecarea sincopei adrenalino-cloroformice.

A) Intr'o primă grupă de experienţe am împiedecat producerea sincopei adrenalino-cloroformice prin extirparea unor nervi periferici (Prof. D-r V. Papilian — D-r I. G. Russu şi V. V. Papilian). Cele mai concludente rezultate ni le-a dat secţionarea nervilor genito-crural (în special al celui drept), a intercostalilor, accesorului brachial cutanat şi a ramurilor posterioare a nervilor cervicali 1—6.

B) Intr'o a doua serie de experienţe sincopa adrenalino-cloroformică a fost împiedecată prin acţiunea hormonilor (Prof. D-r V. Papilian şi D-r C. V. Antonescu). Intr'un scurt tablou vom arăta acţiunea extractelor glandelor asupra sincopei adrenalino-cloroformice, după cum urmează:

1. **Corpul galben** (utilizând corp luteu Richter) împiedecă sincopa adrenalino-cloroformică.

2. **Extractul total de ovar** (utilizând preparatul Fournier) împiedecă sincopa dar numai într'o anumită cantitate, ca expl. 2 cc/5 kgr greutate animală, căci 1,6 cc/6 kgr greutate animală n'a împiedecat sincopa.

3. **Extractul placentar** (utilizând Placenta Richter) împiedecă sincopa.

4. **Extractul mamar** (utilizând Mamma Richter) împiedecă sincopa în anumită cantitate, ca de expl. 3 cc/8 kgr greutate animală încă împiedecă, pe când 2 cc/15 kgr greutate animală nu împiedecă sincopa.

5. **Extractul paratiroidian** (utilizând Paratireoidea Richter) împiedecă sincopa.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

6. **Extractul epifizar** (utilizând preparatul Richter) împiedecă net sincopa.

7. **Extractul total de ficat** (utilizând Hepracton Merck sau Pernaemon Organon) împiedecă sincopa.

C) Dintr'o a treia serie de experienţe menţionăm împiedecarea sincopei adrenalino-cloroformice prin injecţia de glucoză sol. 10% (D-r C. V. Antonescu şi D-r Fl. Mazilu-Antonescu). Împiedecarea sincopei adrenalino-cloroformice prin injecţia prealabilă de glucoză a fost absolut constantă.

* * *

Din toate datele de mai sus suntem îndrituiţi a concepe mecanismul sincopei adrenalino-cloroformice într'un mod diferit decât al autorilor mai sus citaţi şi în mod diferit de cum l-am conceput chiar noi până acum.

C. Heymans şi J. J. Bouckaert**) în interpretarea lor atribue mecanismul sincopei adrenalino-cloroformice unei fibrilaţiuni cardiace, zicând: „In ceea ce priveşte interpretarea acestui fenomen se poate emite ipoteza după care rezistenţa inimei la sincopa adrenalino-cloroformică la câinii cu nervii vago-depresori şi carotidieni secţionaţi, se sprijină pe predominenţa simpaticului cardiac şi pe ipersecreţiunea de

**) C. Heymans şi J. J. Bouckaert: Syncope adrénalino-chloroformique et sinus carotidien.—C. R. Soc. Biol. T. CV, pag. 878, 1930.

adrenalină care se produce după secţiunea acestor nervi, (C. Heymans 1929). B. Douglas (1924) a arătat că o injecţie prealabilă de adrenalină împiedecă producerea sincopei adrenalino-cloroformice. Predominenţa simpaticului, provocată, pe cale nervoasă şi pe cale umorală, se opune dilataţiunei acute cardiace în timpul ipertensiunei adrenalinice şi împiedecă, prin urmare, producerea fibrilaţiei".

Impotriva acestei ipoteze noi aducem următoarele argumente:

a) Un câine care a făcut o sincopă cloroformică obişnuită şi care a fost readus la viaţă, nu mai face sincopa adrenalino-cloroformică (D-r I. G. Russu şi V. V. Papilian***).

b) Extirparea unor nervi periferici (genito-crural, accesor al brachialului cutanat, ramuri posterioare a nervilor cervicali) împiedecă sincopa adrenalino-cloroformică, (Prof. D-r V. Papilian, D-r I. G. Russu şi V. V. Papilian).

Din ambele grupe de experienţe reiese un fapt precis şi anume că intoxicarea adrenalino-cloroformică nu poate produce sincopa. In ambele grupe de experienţe s'a injectat adrenalină la animalele cloroformizate şi totuşi ele n'au făcut sincopa.

Nici explicaţia noastră anterioară a unui desechilibru vago-simpatic nu e suficientă.

Intr'adevăr, hormonii mai sus menţionaţi sunt vagotoni. Prin această vagotonie se împiedecă un brusc desechilibru şi în felul acesta se împiedecă producerea sincopei. Aceşti hormoni acţionează ca şi pilocarpina, care prin efectele sale vagotonizante (Bardier şi Stillmunkes, — V. Papilian, T. Spătaru şi V. Preda) a împiedecat sincopa.

Extirparea pancreasului aduce o excepţie la datele de mai sus. Intr'adevăr extirparea pancreasului împiedecă sincopa, întrucât cei mai importanţi hormoni pancreatici (insulina şi vagotonina) sunt vagotoni, ori absenţa lor ar trebui să favorizeze, nu să împiedece sincopa. Pentru explicarea acestui paradox, apelăm la ultimul grup de experienţe şi anume, acţiunea glucozei (iperglicemie în urma extirpării pancreasului) asupra sincopei adrenalino-cloroformice (C. V. Antonescu şi Fl. Mazilu-Antonescu) şi la experienţele lui E. Claes****), cari au arătat acţiunea tonifiantă a glucozei asupra inimii.

* * *

Din studiul de mai sus, suntem îndrituiţi a admite în producerea sau împiedecarea sincopei adrenalino-cloroformice intervenţia a o serie de factori:

a) un factor reflex de natură periferică,

b) un desechilibru vago-simpatic legat de acţiunea hormonală,

c) un factor local cardiac.

Explicaţia noastră pune accent asupra fenomenului mecanismului nervos. Numai după ce acest mecanism nervos produce un deficit, toxicul poate deveni eficace asupra muşchiului cardiac, producând stare de fibrilaţie caracteristică morţii în sincopa adrenalino-cloroformică.

***) Echilibrul simpatico-parasimpatic şi sincopa adrenalino-cloroformică. Ardealul Medical Nr. 3, 1945, sub presă.

****) E. Claes: Influence du glucoze sur les effets de l'adrenaline sur le coeur isolé du Lapin.—C. R. Soc. Biol., T. LXXXVII, pag. 783, 1922.

Prof. D-r V. PAPILIAN et D-r C. V. ANTONESCU: *Le mécanisme de la syncope adrénalino-chloroformique basé sur de nouveaux récherches expérimentales.*

Après une étude expérimentale sur le rôle des glandes endocrines dans le mécanisme de la syncope adrénalino-chloroformique, les auteurs, tenant compte des expériences de *V. Papilian, I. G. Russu, V. V. Papilian* sur le rôle des nerfs périphériques, ainsi que des expériences de *C. V. Antonescu* et *Fl. Mazilu-Antonescu* faites avec de la glucose, arrivent à la conclusion que c'est une série de facteurs qui interviennent dans la production ou l'empêchement de la syncope adrénalino-chloroformique: *a*) un facteur réflèxe de nature periphérique; *b*) un deséchilibre vago-sympathique lié à l'action hormonale; *c*) un facteur local cardiaque L'explication des auteurs met en évidence le phénomène du mécanisme nerveux. C'est seulment après que ce mécanisme nerveux est déficitaire, que le toxique produit son effet sur le myocarde, en produisant l'état de fibrilation caractéristique à la mort dans la syncope adrénalino-chloroformique.

Prof. D-r V. PAPILIAN e D-r C. V. ANTONESCU: *Il mecanismo della sincope adrenalino-cloroformica basato su nuovo ricerche esperimentali.*

Gli autori, dopo uno studio esperimentale del ruolo delle glandule endocrinee nel mecanismo della sincope adrenalino-cloroformica, tenendo conto anche delle esperienze di *V. Papilian, I. G. Russu, V. V. Papilian* sul ruolo dei nervi periferici e delle esperienze di *C. V. Antonescu, Fl. Mazilu-Antonescu* con glucosio arrivono alla conclusione che, nell produrre o nell'impedire la sincope adrenalino-cloroformica, interviene una serie di fattori: *a*) un fattore riflesso di natura periferice; *b*) un disequilibrio vago-simpatico legato all'azione hormonale; *c*) un fattore locale cardiaco. L'esplicazione degli autori mette l'accento sul fenomeno del mecanismo nervoso. Soltanto do po che questo mecanismo nervoso è deficitario, può il tossico produrre il suo effetto sul muscolo cardiaco, producendo il stato di fibrilazione caratteristico alla morte nella sincope adrenalino-cloroformica.

Serv. de chirurgie al Spit. din Tg.-Jiu

BCU Cluj / Central University Library Cluj

TRATAMENTUL HEMOTORAXULUI SUPURAT CONSECUTIV PLĂGILOR DE RĂZBOIU.

de

D-r G. BAJEU

Chirurg primar

Pentru observatorul neatent titlul lucrărei de faţă ar părea la prima vedere cel puţin complet epuizat dacă nu banal, sau deloc interesant şi, în orice caz, indiferent. In realitate lucrurile stau altfel şi momentul actual — adică războiul — a readus problema pe primul plan al interesului medical şi chirurgical. Am accentuat într'adins şi trebue subliniat un fapt realizat cu bine în alte ţări — vreau să amintesc de colaborarea strânsă ce trebue să existe între chirurgi şi medici internişti în privinţa afecţiunilor pulmonare din timp de pace şi cu atât mai mult în timp de războiu, colaborare ce s'a dovedit a fi fructuoasă şi necesară din toate punctele de vedere.

Ar fi un prim deziderat şi drept corolar unele „state majore" au realizat spitale centre de specialitate pentru răniţii pulmonari. La noi în ţară a rămas doar o „pioasă dorinţă" şi incontestabil s'ar impune ca viitoarea organizare sanitară să ţie seama imperios de atâtea principii dovedite utile.

Ceva mai mult. Răniţii pulmonari au fost evacuaţi uneori într'un timp

prea scurt din spitalele de campanie sau apropiate de zona frontului. Fiindcă prima cerinţă, prima datorie faţă de un' rănit pulmonar este repausul complet, iar din spitalele de campanie să nu fie evacuaţi înainte de trei săptămâni. Un transport cât de mic, spre exemplu pentru o radioscopie poate să dea o hemoragie secundară ameninţătoare. A proceda altfel, fie din ignoranţă, fie din nevoia de evacuare, fie din ordin de sus, înseamnă oricând o greşală ce se poate rapid transforma într'un pericol grav şi în jertfe inutile, — deşi chirurgia de războiu este egală uneori cu chirurgia de necesitate sau de constrângere şi legată în mare măsură de fluctuaţiile războiului.

Se cere atât de multă atenţie acestor răniţi şi pentru motivul că mortalitatea în războiu este extrem de ridicată. După unii autori ar fi de 30% în plăgile prin gloanţe şi 50% în plăgile prin schije. Numai mortalitatea imediată. Fiindcă rezultatele îndepărtate sunt grevate (din fericire) cu un procent mai mic de mortalitate, dar totuşi existent.

Intre cauzele principale de mortalitate notăm: a) **Şocul traumatic,** destul de grav din această regiune, b) **Turburările dinamicei respiratoare,** cu toate consecinţele ei funeste cele mai adese ori şi c) **Hemoragia,** ce poate surveni din cauza lezării unei intercostale, mamarei interne, sau leziunilor pulmonare, cu consecinţa frecventă **hemotoraxul.**

Tratamentul lor este pe larg descris în tratatele mari sau mici de chirurgie de războiu. Marele păcat evidenţiat în acest războiu a fost la noi în ţară lipsa de pregătire în unele domenii ale chirurgiei de războiu. Diferenţierile între ceea ce se realizează în timp de pace faţă de ceea ce trebue făcut în timp de războiu au fost prea puţin studiate. De câte ori n'am fost nevoiţi a desface suturile primitive în plăgile de războiu, de câte ori în atâtea domenii sau regiuni n'a fost aplicată decât chirurgia din timp de pace.

Personal am observat — între altele — câteva cazuri de hemotorax supurat tratate la fel ca pleureziile purulente, adică rezecţie largă de 2—3 coaste cu drenaj dublu de cauciuc şi complect deschis. Din fericire din cinci cazuri primite la un spital de zonă interioară (staţie terminus, deci plină de constatări evolutive) n'am avut decât un singur caz mortal. Ceilalţi s'au vindecat, modificând terapeutica în sensul în care se va accentua mai departe.

* * *

Socotim util să rezumăm formele anatomo-patologice, semnele principale, evoluţia şi în cele din urmă întreg tratamentul hemotoraxului supurat după plăgile de războiu penetrante.

In regulă generală plăgile penetrante toracice se împart în:

a) Plăgi penetrante simple cu deschiderea pleurei şi

b) Plăgi penetrante cu lezarea pulmonului.

Este împărţirea anatomică. Etiologic se împart în:

a) Plăgi prin arme albe şi

b) Plăgi prin proectile (gloanţe, schije, etc.);

iar clinic se împart în:

a) Plăgi cu torace închis şi

b) Plăgi cu torace deschis.

Este o distincţie esenţială impusă de război plăgilor penetrante toracice şi cu reală importanţă practică. Se înţelege prin plăgi penetrante cu torace închis un eufemism chirurgical, fiindcă e vorba de plăgi ce nu fac în peretele toracic decât un orificiu minim: orificiu creiat de un glonte, o schijă mică sau baionetă. Prin plăgile penetrante cu torace deschis, se înţeleg plăgile mari, cu fracturi eschiloase, ce fac să comunnice larg cavitatea toracică cu exteriorul.

Diviziunea este excelentă din punct de vedere practic. In primele nu se intervine chirurgical, decât uneori şi discutabil, pe câtă vreme în grupa doua indicaţia operatorie e formală şi imediată. Una sau alta din grupele de mai sus se pot complica cu un hemotorax parţial sau total. Este ceea ce ne interesează mai mult.

Semnele sunt obişnuite şi se suprapun oricărei colecţii pleurale. Examenul radiologic şi mai ales puncţia tranşează diagnosticul. Adeseori este asociat cu febră mare de 38°5—39°, dar fără oscilaţii. Imediat ce apar oscilaţiile termice să ne gândim la posibilitatea unei supuraţii a hemotoracelui, supuraţie ce se poate ivi din cauza microorganismelor introduse de agentul vulnerant, fie prin lezarea unei bronşii mai mari, fie prin puncţie. Aspectul rănitului e tipic: obosit, palid, cu sudori abundente, frisoane, oscilaţii în curba termică. Examenul macroscopic al lichidului extras prin puncţie dă indicaţii utile: este de culoarea şocolatei sau opalescent, iar examenul bacteriologic fixează diagnosticul cu certitudine şi impune tratamentul imediat, care nu poate fi decât chirurgical.

* * *

Tratamentul hemotoraxului supurat se suprapune tratamentului oricărui empiem toracic. Sauerbruch a arătat că el trebue să fie încă dela început numai conservativ. Intervenţiile mari sunt legate de riscurile pneumotoracelui şi reflexului cardio-pulmonar, iar utilizarea aparatelor diverse de suprapresiune pulmonară ameliorează pronosticul într'o proporţie mare. Excepţie fac numai cazurile grave. Primul tratament de încercat este puncţia evacuatoare. Indicată în cazurile dela început, eventual cu lavagii pleurale şi repetată. Lavajul pleural cunoscut din antichitate, utilizat de Hipocrate, care spăla dimineaţa şi seara pleura cu vin sau ulei cald spre a evita ca pulmonul să nu se găsească la un moment dat uscat. Astăzi principiul a rămaş, dar raţiunea e cu totul alta. S'au dovedit a fi bune spălăturile pleurale cu ser fiziologic (uneori dau şoc) şi mai bine serul glucozat, apoi antisepticele diverse în diluţii ştiute şi în cele din urmă în timpul războiului lavagiile sulfamidate.

Tehnica e simplă şi putem întrebuinţa fie un ac mai gros, fie un trocart, fie dublu trocart cu dublă puncţie, fie aparate speciale cum ar fi aparatele lui Weiller, Cadenat, Mayer, etc. Acţiunea lavagiilor e manifestă asupra stării generale, care se ameliorează rapid, temperatura scade, exsudatul diminuă până la dispariţie. In puncţii e necesar a evacua încet şi nu în întregime. Este evident că pentru puncţie ca şi pentru orice metodă de tratament chirurgical e bine să urmăm sfatul general: nici prea de vreme, nici prea târziu. Rezultatele sunt în general bune.

Procentul de mortalitate e mai scăzut ca la pleureziile franş purulente. Avantagiile imediate ale metodei sunt: constatarea naturei puroiului, condiţiile presiunei toracice, natura microbilor şi în general ajunge una sau e nevoe să repetăm. Nu e indicată la cazurile grave sau rău mirositoare. Şi în general dacă punctiile se dovedesc insuficiente, atunci recurgem la al doilea mod de tratament, care este **drenajul de absorbire închis**, cu procedee numeroase, dar toate reprezentând variaţii pe aceeaşi temă legate de două nume: Potain şi Bülau. **Sifonajul**, adică drenajul zis de unii à la Bülau se instalează astfel: punctie pleurală declivă cu un trocart de 6—7 mm. grosime, eventual după o incizie mică într'un spaţiu intercostal. După tragerea părţei mascule introducem repede o sondă Nelaton prin cateterul rămas, apoi un tub de sticlă pentru control — prelungit cu un tub de cauciuc ce stă într'o sticlă cu o soluţie antiseptică. In loc de sonda Nelaton se poate utiliza o sondă Pezzer al cărei cap e tăiat parţial şi fixată cu un fir la peretele toracic. Este sifonajul obişnuit, asemănător procedeului tubului de cauciuc utilizat de pivniceri la scoaterea vinului. Să avem grije să nu se înfunde sonda. Vom face spălături sterile pe sondă, iar un empiem masiv să nu fie evacuat decât în etape. Să nu ridicăm niciodată sticla deasupra nivelului patului (pericol de reflux!) având grije să astupăm aparatul cu o pensă. In general drenajul simplu à la Bülau (sifonajul) ajunge şi e suficient pentru orice hemotorax supurat mai ales la început. Neutilizarea lui în războiu a fost socotită drept o greşală a chirurgiei de războiu, greşală grevată cu procent mai mare de mortalitate, cu alte metode din timp de pace, legate de tradiţie şi rutină. La instalarea lui se pot face greşeli. Principala grije este să nu intre prea mult aer în pleură, trebue să lucrăm repede fiindcă altfel acţiunea sifonajului este iluzorie. Este de sfătuit ca atunci când orificiul se lărgeşte să întrerupem drenajul, scoţând sonda pentru 12—24 ore.

Inconvenientele sunt: turtirea tubului de drenaj prin imbricarea coastelor, iar ca pericol principal, din fericire rar, notăm flegmonul peretelui toracic, ceea ce ne constrânge la înlăturarea sifonajului. Alt inconvenient este îngroşarea puroiului şi în cele din urmă pachipleurita. Toate aceste inconveniente devin indicaţii pentru toracotomie, care este una din metodele bune.

1⁰. Toracotomia fără rezecţie costală creează un drenaj insuficient, în afară de eventuala erodare a intercostalei sau de nevralgia intercostală. In afară de toracotomia simplă, Läwen a propus toracotomia cu drenaj percostal prin trepanarea coastei şi apoi un drenaj absorbant à la Bülau sau Perthes. Socotită şi recomandată călduros de unii ca o metodă bună şi utilă, de alţii e considerată ca ceva iraţional din cauza orificiului prea mic. Personal am remediat acest inconvenient utilizând o freză de dimensiuni mai mari şi lărgind orificiul de trepanare.

2⁰. Toracotomia cu rezecţia costală se face pentru două motive:

a) pentru drenajul larg,

b). pentru drenajul închis.

Toracotomia cu rezecţie de coaste pentru drenajul larg este în special recomandată de autorii francezi mai vechi. Tradiţia şi rutina a făcut să

fie utilizată de majoritatea chirurgilor dela spitalele de campanie, uneori şi la spitalele de Z. I. fără prea mare folos, ba chiar nociv, în timp de războiu. O greşală constatată mereu de oricare este faptul că în general rezecţia se face prea sus. Trebue făcută pe coasta 9-a, pe linia axilară posterioară, după care introducem degetul în jos spre a constata dacă mai e nevoe să mai rezecăm încă o coastă, ceea ce se va face în aceeaşi şedinţă. Nather şi Ochsner sfătuesc să mergem cu rezecţia până la coasta 12, — dar o rezecţie prea joasă înseamnă posibilitatea lezărei peritoneului. Un alt inconvenient al rezecţiei în general este osteomielita coastelor tradusă prin sequestre tardive. Schwarz a propus ca bonturile coastelor să fie acoperite cu muşculatură.

Indicaţiile toracotomiei cu rezecţie largă pentru drenaj deschis sunt cazurile grave, sau cu puroiu îngroşat, ori pachipleurita cu empiemul rămas (Restempiem). Combinaţia rezecţie minimă cu drenaj închis absorbant — fie à la Bülau, fie mai bine à la Perthes şi Hartet — s'a dovedit a da cele mai bune rezultate şi în hemotoraxul supurat şi în pleureziile franş purulente. După unii autori este superioară rezecţiei pentru drenaj larg deschis, atât în timp de pace cât şi în timp de războiu.

Procentul de mortalitate e scăzut cu mult, complicaţiile grave datorite turburării dinamicei respiratorii sunt egale cu zero dacă suntem atenţi la instalarea aparatului şi cine a încercat-o devine un fervent al ei. Are toate avantagiile unei toracotomii deschise, plus avantagiile drenajului închis.

Iată procedeul şi aparatul: după ce am făcut rezecţia costală incizăm pleura şi introducem rapid un tub de cauciuc 1—2 cm. în cavitatea pleurală. Inchidem cu o pensă tubul şi pielea cu fire separate cât mai mult în jurul lui — apoi la pat instalăm aparatul. Spre a evita o evacuare rapidă care ar fi primejdioasă, dând chiar colapsul mortal, ei instalează pentru 24 ore un drenaj à la Bülau, care e mai simplu şi nu absoarbe rapid.

Aparatul Perthes—Hartet are scopul evacuării prin sugere, prin absorbire a puroiului şi prin creearea unei presiuni mai mici să permită pulmonului revenirea la normal. Aparatul original Perthes se compunea dintr'un sistem de sugere printr'o pompă aspiratoare cu un manometru intercalat. Hartet a modificat aparatul (păstrând principiul de sugere) simplificându-l şi făcându-l mai uşor de manevrat. Sugerea, absorbţia este datorită căderii de apă între 2 sticle cu apă ce stau la nivel diferit. Vidul făcut în receptor de acest sistem permite absorbirea, sugerea puroiului din pleură. Să avem grije să nu intre prea mult aer în pleură, fiindcă în acest fel vidul din sticlă s'ar produce prea repede şi implicit absorbirea ar fi prea masivă: Diferenţa de nivel trebue să nu înceapă în ambele sticle cu mai mult de 20 cm. şi să nu treacă de 60 cm. Presiunea diferenţială e de 30—130 mm Hg. Să avem grija să schimbăm sticla de sus şi în acest timp să întrerupem drenajul cu o pensă. Nu trebue să-l înlăturăm prea de vreme fiindcă datorită acestui fapt se naşte uneori un restempiem.

Inconvenientele sunt la fel ca la drenajul à la Bülau. Pentru

cazul când puroiul se îngroaşe se impune să recurgem la obişnuitele lavagii pleurale. Amintim că sifonajul cu aparat special a fost utilizat prin 1930 de Moschowitz în armata americană, iar în 1935 Monaldi l-a utilizat chiar în piotoraxul tuberculos cu rezultate admirabile. Metoda aceasta de **„ventuzare forţată"** (cum îi zic francezii) a dat cele mai bune rezultate şi se pare că e momentul să ne desbărăm de tradiţie sau de rutină în folosul bolnavilor şi în timpi de război pentru marele bine al răniţilor pulmonari. Pentru cazurile grave Sauerbruch şi Jehn propun deschiderea empiemelor combinată cu suprapresiunea prin aparate speciale cum sunt: aparatul Sauerbruch, Tiegel, Brauer, Schömaker, Roth-Dräger, etc. In felul acesta nu e nevoe de absorbire din afară, fiindcă puroiul e împins dinăuntru.

Metoda remediază cifra mortalităţii postoperatorii împiedecând apariţia colapsului, dat de turburarea dinamicei cordului, pulmonului şi mediastinului. Am amintit mai sus de o complicaţie postoperatorie din fericire rară şi datorită în mare parte fie scoaterii prea de vreme a aparatului de aspiraţie, fie existenţii unui corp străin: schije, glonte, dren sau tampon — şi care se chiamă **Restempiem.** Pentru această cavitate mică de puroiu tratamentul e divers. Vom încerca mai întâiu o nouă aspiraţie efectuată mai jos, (la nivelul lui) cu spălături cu Dakin (metoda americanului Head), la care se poate asocia suprapresiunea pulmonară dinăuntru. Dacă nu isbutim. vom face plastie à la Schede, grevată din păcate cu 30% mortalitate, pentru care motiv Sauerbruch propune să operăm în etape, adică toracoplastie, apoi frenicotomie şi după 2—3 săptămâni să eliberăm pleura îngroşată, calus-urile osoase sau vreo coastă cu bont vicios.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Mai avem în arsenalul terapeutic şi operaţia lui Estlander sau decorticarea Delorme şi Kümmell. Principala grije este să nu pierdem timpul aşteptând refacerea bolnavului. Se produce de regulă după înlăturarea acestei complicaţii. Pronosticul în general nu mai depinde cum se afirmă odinioară numai de virulenţa microbiană, ci într'o măsură mare de metodele întrebuinţate şi contrar opiniei lui Lecène, Leriche, care considerau lavagiile pleurale ca inutile şi chiar periculoase, experienţa a dovedit utilitatea şi benignitatea lor. Fireşte că pentru tratamentul pre şi postoperator nimic nu mai e de accentuat şi-l socotim universal ştiut a nu a reveni.

Ce facem cu proiectilele intrapulmonare? Iată o întrebare diferit rezolvată. Este permis ca atunci când tratăm chirurgical o plagă mare toraco-pulmonară să extragem şi proiectul dacă este uşor accesibil. Altfel îl lăsăm pe loc. Este inutil şi periculos a căuta să-l extragem cu orice preţ, toleranţa parenchimului pulmonar faţă de corpii străini fiind foarte mare. Pe de altă parte oţelul faţă de ţesuturi are o acţiune net bactericidă.

Să-l extragem secundar totdeauna şi oricum? Părerea afirmativă a fost susţinută de unii chirurgi în timpul primului război mondial, ceea ce s'a dovedit cu trecerea timpului a fi o exagerare. Intâlnim şi azi proectile diverse reţinute în plin parenchim pulmonar încă de atunci. Personal am avut ocazia să constat pe 3 cazuri vechi. O tole-

ranță perfectă. Dimensiunile erau dela 2—4—6 cm. lungime. Unul din ei în vârstă de 68 ani abia în acel moment a aflat de existența unei schije de 6 cm. pe 2 cm. grosime perfect tolerată în lobul inferior stâng. (Deși avea o cicatrice toracică n'a fost examinat niciodată radioscopic sub pretextul că așa era pe atunci — 1916—1918). In astfel de cazuri cea mai bună terapeutică este să le lăsăm pe loc. Pe de altă parte s'a dovedit că o intervenție secundară nu e totdeauna benignă chiar dacă sunt reperate bine sub ecran sau operăm cu o tehnică adecvată și cu aparate speciale de suprapresiune. Vor fi așa dar lăsate pe loc micile proectile chiar numeroase, puțin voluminoase și care nu dau turburări serioase. Vom extrage secundar numai proectilele voluminoase, care dau accidente de supurație, care comprimă tracheea, laringele, o bronșie mare, esofagul, vasele mari ale cordului, sau artere importante, când dau hemoptizii, sau dureri rebele la tratament.

In cursul anului 1944, în dubla calitate de chirurg al spitalului din Tg.-Jiu și de chirurg la spitalul de Cruce Roșie cu 300 paturi capacitate fiecare, am avut ocazia să constat pe 5 cazuri tratamentul greșit aplicat în hemotoraxul supurat prin rezecție largă cu drenaj larg și deschis, cu 2 tuburi (de ce?) lungi în cavitatea pleurală. Am suprimat acest drenaj complect nociv și am instalat sifonajul à la Bülau, deși dificil de executat atunci. Remontarea bolnavilor s'a făcut rapid, pofta de mâncare a revenit, au câștigat în greutate, pansamentele n'au mai fost un chin nici pentru ei, nici pentru cine le făcea, nici pentru ceilalți bolnavi sau răniți din salon. In felul acesta s'a realizat o economie importantă de material. Am remediat o stare de fapt datorită cum am mai spus aplicărei ad literam a chirurgiei de pace la chirurgia de războiu. Din cele cinci cazuri operate la spitalele de campanie n'am avut decât un singur caz mortal, datorită unei cașexii extreme. In rest 2 s'au vindecat cu pachipleurite, iar 2 complect. Din alte 6 cazuri de hemotorax ce au supurat în timpul cât au stat sub îngrijirea mea toate tratate cu rezecție minimă, drenaj à la Bülau (sifonaj) și lavagii pleurale (uneori), n'am avut a constata nicio complicație. Febra a scăzut în câteva zile, senzația de bine a fost manifestată la toți, au câștigat în greutate, dispărând toate fenomenele preoperative. Toți au părăsit spitalele complect vindecați. N'am constatat în această serie niciun restempien sau vreo pachipleurită.

* * *

In concluzie, socotim că în general și la fel ca în empiemul pur și în hemotoraxul supurat trebue să înlăturăm în terapia lor, orice schematism rigid.

Atâta vreme cât puroiul nu e gros, când nu e prea de vreme, nici prea târziu, să încercăm numai procedee mai mult sau mai puțin conservatoare și în regulă generală să adoptăm concluzia trasă în alte țări încă din războiul trecut, adică să utilizăm atunci când e indicat **procedeul de rezecție costală cu sifonaj sau cu aparate absorbante**, ceea ce însemnează un drenaj închis. Numai atunci când puroiul e gros sau în unele cazuri grave e permis a face rezecție largă cu drenaj deschis în chirurgia de războiu. Să știm să ne lepădăm temporar de rutina din timp de pace, fiindcă numai așa cere chirurgia de războiu, experiența trecută și actuală. Să păstrăm pentru fiecare metodă indicația cerută de fiecare caz în parte numai și numai în interesul răniților pulmonari.

Pentru același scop am socotit utilă o colaborare medico-chirur-

gicală, cât şi aplicarea unor metode ştiute de mulţi, dar aplicate prea puţin în această epidemie zisă traumatică.

Pentru aceleaşi motive am recapitulat şi am accentuat asupra metodelor mai utile şi cele mai indicate în chirurgia de războiu a hemotoraxului supurat.

Serv. de boli contagioase Spit. Buzeu

TRATAMENTUL SEPTICO-PIOHEMIILOR ŞI MENINGITELOR CU PUNCT DE PLECARE OTIC IN CURSUL SCARLATINEI

de

D-r EUGEN BANU şi **D-r MIŞEA IOAN**
Medic Primar — Medic Secundar

Otita medie supurată este una din complicaţiunile relativ freqvente în cursul evoluţiei scarlatinei. Ea poate fi precoce, în special la cazurile asociate cu anghină necrotică Henoch, însă de cele mai multe ori, este o complicaţiune ce apare în partea doua a evoluţiunei boalei. Prognosticul acestei complicaţiuni, în marea majoritate a cazurilor este benign, prin faptul că infecţiunea rămâne cantonată numai la urechea medie; alteori însă, otita medie supurată în cursul evoluţiunei scarlatinei, poate fi punctul de plecare al unei meningite septice sau aseptice, sau prin difuzarea infecţiunei la nivelul sinusului lateral, punctul de plecare al unei septico-piohemii cu evoluţiune gravă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Tratamentul acestor complicaţiuni, se pare că în ultimul timp trebue să sufere unele modificări datorită apariţiunei sulfamidelor în terapeutică.

Observaţiunile clinice făcute de unul din noi, pe mai multe mii de cazuri de scarlatină în serviciul de Boli Contagioase al Spitalului Colentina (D-r A. Stroe) şi serviciul de Boli Contagioase din Buzău, ne-a prilejuit studiul a două cazuri cu complicaţiuni otice, ce au evoluat unul spre septico-piohemie, iar al doilea spre o meningită aseptică.

Vom face în prealabil câteva consideraţiuni anatomo-clinice asupra septico-piohemiilor şi meningitelor otice, trecând apoi la consideraţiuni asupra tratamentului lor medical şi chirurgical.

Septicemia de origină otică reproduce tabloul clinic al unei infecţiuni generale, ce are ca punct de plecare supuraţiunea urechei medii şi a celulelor osoase adjacente.

Trecerea agentului patogen din puroiul osteitic în torentul sanghin, determină producerea unui stadiu anatomo-patologic intermediar de flebită; pentru aceste cazuri, flebitele sinusului lateral-sigmoid ale bulbului jugularei interne, ale sinusurilor pietroase, precum şi ale venei emisare mastoidiene, sunt cele mai frequente. Când sinusurile sunt intacte, focarul septicemic poate fi localizat numai la nivelul venulelor din grosimea osului temporal, dând forma descrisă de Körners sub denumirea de „piohemie-osteo-flebitică".

Cauzele cari determină producerea procesului flebitic sunt: împie-

dicarea scurgerei auriculare la nivelul perforaţiei timpanice, predispoziţiuni anatomice individuale şi virulenţă microbiană accentuată.

Autorii clasici consideră septicemia otică, sinonimă cu trombo-flebitele sinusului lateral. Fotiade, în „Contribuţiuni la clinica şi terapeutica flebitelor sinusului lateral de origine otică (Rev. Ştiinţelor Medicale Nr. 9/1925) ajunge la concluzia că este preferabil de a se înlocui termenul de trombo-flebită prin cel generic de flebită, căci trombusul nu constitue o leziune caracteristică constantă, a tuturor formelor de flebită sinusală.

Mecanismul anatomo-patologic al trombo-flebitelor variază cu virulenţa agentului infectant şi cu puterea de apărare a organismului. In cazurile în care puterea de apărare locală şi generală a organismului este mare şi virulenţa microbiană nu prea accentuată, procesul inflamator se poate localiza prin precipitarea fibrinogenului şi trombozarea vaselor regionale, constituind trombo-flebita. Când virulenţa microbiană este mare şi puterea de apărare mai diminuată, trombusul abcedează şi astfel trombo-flebita este înlocuită cu o flebită supurată. In sfârşit, o ultimă eventualitate, este aceea când, la nivelul sinusurilor nu găsim nicio leziune importantă macroscopică, însă fenomenele clinice sunt foarte alarmante; sunt cazurile în care virulenţa agenţilor patogeni este extremă.

Dela început trebue menţionat faptul că leziunea anatomică a sinusurilor nu condiţionează forma clinică a septico-piohemiilor, deoarece leziunile anatomice pot avea expresiuni clinice diferite şi nu întotdeauna în raport cu gradul lor mai mult sau mai puţin avansat.

Din punct de vedere clinic, flebitele sinusale se clasifică în: 1) Flebite simple sau latente, ce evoluează cu o lipsă aproape totală de simptome (Bourgeois, Mounier, Chatelier şi Alexander). 2) Flebite septice de origină otică, cari au la bază abcedarea trombusului ce devine o masă purulentă şi 3) Flebite septico-hipertoxice în care fenomenele generale iau un mers extrem de grav cu o evoluţiune rapidă.

Din descrierea mecanismului histologic şi din menţionarea formelor clinice, rezultă un paralelism între acestea şi leziunea locală. Flebita septicemică de origine otică, poate evolua cu sau fără fenomene meningeale asociate; acelaşi tip de flebită poate da numai manifestări meningeale septice, în caz de abcedare al trombusului sau aseptice când este vorba numai de leziuni meningeale considerate de vecinătate. Cazurile pe cari le prezentăm înfăţişează aceste două posibilităţi ale trombo-flebitei sinuzale.

Primul caz observat în serviciul D-r A. Stroe, reproducea forma de flebită septicemică de origine otică, cu manifestări de meningită supurată aseptică de vecinătate. Al doilea caz nu are confirmarea anatomo-patologică, însă succesiunea fenomenelor clinice locale, generale şi de partea meningelui ne-au dus la acelaşi diagnostic deşi hemo-culturile au rămas negative.

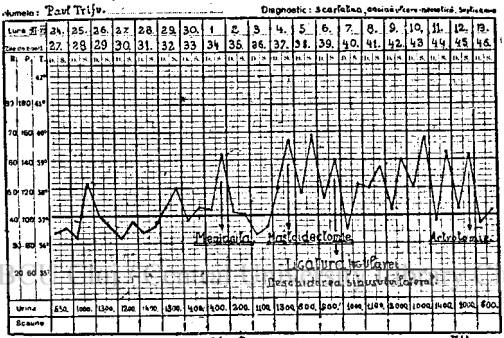
In acest al doilea caz, credem că intervenţiunea terapeutică a oprit evoluţiunea procesului anatomo-patologic local şi consecutiv apariţiunea fenomenelor septicemice, bolnavul prezentând numai fenomene meningitice, ce pot fi consecinţa unei reacţiuni meningeale de vecinătate.

Primul caz a mai fost descris de noi în colaborare cu D-l Docent

D-r Fotiade şi D-r C. Mihail, în Revista „Spitalul" Nr. 4/1936; Revenirea noastră asupra acestui caz a fost condiţionată de necesitatea de a pune faţă în faţă două cazuri cu identitate de evoluţie clinică, însă cu terapeutică diferită, care credem că a contribuit la cantonarea leziunilor şi la înlăturarea actului operator. Acest ultim caz a fost observat în serviciul nostru.

OBSERVAŢII CLINICE.

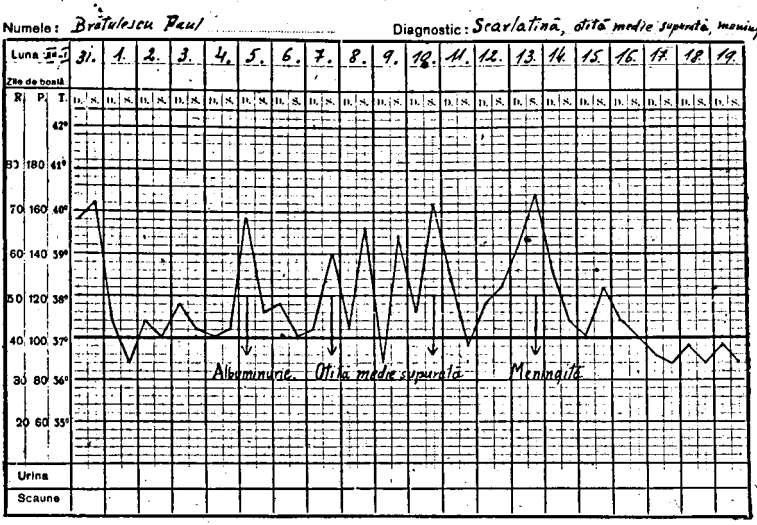
Observ. I. — Copilul P. T., de 9 ani, este internat în serviciul de boli contagioase de sub conducerea d-lui D-r A. Stroe, în ziua de 1 Oct. 1935, pentru scarlătină cu angină ulcero-necrotică şi stare generală gravă. Această stare, se menţine timp de 7 zile; apoi se observă o ameliorare marcată, a bolnavului. In a 20-a zi de boală, urechea dreaptă devine dureroasă; făcând paracenteza timpanului corespunzător, temperatura scade brusc, copilul menţinându-se afebril şi cu o stare generală bună timp de 7 zile. In a 28-a zi de boală, curba termică prezintă un nou croşet urmat de defervescenţă. In noaptea de 30 Octombrie se instalează o cefalee extrem de tenace, însoţită de



Obs. I.

ţipete repetate la intervale inegale şi de agitaţiune. Examinat în ziua următoare, copilul prezintă o redoare a cefei destul de marcată şi semnul lui Kernig pozitiv. Se face puncţie lombară scoţându-se un lichid care prezenta în momentul punciunei o tensiune de 42 la aparatul Claude. Lichidul este turbure, Reacţiunea Pandy intens pozitivă. Nonne-Appelt de asemenea pozitiv, iar la celula Nageotte, numeroase elemente cu predominenţă limfocite şi rare polinucleare nealterate. Insămânţările din l. c. r. făcute pe geloză, au rămas sterile. In aceeaşi zi se face un abces de fixaţie la coapsa dreaptă. In a 35-a zi de boală şi la 3 zile dela apariţia fenomenelor meningeale cefaleea persistă mult atenuată, însă accentuându-se numai la presiunea regiunei frontale şi occipitale. In cursul nopţei, bolnavul prezintă vărsături. In aceeaşi zi făcându-se numărătoarea de globule albe se constată că leucocitoza atinge 30.000 de leucocite pe mmc. Examenul auricular făcut de D-r Fotiade, arată bombarea manifestă a timpanului, puroiul auricular pulsează scurgându-se cu greu prin perforaţia devenită insuficientă. Se face imediat paracenteză crucială largă. Regiunea mastoidiană normală ca aspect exterior. La presiunea puternică, bolnavul acuză o uşoară dure. In faţa fenomenelor meningeale a reacţiunilor chimice şi citologice ale l. c. r., se emite ipoteza unei meningite aseptice de origină otică, preconizându-se mastoidectomie cu descoperirea sinusului lateral. La nivelul capului peroneului drept se constată însă apariţia unei mici zone hiperemice dureroase la presiune. In a 37-a zi de boală se intervine pentru prima oară făcându-se mastoidectomie largă. Toate celulele mastoidiene sunt pline cu puroi; se găsesc distruse şi prinşe mai cu seamă cele din dreptul sinusului sigmoid. Lama osoasă ce-l acoperă este intactă. Sinuşul pre-

zintă un aspect perfect normal. In ziua următoare operaţiei, se constată tumefierea articulaţiilor genunchiului şi cotului drept. Făcându-se o puncţie intraarticulară se extrage un puroi şocolativ închis, ce conţine streptococi. In aceeaşi zi, se recoltează sânge pentru hemocultură. Aceasta se pozitivează după 24 ore de termostat cu streptococ hemolitic. In faţa hemoculturei pozitive cu streptococ hemolitic, a reacţiunei meningeale care persistă şi a metas-



Obs. 2.

tazelor, se intervine imediat. In a 39-a zi de boală se face în primul timp al operaţiei ligatura jugularei interne, în treimea mijlocie după tehnica lui G. Alexander, iar în al doilea timp se deschide sinusul lateral pe toată întinderea lui şi se tamponează cu meşi iodoformate. Recoltându-se sânge din sinusul signoid în timpul operaţiei, se face o nouă hemocultură, care se pozitivează cu streptococ hemolitic. A doua zi după intervenţiune, se recoltează sânge din plica cotului; hemocultura se negativează de data aceasta, rămânând sterilă după 48 ore de termostat. Hemoculturile repetate se menţin apoi negative până la vindecarea bolnavului. A doua zi dela intervenţiune, temperatura scade la 36,5, pentru ca în seara aceleiaşi zile să se ridice din nou şi să se menţină astfel timp îndelungat. De data aceasta curba febrilă oscilantă se pune pe seama articulaţiunilor supurate şi nu pe aceea a fenomenelor septicemice, când imediat ce articulaţiile sunt deschise în a 46-a zi de boală, temperatura scade brusc la 36,7, copilul menţinându-se apoi afebril până la părăsirea serviciului.

In rezumat: bolnavul nostru a prezentat o scarlatină cu angină ulceronecrotică şi cu o stare generală gravă în primele 7 zile. In cursul acestei perioade, hemoculturile făcute în serie au rămas negative. In a 20-a zi de boală, face otită medie supurată, apoi în a 35-a zi de boală se instalează simptomatologia meningeală şi septicemică frustă. Mastoidectomie la 4 Dec. In a 37-a zi de boală, la 6 Dec., ligatura jugularei interne şi deschiderea sinusului signoid după care fenomenele septicemice dispar complect. Artritele supurate metastatice care au fost operate la 31 Dec., adică în a 46-a zi de boală. După 4 săptămâni şi aceasta se vindecă, articulaţia cotului drept păstrându-şi integritatea funcţională aproape complectă, iar articulaţia genunchiului menţinându-se încă tumefiată şi cu mişcări limitate.

Observ. II. — Copilul Brătulescu Paul, de 7 ani, intră în serviciu în ziua de 31 Dec. 1943, cu febră 40,3, erupţie scarlatinoasă, angină necrotică şi stare generală gravă. După 2 zile dela internare se observă o ameliorare în starea generală a copilului care nu durează însă decât 3 zile, pentru ca

BIBLIOTECA UNIVERSITĂŢII DIN CLUJ

apoi febra să crească odată cu apariţiunea unei adenopatii cervicale precoce. Leziunile amigdaliene persistă, ceea ce ne face să ne gândim la o difteroscarlatină, însă frotiurile din gât şi culturile au rămas negative pentru bacilul difteric. Concomitent cu acestè fenomene se instalează o disurie marcată (300—350 cmc. urină în 24 ore).

In ziua de 10 Ianuarie, bolnavul prezintă o ascensiune termică mare de 40, iar în urină apare albumină. La 4 zile după acest nou puseu, copilul prezintă un Vaché pozitiv, oscilaţiunile febrile, iau tipul oscilaţiunilor de supuraţiune variind între 39, 8—36; se parancetezează timpanul, după care se observă o ameliorare în starea generală a copilului. Febra atinge de data aceasta 38,4. O remisiune marcată se observă la 3 zile după paracenteză, a 4-a zi însă copilul prezintă o cefalee intensă redoarea cefei şi semnul lui Kernig pozitiv. Puncţia lombară arată un l. c. r. hipertensiv-opalescent, cu reacţiunile Pandy şi Nonne-Appelt pozitive, — la celula Nageotte se găseşe 800 elemente pe mmc. In frotiu direct şi în culturi nu s'a desvoltat niciun agent patogen.

In faţa apariţiunei fenomenelor clinice de meningită ne-am gândit imediat la intervenţiune chirurgicală în sensul celei dela cazul anterior. Neavând însă în localitate un specialist de nas, gât şi urechi, care să poată executa intervenţiunea, am făcut apel la d-l D-r Fotiade, cu care am hotărît în aceeaşi zi intervenţiunea după 48 ore. Odată cu apariţiunea fenomenelor meningeale, atât de fruste, ne-am hotărît ca până în momentul intervenţiunei, să administrăm o cantitate mai mare de sulfamide şi anume de Cibazol (Sulfanilamidothiazol). Noi am administrat în cantităţi mari Cibazolul şi anume din 2 în 2 ore câte două tablete ajungând până la 16—18 tablete pe zi (8—9 grame).

Spre surprinderea noastră la 24 ore după administrarea aceasta atât de masivă, febra scade dela 40,4 la 38,6 concomitent cu această scădere a curbei termice, cefaleea cedează în intensitate, restul fenomenelor clinice persistând.

In faţa acestor fenomene hotărîm împreună cu d-l D-r Fotiade amânarea intervenţiunea cu 24 ore şi continuăm administrarea în doze masive a sulfanilamidothiazolului. In aceeaşi zi, curba scade la 37,4, a doua zi atinge numai 37, iar fenomenele clinice încep să se şteargă. O nouă puncţie lombară, ne arată numai 160 elemente pe mmc. cu reacţiunile Pandy şi Nonne-Apeltt slab pozitiv. A doua zi după apariţia fenomenelor meningee în momentul când administram cantităţile mari de Cibazol, hemocultura este negativă. Timp de 5 zile dela data apariţiei meningitei bolnavului i se administrează cele 9 gr. de Cibazol, zilnic. A 6-a zi, fenomenele se remit complect, bolnavul nu mai ia decât jumătate din cantitatea de Cibazol, prezentând o uşoară ascensiune termică care ţine 2 zile, ca apoi toate fenomenele să cedeze şi copilul să părăsească serviciul vindecat în a 32-a zi de boală. Puncţia lombară făcută în preziua plecărei a arătat un l. c. r. normal.

Din foaia de observaţie a primului caz, reese că aci, septicemia cu streptococ hemolitic, este de origină otică fără nicio leziune macroscopică vizibilă la nivelul sinusului lateral. Lipsa leziunilor anatomice la nivelul bulbului jugular şi la nivelul sinusului pietros, fac ca să considerăm această septicemie ca o consecinţă a unei flebite localizate la nivelul sinusului sigmoid, al cărei trombus a fost împiedicat de a se organiza, fie din cauza virulenţei agenţilor infectanţi, fie din cauza precocităţei intervenţiei. A doua ipoteză, care pare mai plauzibilă pentru acest caz, ar fi aceea a unei osteoflebite-petro-mastoidiene în sensul celor descrise de Körners.

La oricare din aceste ipoteze am adera, azi, este bine cunoscut faptul că osteomielitele, care sunt punct de plecare pentru septicemii în cursul scarlatinei, nu pot exista fără leziuni flebitice propriu-zise. Această noţiune face ca intervenţiunea lui Zaufal, ce constă în ligatura jugularei interne, să fie o metodă incontestabilă, în special atunci când este

executată cât mai curând posibil dela apariţia fenomenelor meningeale sau a celor septicemice. Portmann şi Alexander sunt intervenţionişti în aceste cazuri şi dau un procent de vindecări de 100%. Argumentul histo-patologic pentru intervenţiunea pe jugulară a fost dat tot de Zaufal, care admitea că aceasta reprezintă calea principală, sau chiar singura, care duce sângele de întoarcere dela nivelul regiunei auriculare. Prin închiderea acestei căi, se realizează o oprire în diseminarea agenţilor patogeni dela nivelul focarului septicemic. Cu ligatura jugularei se realizează o blocare sanguină la nivelul regiunei, ce determină un proces de coagulare cu formarea de mici trombusuri în venele regionale, cari închid căile principale de anastomoză şi opresc astfel diseminarea agenţilor patogeni în torentul circulator.

In concluzie deci, până la introducerea sulfamidoterapiei în infecţiuni, atitudinea terapeutică era intervenţionistă şi consta în evidarea mastoidei, — ligatura jugularei interne şi incizia sinusului venos lateral cu drenarea lui. Fotiade încă din 1925 utilizează tehnica lui Alexander şi Porttmann cu vindecări la toate cazurile unde a intervenit. In cel de al doilea caz, ne hotărîsem pentru aceeaşi atitudine terapeutică. Administrarea de sulfanilamidothiazol însă, a făcut ca actul operator să fie înlăturat.

Organizarea de trombuşuri la nivelul venulelor şi sinusului lateral nu reprezintă altceva decât puterea de apărare a organismului prin punerea în libertate a fibrinogenului care are ca rol cantonarea infecţiunei. In cazurile în care această putere de apărare organică este diminuată, sau virulenţa microbiană este excesivă, acest proces nu mai poate avea loc şi cantonarea infecţiunei nu devine o barieră, calea spre torentul circulator fiind deschisă, se realizează septicemia-meningita sau septico-piohemia-otică.

Digitized by Romanian Academy Library, Cluj

Administrarea unor cantităţi suficiente şi continue de sulfanilamidothiazol, are ca urmare după ipoteza lui Kuhn, o oprire în desvoltarea şi înmulţirea microbilor prin acţiunea bacteriostatică a acestui corp. După W. Frei, sulfatiazolul are puterea de a inhiba respiraţia bacteriilor. Condiţiunile noi de vitalitate a bateriilor pe care le impune prezenţa sulfamidelor în organism au ca rezultat o diminuare a vitalităţii şi puterii de proliferare a bacteriilor. In aceste împrejurări, nu se mai poate ajunge la abcedări de trombusuri şi nici la realizarea unor stări septicemice cu punct de plecare otic. Acesta este motivul, care credem că joacă un rol important la cantonarea infecţiunei, pentru septicemie şi pentru meningita septică propriu-zisă sau aseptică de vecinătate.

Extinderea atât de mare pe care a luat-o aceşti corpi în terapeutica infecţiunilor, poate fi aplicată şi în cursul acestor complicaţiuni scarlatinoase, cu condiţiunea ca să existe o selecţiune în utilizarea lor. In aceste cazuri, sulfamidele anti H' par să dea rezultatele cele mai favorabile.

Sulfamidele în tratamentul acestor complicaţiuni prezintă un progres real şi este probabil că descoperiri noi ale chimio-terapiei vor ajunge la substanţe şi mai active decât cele prezente, prin apariţiunea grupului chinonelor, care au o acţiune bacterio-statică foarte pronunţată.

După noi, în aceste complicaţiuni ale scarlatinei, credem că este

util ca la imediata apariţiune a fenomenelor meningeale sau septicemice, să se intervină prin administrarea de sulfamide, în cantităţi mari şi la intervale mici, astfel ca să se poată instala o adevărată saturaţiune a organismului de corpi sulfamidaţi. Când însă simptomatologia îşi urmează cursul în sensul unei agravări, în primele 2—3 zile, dela apariţiunea lor, nu trebue să mai persistăm în tratamentul medical, ci să recurgem la intervenţiunea chirurgicală, care asociată cu tratamentul anterior, va da rezultatele cele mai favorabile, reducând mortalitatea la aceste cazuri, care de cele mai multe ori, sunt grave.

BIBLIOGRAFIE

1. *Fotiade:* Contribuţiuni la clinica şi terapeutica flebitelor sinusului lateral de origină otică. Revista Ştiinţelor Medicale, 1925 No. 9.
2. *G. Alexander:* O. Marburg Die Neurologie des Ohres II Bd. 2. Teil 1929.
3. *Bourgeois:* Traité de path. méd. et de thérapeutique appliquée T. XXVI.
4. *Mounier P.:* Les Thrombo-phlébites latentes. Thèse. Paris 1923.
5. *Chatelier H. P.:* Considérations sur les thrombo-phlébites sinuso-jugulaires des otomastoidites Ann. m. oreilles 1924.
6. *Feuz Z.:* Remarques sur le traitement des sépticémies d'origine otique. Rev. Laryngologie 1934.
7. *G. Portman:* Technique operatoire O. R. L., 1932.
8. *D-r Balş M.:* Studiul şi alegerea substanţelor chimioterapice. România Medicală No. 3 1944.
9. *Al. Ştefaniu, Balş:* Les otites moyennes et la mastoidite au cours de la scarlatine Societa oto-rihno-laringologica latina 1937 pag. 240.
10. *Prof. Alfred Rusezcu şi D-r Feldioreanu:* Consideraţiuni asupra infecţiilor intrarahidiene de sulfamide. Rev. de pediatrie anul 2 No. 4.
11. *Prof. D-r Alfred Rusescu şi D-r Gabriel Vasiliu:* Consideraţiuni asupra 40 cazuri de meningită cerebro-spinală. Rev. de pediatrie anul 2 No. 4.

Digitized by Universitatea "Babeş-Bolyai" Cluj-Napoca

RAPORT ASUPRA STĂRII DE SĂNĂTATE A MOŢILOR DIN JUD. ALBA *)

de

D-r GHITEA IOSIF
Medic-Şef al Jud. Alba.

I. Introducere

Intru cât starea de sănătate este întotdeauna în strânsă legătură de dependenţă cu starea economică sanitară şi culturală a persoanelor şi colectivităţilor la care se referă, nici în cazul de faţă nu putem pune în discuţiune problema sanitară a Moţilor, fără de a ţinea seamă de condiţiile şi împrejurările cari determină şi întreţine starea actuală într'o regiune atât de însemnată a ţării cum este „Ţara Moţilor".

Dacă însă se trece la sinteza unui program pentru ameliorarea, condiţiilor sanitare din această regiune, trebuesc luate neapărat măsuri concomitent cu cele de ordin sanitar şi altele tot atât de importante,

*) Prezentată în Conferinţa Medicilor şefi din reg. Munţilor Apuseni de către D-r Ghitea Iosif ţinută în 21 Aug. 1942, la Alba Iulia.

de natură economică financiară, cari urmează a fi complectate printr'o continuă şi susţinută educaţie.

Problema salvării Moţilor din mizeria trecutului vitreg, mizerie care perzistă şi azi, a constituit o permanentă preocupare a guvernelor cari s'au succedat la putere dela Unire până în prezent. De atunci şi până astăzi, problema moţească formează o permanentă discuţiune în presă şi în cercurile administrative şi economice, mai cu seamă a judeţelor respective şi în timpul din urmă a ţinuturilor la care a aparţinut regiunea Moţilor. De câte ori a venit la putere un nou guvern, ea a apărut la suprafaţă ca ghiocelul primăverii, fiind exploatată în sens politic, ca apoi să cadă în desuetudine şi să nu se realizeze nimic din toate promisiunile cu care au fost mereu amăgiţi Moţii.

In general de câteori a fost discutată problema Moţilor, s'a înţeles întreaga populaţie din Munţii Apuseni până la poalele lor, indiferent de ocupaţiunile specifice, cum sunt: industria lemnului, agricultura, creşterea vitelor sau mineritul. Cert este, că Moţii propriu zişi sunt numai locuitorii din câteva comune ale plasei Câmpeni, judeţul Turda, şi comuna Sohodol, judeţul Alba, iar restul populaţiei din plasa Câmpeni, adică din Valea Arieşului Mic, o formează Ţopii. Distincţiunea acestor două categorii de locuitori se face după ocupaţiunile pe cari le practică din cele mai vechi timpuri. Moţii se ocupă în special cu dulgheritul, lemne de construcţie şi creşterea vitelor, iar Ţopii cu confecţionarea de vase din lemn şi cercuitul vaselor, cu care cutreeră până departe în ţară, ducând o viaţă nomadă. O altă categorie de locuitori, cari locuesc pe văile Crişului se numesc Crişani, iar restul populaţiei până la poalele Munţilor Apuseni o formează Mocanii.

Caracterizarea întregei populaţii din Munţii Apuseni ca „Moţii", provine din împrejurarea că toată populaţia din aceşti munţi s'a aliat la mişcările de descătuşare din iobăgia milenară, iniţiată de Moţi, aducând aproape aceleaşi jertfe, precum şi pentru faptul că întreaga populaţie din Munţii Apuseni, în decursul veacurilor vitrege a suferit aceeaşi impilare, şi se sbate până în zilele de azi în aceeaşi neagră mizerie ca şi Moţii. Din aceste motive este explicabil ca în opinia publică să fie primită denumirea generică de Moţi a întregei populaţii din Munţii Apuseni, ca găsindu-se totdeauna în acelaşi zbucium şi având la bază aceleaşi cauze de oprimare ca şi promotorii marilor revoluţii ardelene.

Fără nicio exagerare, admiţând că în afară de naţiunea strictă de Moţi bazată pe consideraţiuni de ordin tradiţional şi profesional, Ţinutul Moţilor se confundă cu acela al Munţilor Apuseni. In acest sens vom delimita partea Moţească din jud. Alba, după cum urmează:

Plasa Abrud şi Zlatna în întregime, precum şi următoarele comune aparţinând altor plăşi administrative: Răcătău din plasa Vinţul de Jos, Ampoiţa din plasa centrală Alba-Iulia, Intregalde şi Dealul Geoagiului din plasa Teiuş şi în fine Geogel, Ponor şi Râmeţi din plasa Aiud.

Datele statistice cerute prin Ord. Ministerului Sănătăţii pentru conferinţa de azi fiind cerute pe plăşi administrative (în cazul de faţă Abrud şi Zlatna) se potrivesc şi pentru celelalte comune arătate ca aparţinând

altor plăşi, deoarece sunt în imediata apropiere a comunelor înglobate în plăşile Abrud şi Zlatna şi condiţiile de viaţă, starea de sănătate, obiceiuri sunt absolut identice.

II. **Propuneri cu privire la ameliorarea condiţiilor de sănătate a populaţiei din Munţii Apuseni.**

In zadar li se vor face Moţilor şcoli şi biserici, spitale şi dispensarii, cari de sigur sunt tot atât de trebuincioase, dacă nu vom ridica standardul de viaţă, punând în valoare bogăţiile solului şi a subsolului, precum şi rezervorul de energia populaţiei concepând un plan sistematic, în care să se cuprindă în detaliu că în fiecare loc ce trebue să se facă, plan de imediată acţiune şi de lungă durată, care să fie executat perseverent indiferent de guvernul care se află la putere; munca noastră va fi zadarnică..

Comparând regiunea Moţilor cu alte regiuni similare, se constată cu certitudine, că este mai proprie oricărei desvoltări economice decât oricare regiune similară. Bogăţiile solului şi a subsolului am putea spune că sunt abundente, dacă nu chiar imense şi dacă s'ar exploata raţional şi intens cu populaţia din Munţii Apuseni şi în folosul acestei populaţii, ea nu ar mai fi o plagă socială şi în acelaşi timp a da şi Statului contribuţia sa economică, pe care în situaţia dată nu o poate da nici pentru sine şi nici pentru stat.

A. **Planul de acţiune imediată trebue să cuprindă:**

1. **Măsuri de ordin sanitar:**

a) Numirea de medici de circ. în posturile încă vacante (Mogoş, Intregalde).

b) Acordarea primei speciale pentru personalul sanitar auxiliar pentru a putea avea moaşe de Stat şi în comunele din regiunea Munţilor Apuseni.

c) Executarea planului şi devizului pentru construirea clădirei centrale pentru plasa sanitară Abrud cu locuinţă pentru medicul igienist şi personal sanitar subaltern, precum şi încăperi pentru diferite cons. de specialitate. Idem pentru o secţie de tuberculoşi pe lângă spitalul existent.

b) Facerea planurilor şi devizului necesare pentru construirea unui dispensar medical cu locuinţă şi baie la Sohodol, Almaşul-Mare şi Mateş, de către Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale.

c) Facerea planurilor şi devizului pentru construirea unei clădiri de dispensar cu locuinţă medicală şi a personalului sanitar auxiliar la Roşia-Montană de către Casa Asigurărilor Sociale, deoarece 80—90% a locuitorilor din această comună sunt membrii ai Casei Asig. Sociale.

f) Pentru lucrătorii aparţinând comunelor din vecinătatea minelor să se construiască un cămin şi cantină centrală (Roşia-Montană), în care scop se cere întocmire de planuri şi deviz.

g) Examinarea în massă de către o echipă radiologică ambulantă a întregei populaţii din regiunea Munţilor Apuseni.

h) Izolarea tuturor cazurilor de boală la sanator şi spitale, cu ajutorarea imediată a familiilor din această categorie.

i) Intensificarea controlului sanitar periodic în galeriile subterane şi examinarea periodică complectă a tuturor membrilor familiilor de

BCU Cluj / Central University Library Cluj

mineri de către medicii Casei Asig. Sociale în colaborare cu medicii de circ. sanitari corespunzători.

i) Limitarea şi reducerea numărului de cârciumi în regiune.

l) Intensificarea cursurilor de şcoală ţărănească pentru fete şi sporirea numărului de cămine de zi.

2. **Măsuri de ordin economic:**

a) Creiarea unei economii dirijate în ramurile de producţie ale solului, cum sunt: agricultura, silvicultura, pomăritul, spicultura, creşterea vitelor.

Agricultura, adică cultivarea de cereale acolo unde nu rentează, să fie abandonată complect, iar economia să fie stimulată în altă direcţie, de exemplu: cum este creşterea vitelor.

Pentru realizarea economiei dirijate trebuesc create staţiuni şi pepiniere în centrele din Munţii Apuseni, fiind necesară de o parte aclimatizarea, iar de alta instruirea şi obişnuirea populaţiei, care este foarte refractară la metodele raţionale de exploatare.

Pe lângă aceste staţiuni s'ar putea creea şcoli sau cursuri ţărăneşti de instruire periodice şi de scurtă durată, care să nu dea dreptul la diplome pentru ca apoi să încerce a deveni slujbaşi.

b) Creerea unei industrii casnice, cum sunt: produsele de lapte, ţesătorii, împletituri din lemn şi alte obiecte în afară de acelea pe cari Moţii le practică în prezent.

c) Incurajarea şi dirijarea fabricării varului, a cărămizii (Abrud-Sat) şi a Mangalului în regiunile unde posibilităţile locale permit acestea şi sunt drumuri accesibile şi propice transporturilor.

d) Injghebarea unei cooperaţii cinstite de cumpărarea produselor în centrele regiunii şi aprovizionarea tot dela aceste cooperative, pentru ca populaţia să nu-şi piardă timpul zile şi săptămâni întregi pe drumuri îndepărtate, consumând în mare parte din capitalul agonisit pe drumuri.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

e) Concomitent cu aceste acţiuni sanitar-economice se impune o vie acţiune de propagandă, educaţiei igienică, antituberculoasă şi antivenerică cu sfaturi gospodăreşti în strânsă colaborare şi armonie cu toţi reprezentanţii societăţii miniere, administrative, bisericeşti, şcolare şi societăţi culturale (Astra).

B. **Planul de acţiune de lungă durată.**

1. **Programul de ordin sanitar** va cuprinde:

a) Desăvârşirea construcţiilor arătate la punctele b, c, d, e, f, dela capitolul anterior.

b) Organizarea plăşii sanitare Model, dotarea cu tot utilajul necesar a tuturor serviciilor din plasă şi complectarea personalului necesar în conf. cu bugetul M. S. O. S.

c) Inzestrarea personalului sanitar din această regiune cu mijloace de locomoţiune adecuate regiunii.

d) Intensificarea acţiunei educative în mediu familiar de către surorile de ocrotire în fiecare comună din regiune.

e) Depistarea ştiinţifică a tuturor cazurilor de boli sociale cu combaterea lor sistematică concomitent cu luarea măsurilor preventive.

2. **Măsuri de ordin economic financiar, educativ:**

a) Construirea de căi de comunicaţie bine întreţinute şi suficiente.

Intre acestea, necondiţionat o cale ferată normală dela Alba Iulia—Abrud—Brad—Vaşcău. Aceasta s'ar putea face prin normalizarea actualei linii înguste Alba Iulia, Zlatna şi prelungirea ei. Construirea acestei ar avea un îndoit avantaj: ar lega regiunea Moţilor de Valea Mureşului pe o rută foarte scurtă şi în acelaşi timp ar da un impuls de desvoltare şi oraşului Alba Iulia, simbolul unităţii noastre naţionale. De altă parte Alba Iulia este cel mai indicat centru de nod de cale ferată, care să lege regiunea Moţilor cu Valea Mureşului, deoarece de aici se deschid o serie de altă căi de comunicaţie pe Mureş în sus şi în jos, apoi pe Târnava şi în spre Sibiu.

b) Industrializarea ţinutului, prin crearea de industrii mai mari potrivite mediului economic, cari găsesc un rezervor, de energie bogat, râurile cari traversează aceşti munţi. Prin aceste industrii se vor putea lucra materiile prime şi se va putea întrebuinţa mâna de lucru a populaţiei Moţeşti.

In această ordine de idei amintim o reglementare a exploatării miniere mai ales în comuna Roşia-Montană după planul conducerii minelor statului „Minaur" şi prelucrarea cu forţe electrice a întregului deal bogat în minereuri aurifere şi acestea cu atât mai mult că prin procedeul primitiv de extracţie cu şreanguri pe cât de pitoreşti, tot atât de dăunător sunt economiei naţionale pentru că se poate extrage din abia 40—50% de aur din minereu pe lângă o muncă grea şi anevoioasă.

c) Desvoltarea turismului, deoarece Munţii Apuseni ascund în sânul lor frumuseţi nepieritoare, am putea zice unice în Europa. In această privinţă, trebue construit un important hotel cu tot confortul în Abrud, precum şi case de adăpost prin munţi. Desvoltarea turismului va contribui la înviorarea vieţii economice, iar contactul populaţiei cu turiştii ar contribui la civilizaţie.

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

d) Construirea de case naţionale sau cămine culturale ca nucleu de educaţie şi lămurire în permanentă activitate cu cointeresarea elementelor băştinaşe în conducerea şi executarea programului.

e) Impunerea unui plan de sistematizare şi edilitate pentru aşezările omeneşti adequat situaţiei geografice pe cât este posibil cu tendinţa de centralizare a caselor pe cătune mai mari.

Disecat în detaliu, acest plan de acţiune ar cuprinde o serie întreagă de măsuri, studiate la faţa locului de către organe tehnice competente.

f) Ca un superlativ a doleanţelor în interesul realizării tuturor dezideratelor şi crearea condiţiilor de realizare a programului întocmit ar fi **comasarea proprietăţilor** din regiunea Moţilor şi rezolvarea problemei păstoritului şi a vieţii nomade.

Dacă am fost poate lung în expunere, rog a fi cu iertare, deoarece am crezut că este o datorie a mea de român şi de om cu răspundere de a face acest expozeu cu atât mai mult că nu cred să fie altul mai dornic de rezolvarea problemei moţilor în toată complexitatea ei cu maximum de şanse de câştig pe teren medico-sanitar şi bio-politic.

CONCEPŢIA ACTUALĂ A PATOGENIEI ŞI TRATAMENTULUI PELAGREI

de

D-r EUGEN NUŢIU

Medicu Circ Cetatea de Baltă – Tr. Mică

Numărul relativ mare de bolnavi de pelagră — 11 cazuri — observate dela 15 Maiu 1942 până la sfârşitul lunei August 1943, date fiind condiţiunile de nutriţie deficitară a ţăranului, condiţiuni cari în urma împrejurărilor produse de epoca de criză economică de azi, au devenit şi mai aspre, justifică nevoia menţinerii în permanentă actualitate a cunoştiinţelor de patogenie şi terapeutică a pelagrei.

Cercetările mai recente a **Prof. Niţescu, Prof. Benetato, Prof. Niţulescu, Prof. G. K. Constantinescu, D-r Claudian**, etc., arată că valoarea energetică şi calitativă din raţia alimentară a ţăranului, sunt cu totul insuficiente şi într'un dezechilibru permanent, culminând în abuzul de porumb şi în carenţele de vitamine. Această nutriţie greşită şi insuficientă perpetuată din generaţie în generaţie, nu au putut-o schimba nici reforma agrară şi nici măsurile de propagandă şi educaţie, slăbind astfel puterea de rezistenţă a ţăranului, condiţionând, în mod evident, şi înmulţirea cazurilor de pelagră din ultimii ani. Progresele terapeutice noi ne-au uşurat însă şi lupta împotriva acestei maladii.

Inainte de a intra în discuţia acestor probleme de etiologie, patogenie şi terapeutică, vom da în rezumat, descrierea clinică a cazurilor noastre, precum şi conduita ce am urmat:

Observ Nr. 1. — Cs. E., femeie, căsnică, de 48 ani, din com. Cetatea de Baltă, se prezintă la consultaţiile dela Dispensar în ziua de 19 Mai 1942, pentru cefalei, ameţeli, debilitate generală, inapetenţă, slăbire pronunţată în greutate şi cu eritem al dosului mâinilor şi picioarelor, însoţit de prurit, cu ragade sângerânde şi descuamaţie. Pe nas, tegumentele hiperemice şi uşor descuamate. De 2 săptămâni este extrem de nervoasă. Acest eritem i-a apărut şi în urmă cu un an, însoţit de o stare de debilitate generală şi inapetenţă, însă mult mai redus şi fără prurit. In cursul acestei primăveri fenomenele apar mai pronunţate. Este săracă, iar principalul ei aliment îl constitue mămăliga, varza, ceapa, fasolea.

Cordul agitat, sgomotele uşor voalate.

Tubul digestiv: limba cu multe crăpături, scaune normale, apetit redus.

Reflexele rotuliene mai pronunţate. Greutatea: 50,500 gr. Urina: A. P. Z. = negativ. Tens. art.: 13—7, V. L., R. W. = negativă.

In faţa acestui caz de pelagră cu tulburări psichice incipiente, se institue tratamentul cu Fe, Ca glicerofosforic şi inj. de Natr. Kakodil 0,05 ctgr. tot la 2 zile. Se suprimă din alimentaţie mămăliga şi se înlocueşte cu pâinea cu cartofi, cu lapte, ouă, brânză, caş, grăsimi. La nivelul eritemului un unguent emolient. După 20 zile de tratament, starea generală mult ameliorată, eritemul în dispariţie, apetitul revenit, câştigă 1,250 gr. în greutate. Se recomandă continuarea regimului de mai sus. Revăzută în cursul lunei August 1942, bolnava se simte bine, poate mânca, poate dormi bine şi a mai câştigat în greutate 800 gr. In cursul lunei Septemvrie i se mai administrează 15 inj. nervoasă, e tăcută, afectivitatea alterată, nu se mai interesează de mediul Natr. kakodilic a 0,10 ctgr. tot la 3 zile, dar bolnava începe a fi tot mai înconjurător, pentru ca spre sfârşitul lunei Octomvrie să devie agitată, nu doarme, slăbeşte în greutate, nu răspunde la întrebări, într'un moment de neatenţie a familiei încercând chiar un suicid. In această fază de psichoză agitată melancoliformă pelagroasă, se recomandă internarea într'un institut de specialitate, dar familia refuză. Sucombă în 29 Dec. 1942, în debilitate extremă.

Observ. Nr. 2. — L. M., femeie căsnică, de 43 ani, din com. Boian,

se prezintă la consultaţie în ziua de 21 Mai 1942, cu ocazia inspecţiei sanitare a acestei comune, având o roşeaţă a dosului ambelor mâini cu usturimi când sunt expuse luminei solare. Roşeaţa şi usturimile au apărut de câteva zile şi pe nas şi pe faţă, însoţite de descuamaţie atât la mâini cât şi la nas şi faţă. Tegumentele picioarelor absolut normale. Apetitul uşor scăzut, iar uneori acuză ameţeli. Asemenea fenomene nu a mai prezentat niciodată. Toată iarna a mâncat mămăligă, de 2—3 ori la zi, iar în cursul acestei primăveri a muncit mult în soare cu mâinile descoperite, dar picioarele au fost întotdeauna acoperite de încălţăminte.

Cord, pulmoni, aparat digestiv normale, în afară de o uşoară inapetenţă. Urina: A. P. Z. = negativ. Tens. art.: 14—7, V. L., R, W. = negativă.

Se institue un tratament dietetic prin suprimarea mămăligei şi administrarea de pâine cu cartofi, lapte, unt, brânză, ouă. Ca tratament medicamentos, se dă, per os, Glicerofosfat de Calciu, iar în inj. se administrează zilnic, 200 mgr. Nicotilamid „Merck", timp de 20 zile. Incă dela a 7—8 inj. apetitul revine, usturimile mâinilor dispar complect, iar până la urmă eritemul a dispărut atât de pe mâini cât şi de pe nas, bolnava simţindu-se foarte bine. Revăzută în primăvara anului 1943, nu prezintă nicio plângere, fiind complect sănătoasă.

Observ. Nr. 3. — S. F., femeie, casnică, de 35 ani, din com. Boian, se prezintă la consultaţii în ziua de 21 Mai 1942, suferind de o roşeaţă a dosului ambelor mâini şi a picioarelor, cu îngroşarea pielii ragade şi descuamaţie. Dureri în extremităţi sub formă de junghiuri, inapetenţă, diarei cari datează de 3 săpt., cu 4—5 scaune la zi. In cursul iernii a consumat multă mămăligă, iar în cursul primăverii a muncit mult în soare. In anii precedenţi nu a mai prezentat asemenea fenomene.

La cord un uşor suflu sistolic la vârf, pulmonii normali. Aparat digestiv: limba cu multe crăpături, uşor încărcată, inapetenţă şi diarei. Reflexe normale. Urina: A. P. Z. = normal. Tens. art.: 13—7, V. L. R, W, = negativă.

Se schimbă regimul de mămăligă, se administrează per os, Ca glicerofosforic iar în inj. Nicotilamid 200 mgr. zilnic. Local o alifie emolientă indiferentă. După 25 zile de tratament, toate fenomenele au dispărut complect, cu stare generală foarte bună. Revăzută după un an, nu mai prezintă nimic patologic.

Observ. Nr. 4. — M. A., femeie casnică, de 18 ani, din com. Tătârlaua, se prezintă la consultaţiile dela Dispensar în ziua de 14 Iunie 1942, având un eritem discret al dosului mâinilor şi picioarelor cu usturimi şi descuamaţie. Dureri în extremităţile superioare. Nasul uşor pigmentat fără descuamaţii. Aeste fencomene au apărut cu 3—4 săpt. în urmă, de atunci pierzând 3 kgr. în greutate. Alimentaţia bogată în mămăligă, săracă în lapte şi derivate. A muncit mult la munca câmpului, în soare, desculţă.

Organele toraco-abdominale normale, în afară de o uşoară inapetenţă cu limba saburală. Urina. A. P. Z. = negativ. Tens. art.: 12—6, V. L., R. W. = negativă.

Se schimbă regimul alimentar, instituindu-se un regim antipelagros cu pâine, cartofi, brânză, unt, ouă. Per os se administrează glicerofosfat de Ca, iar în inj. zilnic 200 mgr. Nicotilamid, timp de 15 zile. La sfârşitul tratamentului bolnava este complect vindecată.

Revăzută la sfârşitul lunei Aprilie 1943, o găsim fără nicio tulburare cutanată sau gastrică.

Observ. Nr. 5. — R. V., bărbat, agricultor, de 66 ani, din com. Crăciunelul de jos, vine la consultaţiile dela Dispensar, prezentând un eritem al dosului mâinilor şi picioarelor cu îngroşarea tegumentelor, ragade dureroase şi sângerânde, cari îi apare de 4 ani în fiecare primăvară, însoţite de prurit, fără a-i dispărea complect nici iarna. Dureri în extremităţi cu edemeţierea picioarelor, ameţeli, înapetenţă şi cefalei persistente. Pielea nasului şi feţii pigmentată şi cu descuamaţii. Nu a urmat până acum niciun fel de tratament. De ani de zile consumul de mămăligă este baza hranei sale. De 4 săpt. are diarei, pentru care motiv şi vine la consultaţii în ziua de 25 Iunie 1942.

Cordul mărit de volum cu un suflu sistolic la vârf. Pulmonar raluri de bronşită la ambele baze. Tubul digestiv: limba cu multe crăpături, saburală, inapetenţă, scaune diareice, 5—6 la zi, muco-membranoase şi fetide.

Urina: A. P. Z. = negativ. Tens. art.: 17—8, V. L., R. W. = negativă.

Se institue tratamentul dietetic corespunzător şi din motivul că la această dată nu am găsit în comerţ Nicotilamid, am administrat tratamentul clasic arsenical, dându-i tot la 2 zile 0,10 ctgr. Natr. kokodil subcutan, asociat cu Ca glicerofosforic per os. După 8 inj. diareele dispar, persistând eritemul. Dela această dată nu mai vine la tratament, iar comuna fiind detaşată delà circumscripţie, nu am avut posibilitatea de a-i face control. Revine în primăvara anului 1943, mai slăbit, cu diarei frecvente şi cu dureri în membre, declarând că în anul trecut nu a mai venit fiindcă s'a simţit mai bine. Se începe tratamentul cu Nicotilamid, dar după 3 injecţii de 400 mgr. zilnic, bolnavul nu mai vine nici de data aceasta la tratament. Nu ştim care este situaţia lui azi şi nici de ce nu mai urmează tratamentul.

Observ. Nr. 6. — G. M., femeie casnică, de 17 ani, din com. Tătârlaua, se prezintă la consultaţii în ziua de 14 August 1942, cu un eritem pelagros al dosului mâinilor, cu prurit, usturimi a feţii şi nasului cu descuamaţie pe mărgini, uscăciuni în gură, dureri în extremităţile superioare, fenomene care datează de 4 săpt. A lucrat mult în soare şi din toamnă începând a mâncat aproape numai mămăligă, cu prea puţină pâine.

Organele toraco-abdominale nu prezintă nimic patologic. Urina: A. P. Z. = negativ. Tens. art.: 13—7, V. L.

Se institue regimul antipelagros, se administrează per os Ca glicerofosforic, iar în inj. Nicotilamid 200 mgr. zilnic, timp de 15 zile. La sfârşitul tratamentului toate fenomenele sunt dispărute, starea generală foarte bună. Revăzută în cursul lunei Mai 1943, starea generală se menţine bună, neputând găsi niciun simptom de pelagră.

Observ. Nr. 7. — M. M., femeie casnică, de 63 ani, din com. Tătârlaua, mama bolnavei din Observ. Nr. 4, se prezintă la consultaţii în ziua de 2 Mai 1943, cu eritem pelagros al dosului mâinilor cu ragade şi pigmentaţia pronunţată a tegumentelor, dureri în extremităţi, cefalei, ameţeli, inapetenţă, diarei în număr de 5—6 la zi şi stare generală rea. Tegumentele picioarelor absolut normale. Acest eritem i-a apărut pentru întâia oară în urmă cu 3 ani, când a prezentat şi un eritem al picioarelor. Diarei nu a mai avut până în cursul acestei primăveri. A muncit mult în soare, dar în ultimii doi ani a fost mereu încălţată, deoarece a observat că atunci nu-i mai apar aceste leziuni şi pe picioare. Alimentaţia bogată în mămăligă, ca şi la fiica ei din Observ. Nr. 4.

Cordul uşor mărit în diametru transvers, cu dedublarea sgomotului II mitral. Pulmoni normali. Tubul digestiv: limba cu câteva fisuri, scaune diareice. Urina: A. P. Z. = negativ. Tens. art.: 15—7, V. L., R. W. = negativă.

Se suprimă complect mămăliga şi se institue un regim antipelagros. Intern se dă, per os, Ca glicerofosforic iar în inj. Nicotilamid zilnic 200 mgr. timp de 20 zile. A câştigat 5 kgr. în greutate, dispărând toate fenomenele subiective şi obiective cu care a venit la început.

Observ. Nr. 8. — L. M., femeie casnică, de 33 ani, din com Veseuş, se prezintă la consultaţiile dela Dispensar, în 2 Iunie 1943, având un eritem pruriginos al dosului mâinilor şi picioarelor, foarte pronunţat, cu ragade şi descuamaţii. Tegumentele nasului şi feţii roşii. Are ameţeli, dureri în extremităţi, inapetenţă şi o stare de debilitate generală. Aceste fenomene au apărut prima oară în urmă cu un an, dispărând în cursul iernii. Lucrează mult în soare şi consumă multă mămăligă.

Toraco-abdominal nimic deosebit. Urina: A. P. Z. = negativ. Tens. art.: 14—7, V. L., R. W. = negativă.

Se instiue regimul antipelagros, se dă intern Ca glicerofosforic iar în inj. Nicotilamid, zilnic 200 mgr. După 20 inj. toate fenomenele au dispărut şi bolnava se simte foarte bine. Revăzută la 3 luni, o găsim cu stare generală foarte bună.

Observ. Nr. 9. — M. M., femeie casnică, de 22 ani, din com Sântămărie, se prezintă la consultaţii în 19 Iunie 1943, cu un eritem cu prurit şi descuamaţie a mâinilor şi picioarelor, cu ragade dureroase. Tegumentele nasului

şi feţii hiperemice şi uşor descuamate. Limba cu multe crăpături, inapetenţă. Aceste fenomene îi apar pentru prima oară în cursul lunei Mai 1943, slăbind în forţă şi greutate.

Toraco-abdominal nimic important. Urina: A. P. Z. = negativ. Tens. art.: 11—6, V. L., R. W. = negativ.

Bolnava prezintă însă o anemie foarte pronunţată. (Hemoglobina 60% la Hemoglobinometru Sahli.

Se institue regimul antipelagros, se administrează per os Fe şi As sub formă de picături iar în inj. Nicotilamid, zilnic 200 mgr. timp de 20 zile. La sfârşitul tratamentului bolnava a câştigat în greutate 3 kgr., hemoglobina s'a ridicat la 80%, iar fenomenele cutanate complect dispărute. Revăzută în cursul lunei Oct. se simte foarte bine şi nu mai are nicio plângere.

Observ. Nr. 10. — H. P., bărbat, agricultor, de 59 ani, din com. Veseuş, vine la consultaţii în 10 Iulie 1943, cu o stare de debilitate generală, inapetenţă, dureri în extremităţi, acuzând şi o senzaţie de arsură în vertex şi ceafă, care de 2 luni nu-i dispare niciun moment. La nivelul dosului mâinilor prezintă un eritem cu descuamaţie şi prurit. Tegumentele nasului şi feţii până la buza superioară inclusiv, eritematoase, dureroase şi cu descuamaţie pronunţată. Picioarele normale. Bolnavul ne spune că umblă permanent încălţat. Aceste fenomene au apărut pentru prima dată în cursul lunei Mai 1943, însă de 2 ani este slăbit. Consumă multă mămăligă.

Organele toraco-abdominale nu prezintă nimic important. Urina: A. P. S. = negativ. Tens. art.: 10—6, V. L., R. W. = negativ.

Se institue regimul antipelagros, se dă tot la 2 zile inj. intravenoase de Ca gluconat şi zilnic 200 mgr. Nicotilamid. După 25 inj. bolnavul este complect vindecat, forţele revenite iar tensiunea art. crescută la 13—7, V. L.

Observ. Nr. 11. — D. A., femeie casnică, de 39 ani, din com. Velţ, vine la consultaţii în 16 August 1943, şi ne spune că de 3 ani în fiecare primăvară îi apar pe mâini şi pe picioare crăpături dureroase însoţite de usturimi la lumina solară. In cursul acestei primăveri nu i-au mai apărut aceste crăpături, însă se simte slăbită, uneori e anxioasă, nu poate dormi, are cefalei, inapetenţă şi tulburări în menstruaţie.

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

La examenul obiectiv, în afară de o uşoară îngroşare a tegumentelor dosului mâinilor, nu găsim nimic important. Organele toraco-abdominale normale. Urina: A. P. Z. = negativ. Tens. art.: 13—7, V. L., R, W, = negativă.

Considerând toate aceste manifestaţiuni ca fenomene pelagroase, instituim un tratament în consecinţă, administrând Ca glicerofosfat per os şi Nicotilamid în inj. zilnic 200 mgr. După 20 injecţii întreg aspectul psihic şi fizic al bolnavei este schimbat. Apetitul foarte bun, a câştigat 6 kgr. în greutate, cefaleele şi durerile au dispărut, este bine dispusă şi încrezătoare.

Din observaţiunile de mai sus se vede că marea majoritate a bolnavilor (81,8%) sunt femei, de vârstă adultă, printre bolnavi nefiind niciun copil. Toţi bolnavii sunt ţărani, a căror alimentaţie îşi are ca bază consumul de mămăligă şi alimente conservate, lipsindu-i alimentele de origină animală şi alimentele proaspete, alimente cari conţin principiile protective, inclusiv vitaminele, (cum sunt laptele şi produsele sale derivate, ouăle, carnea şi legumele verzi, având ca rezultat un dezechilibru în metabolismul proteinelor, cu un deficit în metabolismul mineral, în special în Ca, Ph, Fe, iar nevoile în vitamină A, B, C, D, fiind satisfăcute sub necesităţile „limită" ale organismului.

Un alt fapt de observaţie clinică desprins din anamneza bolnavilor de mai sus, este că eritemul pelagros apare primăvara, după expunerea îndelungată a tegumentelor acţiunei razelor solare şi că acest eritem dispare toamna şi iarna când razele solare nu mai acţionează asupra lor. Este concludentă Obs. No. VII, din care desprindem că bolnava, în urmă cu 3 ani, umblând desculţă, a făcut eritemul cu edeme şi la mem-

brele inferioare, dar din cauza ragadelor dureroase dela aceste membre, a fost nevoită a şi le feri de loviturile inevitabile din cursul muncilor agricole, purtând şi vara încălţăminte, eritemul ne mai apărând în anii următori decât la mâini şi acolo foarte pronunţat, tegumentele picioarelor fiind cu totul scutite.

* * *

In faţa acestui tablou, credem că este util ca în rândurile ce vor urma, să expunem câteva consideraţiuni de sinteză asupra etiologiei, patogeniei şi terapeuticei pelagrei, ignorând părerile cari în concepţia actuală nu mai reprezintă niciun interes, adăugând şi modestele contribuţiuni rezultate din observaţiunile personale de mai sus.

ISTORICUL pelagrei la noi, se cunoaşte. Prin introducerea porumbului în Europa, în sec. XVIII, înlocuind în ţara noastră meiul, mămăliga a început să fie baza hranei ţăranului român. Ca o consecinţă apar primele cazuri de pelagră în sec. XIX, prin anii 1810—1830, la început în Moldova, apoi în Muntenia, Ardeal, Bucovina şi Basarabia, cunoscută sub numele de boala săracilor, pârleală, jumuleală, etc., descrisă de **Vârnav, Finkkelstein, Teodori. Tallar** ne-a dat o descriere amănunţită asupra ei, atribuind-o alimentaţiei deficitare din timpul posturilor. Dela această dată cazurile de pelagră sunt în continuă creştere, după cum în creştere este şi cifra mortalităţii prin pelagră. Proporţia pelagroşilor era în 1933 de 343 la 100.000 locuitori, pentru ca în 1937, deci numai după o perioadă de 5 ani, să ajungă la 560 la 100.000 locuitori.

ETIOLOGIA pelagrei continuă a rămânea obscură. Teoriile emise sunt numeroase. Au fost incriminate rând pe rând cauze microbiene ca streptobacilus pellagrae, cauze amibiene, filaria, etc. **Lombroso** şi vechii autori italieni susţineau că alimentaţia unilaterală cu porumb ar fi unica cauză a pelagrei şi mecanismul de producere al ei s'ar datora ciupercilor cari parazitează porumbul dând o intoxicaţie gravă, rezultând din toxinele formate sub acţiunea acestor ciuperci. **Babeş** susţinea că e imposibil ca să nu găsim în orice porumb, chiar nealterat şi boabe parazitate cari condiţionează formarea acestor toxine. Această teorie, numită toxico-zeistă, are meritul de a fi atras atenţiunea asupra rolului hotărîtor al alimentaţiei cu porumb în producerea pelagrei, deşi cercetările clinice şi experimentale de mai târziu, explică altfel mecanismul ei de producere.

Niţescu, reluând aceste cercetări toxico-zeiste, dovedeşte experimental posibilitatea intoxicării cu proteinele regimului maidic. El a arătat că un câine supus unei alimentaţii numai cu mămăligă, moare în scurt timp, reuşind să pună în evidenţă în sângele animalelor şi a bolnavilor pelagroşi existenţa unor fermenţi, numiţi zeinolitici, preconizând reacţia zeinolitică ca mijloc de diagnostic în pelagră, reacţie pozitivă chiar în faza prodromală a boalei.

Abderhalden atribue producerea pelagrei unei insuficienţe alimentare prin lipsa unor amino-acizi din alimentele zilnice, amino-acizi absolut indispensabili organismului, în special glicocolul, triptofanul, tyrozina, cari sunt lipsă din zeină, substanţa azotată a porumbului.

Acestor constatări se mai adaogă şi reaua digestibilitate a porum-

Boston University Library Chi

bului, care aduce o risipă de proteine considerabilă. După autorii italieni **Malfatti, Baglioni, Giaxa,** pierderile de azot ingerat cu regimul maidic se ridică la 20—40%, astfel că organismul este nevoit a utiliza albuminele proprii. **Thomas** a arătat că valoarea alimentară cea mai scăzută din punct de vedere azotat o are porumbul şi că azotul provenit din zeină nu poate înlocui decât 30% din azotul organismului uman, pe când albuminele din carne de ex. înlocuesc aproape integral azotul din corp.

Niţescu a mai dovedit că zeina porumbului nu se descompune în amino-acizi în cursul proceselor de digestie, ci ea trece direct în sânge, fapt care ar explica în parte teoria mai veche a lui Abderhalden a lipsei amino-acizilor din regimul maidic.

Cu toată această carenţă acid-aminată a zeinei, cercetările lui **Boas-Fixen** au dovedit că valoarea biologică a proteinelor maidice nu diferă mult de a proteinelor celorlalte cereale şi că toate substanţele azotate provenite din cereale sunt insuficiente. Organismul mai are nevoie de substanţe protective şi minerale în cantitate suficientă pentru a putea creea echilibrul calitativ între principiile alimentare, vitaminice şi minerale, echilibru condiţionat numai de un regim variat. Valoarea calitativă a raţiei alimentare se desechilibrează oridecâteori organismul este supus unui regim unilateral fie proteic, glucid sau lipoidic. Sursele de unde organismul îşi procură aceste substanţe sunt laptele şi derivatele sale, legumele proaspete, sursa cea mai importantă de vitamine A, B şi C, mărind în acelaşi timp digestibilitatea şi valoarea biologică a proteinelor din cereale, carnea a cărei substanţe azotate au o valoare biologică superioară, conţinând în acelaşi timp Fe, Cu şi factorii antianemici, peştele care pe lângă calităţile cărnii mai conţine iod şi ouăle cu un bogat conţinut în substanţe albuminoide şi vitamine, alimente cari după cum au dovedit atâţia cercetători, lipsesc cu desăvârşire sau în cazul cel mai bun, intră într'o cantitate prea redusă în alimentaţia ţăranului, căruia regimul maidic şi chiar consumul de grâu nu-i pot procura aceste principii protective.

Carenţa minerală de pe urma acestui regim deficitar se manifestă prin lipsa calciului, fierului, cuprului şi fosforului în procesele de metabolism ale organismului. **Mellamby** a dovedit mai recent că toate cerealele conţin un principiu demineralizant, cu acţiune toxică asupra organismului se produce în mod activ, sub acţiunea acestei toxamine, prin ingerarea de prea multe cereale. **Prof. Niţescu,** plecând dela aceste constatări a Prof. Mellamby, a studiat efectul alimentaţiei cu mămăligă asupra metabolismului mineral la om, demonstrând că prin urină şi materii fecale se pierde o cantitate mai mare de Ca şi Ph decât se ingerează prin regimul maidic. Aceste pierderi pot fi potenţate sau micşorate de unele alimente care complectează regimul alimentar. Astfel leguminoasele conservate ca: varza, ceapa, murăturile, urzicile, fasolea uscată, etc., accentuează pierderea de Ca şi Ph, pe când laptele, brânza, ouăle o micşorează până chiar la obţinerea unui câştig. Aceste pierderi sunt mai accentuate în lunile de iarnă şi primăvară, cu mai puţine raze ultraviolete. Deci porumbul, pe lângă insuficienţa biologică a proteinelor sale, are şi o acţiune puternică demineralizantă, acţiune care poate fi

Digitized by Centrul Creator Transylvania Library Cluj

contrabalansată prin adăugarea la hrana zilnică a laptelui, brânzei, ouălor. Tot Nițescu a demonstrat că porumbul de recoltă nouă are o acțiune demineralizantă și mai puternică decât cel vechiu.

Nu putem încheia această trecere în revistă, fără a arăta că defectele regimului rural au o repercusiune desechilibrantă și asupra chimismului gastric și intestinal. Sunt bine cunoscute hipo- și aclorhidria pelagroșilor, tulburări cronice care au fost găsite chiar și atunci când nu s'au găsit manifestațiuni clinice evidente de pelagră, cu deosebire în regiunile pelagrogene. Excesul de acizi organici cu fermentațiunile acide consecutive și putrefacțiunile favorizate de stagnarea îndelungată a zeinei în intestin, reduc rezerva alcalină a organismului, dând o acidoză cu insuficiență hepatică și renală, procese de autointoxicație cronică, trădând un profund dezechilibru metabolic.

Rezistența organismului țăranului român împotriva acestor erori alimentare, este extrem de puternică, totuși Prof. Nițulescu, numind „surmenaj metabolic", aceste epuizări progresive de rezistență, atribue un rol covârșitor defectelor de alimentație și relei igiene, în scăderea vitalității populațiunei rurale.

Cercetările expuse până aici tind deci să demonstreze că pelagra s'ar datora excesivului dezechilibru alimentar din care lipsesc principiile protective în special, dezechilibru provocând o autointoxicație cronică datorită proceselor de putrefacție și fermentație din regimul maidic, din care lipsesc alimentele de origină animală și legumele proaspete, iar substanțele proteice ale porumbului fiind de o valoare biologică inferioară și cu o puternică acțiune demineralizantă, produc alterațiuni metabolice profunde, cărora se adaugă procesele de intoxicație fie prin fermenții zeinolitici a lui Nițescu, fie prin toxamina lui Mellamby.

Cu descoperirea vitaminelor, cercetările patogenice asupra pelagrei capătă noi directive și încă Funk atribue pelagra unei avitaminoze, iar mai târziu, prin descoperirea complexului B_2, care cuprinde factorii creșterii, factorii antipelagroși — vitamina P. P. prevent pellagra (a lui Goldberger) — și factorii antianemici, o seamă de cercetători demonstrează rolul hotărîtor al carenței acestui complex vitaminic în producerea pelagrei. Acțiunea vitaminei P. P. este de a regulariza metabolismul proteinelor vegetale, neutralizând toxicitatea lor. Simptomele avitaminozei B_2 constau din tulburări în creștere, tulburări digestive (ca achilie, diarei și simptome cutanate ca eritem și pigmentația tegumentelor, deci întreaga simptomatologie a pelagrei. Cum însă regimul cerealier al populației nevoiașe, este sărac și în vitamina A, a cărei lipsă se traduce prin scăderea rezistenței organismului și predispoziția pentru îmbolnăviri oculare și cutanate, provocând în același timp anaclorhidria până la achilie în chimismul gastric, sărac și în vitamina D, a cărei lipsă produce o demineralizare fosfo-calcică a organismului, constatată în mod constant în metabolismul pelagroșilor, sărac și în factorul C, ascorbic, cu acțiune reductoare, s'a crezut că pelagra se datorește unei polihiposau avitaminoze. Prin descoperirea acidului nicotinic de către cercetătorii americani Spies și Elvehjem în 1937, s'au adus noi argumente pentru existența vitaminei P. P., admițându-se ca cea mai concludentă teorie patogenică asupra pelagrei, avitaminoza specifică prin

BCU Iași / Central University Library Iași

carența vitaminei P. P. Examinările biochimice au dovedit că regimul pelagroșilor și în special porumbul e foarte sărac în vitamina nicotinică.

Această vitamină lucrează ca metabolit luând parte la sinteza fermenților indispensabili respirației celulare și tisulare. Tratamentul cu acid nicotinic a dus la rezultate surprinzătoare, comunicate de **Spies** și autorii americani, precum și de autorii germani **Stepp**, **Schröder** și alții. La noi, **Tomescu** și colaboratorii au publicat rezultate în tratamentul pelagrei cu ac. nicotinic, cu mult superioare oricărei alte încercări terapeutice în această afecțiune.

Dar cercetările lui **Massa**, care constată un exces de pigment porfirinic în urina pelagroșilor, aduc pe primul plan problema acțiunei patogenice a iradiațiilor solare în prezența acestor substanțe fluorescente și fotosensibilizatoare. Intr'un studiu critic, după care vom da în rezumat această concepție, Prof. **Proca** expune, în România Medicală din 15. IV. 1941, stadiul actual al acestor cercetări. Plecând dela asemănările dintre pelagră și tabloul clinic al porfiriei acute, **Massa**, **Roncoroni**, **Ricciteli**, au examinat metabolismul alterat al pigmentului porfirinic, constatând că urina conține în mod normal foarte puțină porfirină, însă această cantitate este depășită în stări de porfirie ca și în pelagră.

Porfirinele fac parte din grupul pigmenților tetrapirolici și sunt produse de celulele vii — bacterii, levure, ciuperci, bacterii intestinale — luând parte în combinație cu fierul la formarea hemoglobinei, iar în combinație cu magneziul fac posibilă sinteza clorofilei. In concentrații normale — concentrații menținute de un mecanism regulator — ele au un rol și ca stimulente funcționale în hematopoeză, în metabolismul hidrocarbonat, etc. O parte din ele se elimină prin urină și materii fecale, iar altă parte trece în ficat care lucrează ca un organ de dezintoxicare prin funcțiunea sa porfirinolitică.

Origina porfirinelor aflate în organism, este exogenă, provenind din alimente ca: porumb, grâu, cartofi, sfecle și zarzavaturi și endogenă rezultând din distrugerea hemoglobinei care se scindează în fier și porfirină la nivelul ficatului. In cazuri de insuficiență hepatică acest proces de scindare a hemoglobinei și transformarea ei în fier și porfirină, este cu mult mai accentuată. Mecanismul regulator al concentrației porfirinelor are rolul de a stabili echilibrul între pigmentul exogen și endogen pe de-o-parte, iar pe de altă parte între cantitatea de porfirină folosită, eliminată și distrusă.

Concentrația porfirinei în organism stă și sub influența unui alt factor și anume: afinitatea celulelor și țesuturilor pentru pigmenții porfirinici, pe care îi fixează în cantitate variabilă. Eritrocitele fluorescente sau fluorescytele lui Keller și Segels nu ar fi altceva decât hematii care au fixat porfirină. Porfirina se mai găsește în mod constant și în piele și oase, realizând prin această depoziție un dublu efect folositor organismului: 1. constituie rezerva ce ar putea fi folosită în cazuri de carență și 2. imobilizează porfirina liberă, vătămătoare.

Prezența porfirinelor în organism numai atuncea este vătămătoare dacă concentrația ei în sânge și alte organe crește. Simptomele morbide nu apar decât la lumină, sub acțiunea razelor ultraviolete. Injecțiile de porfirină la șoareci, șobolani și cobai, nu le produce nicio tul-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

burare la întuneric, însă imediat ce ei sunt expuşi la lumină, prezintă reacţiuni intense cutanate. Proca citează autoobservaţiunea lui Meyer-Betz, care, injectându-şi hematoporfinină, nu observă la întuneric în afară de duréri la nivelul ficatului, nicio reacţiune, dar expunându-se luminei solare, numai după 10 minute, apare roşaţa pielii cu descuamaţie şi pigmentaţie consecutivă.

In concluzie eritemul pelagros s'ar datora descărcării masive şi în mod brusc a depozitelor de porfirină acumulate de organism, dând pielii fotosensibilitatea exagerată, iar acţiunea razelor solare de primăvară, declanşând pe acest teren de alterare metabolică a porfirinelor, fenomenele cutanate din pelagră. Azi se admite existenţa substanţelor fluorescente în porumb, a cărui conţinut în porfirină liberă este dovedită.

Günther, citat tot după Prof. Proca, constată că femeile sunt mai expuse la porfirii. Acelaşi fenomen îl observăm şi la pelagră. Din observaţiile noastre 81,8% sunt femei, iar dacă mecanismul de producere al pelagrei se explică prin alterarea metabolismului porfirinic, ne explicăm şi dece pelagra este aşa de rară la copii. Copiii fixează porfirinele libere în ţesutul osos, iar acţiunea de neutralizare a lor prin funcţiunea porfirinolitică a ficatului este mai activă în copilărie şi tinereţe.

Chiar simptomele abdominale, nervoase şi psichice din pelagră având o asemănare netă cu simptomele unor forme de porfirii, indică în mod neîndoios acţiunea fototoxică a porfirinei în producerea lor.

Experimental s'a putut dovedi, atât în vivo cât şi în vitro, acţiunea toxică a pigmenţilor porfirinici şi intoxicaţia experimentală cu porfirină reproduce fidel simptomatologia a porfirinopatiilor.

Proca crede că regimul maidic nu este numai fotosensibilizator, ci prin lipsurile sale, alterează metabolismul porfirinelor, proces la care carenţa polivitaminică contribue în largă măsură, dând astfel explicaţia producerii pelagrei.

Că lumina solară are un rol decisiv în mecanismul de producere al pelagrei, reiese evident şi din observaţiunile noastre. In toate cazurile constatăm o expunere intensă a tegumentelor acţiunei razelor solare iar acolo unde picioarele erau ferite prin încălţăminte, eritemul este absent, de şi în anii precedenţi fenomenele şi la acest nivel erau deosebit de intense, după cum am văzut în Obs. No. II şi X şi mai ales în Obs. No. VII, demonstrativă sub acest raport. Faptul că eritemul apare, cu toate manifestaţiile lui, şi pe faţă şi pe nas, dovedeşte şi mai mult că apariţia lui este condiţionată de un proces fotosensibilizator, 72,7% din observaţiile noastre prezentând alteraţiuni tegumentare la faţă şi nas.

SIMPTOMATIC, pelagra are 4 faze:

Faza I-a, prodromală, constând din epuizări progresive a puterii de rezistenţă a organismului, astenie, cefalei, dure în extremităţi asupra cărora a insistat încă Babeş şi pe care le-am găsit constant în observaţiile noastre. Este faza de „surmenaj metabolic" a Prof. Niţulescu.

Faza II-a a manifestaţiunilor cutanate, caracterizate prin eritem, edeme, ragade, prurit, îngroşarea tegumentelor şi descuamaţie.

Faza III-a, a tulburărilor gastro-intestinale, nervoase şi psichice, caracterizată prin inapetenţă, tulburări ale chimismului gastric şi intestinal, slăbirea în greutate, scaune frecvente diareice, exagerarea reflexelor,

BCU Cluj / Central University Library Cluj

hiperestezii ca tulburări nervoase şi tulburări psihice ca delir, psichoze agitate melancoliforme, epileptiforme ori demenţiale, însoţite uneori de tulburări trofice şi vizuale.

Faza IV-a, este faza leziunilor ireversibile.

TRATAMENTUL pelagrei se bazează pe cunoştinţele ce le avem asupra etiologiei şi patogeniei ei. Inlocuirea regimului cu exces de porumb şi instituirea unui regim variat şi bogat în substanţe protective, în special lapte, brânză, ouă, unt, tratament dietetic pe care l-am aplicat din prima zi tutulor bolnavilor noştri, este condiţia esenţială şi baza tratamentului antipelagros şi în acelaşi timp şi punctul de plecare al unei profilaxii în masă a pelagrei. Distribuţia pe 2 hărţi comparative a pelagrei şi a vacilor de lapte în România, publicate de **Claudian**, demonstrează elocvent că frecvenţa pelagrei este mare tocmai în regiunile unde lipsesc vacile de lapte. Această constatare este deosebit de importantă pentru măsurile ce urmează a se lua în scopul combaterii acestei boli sociale.

O achiziţie preţioasă în tratamentul etiologic al pelagrei, este descoperirea acidului nicotinic. Aplicând acest tratament bolnavilor noştri, cu excepţia bolnavului din Obs. No. 1, la care am aplicat tratamentul clasic arsenical şi la bolnavul de sub Obs. No. V, care a părăsit acest tratament după primele injecţii fără a avea posibilitatea de a-l controla, tratamentul cu Nicotilamid „Merck", ne-a dat cele mai bune rezultate la care ne puteam aştepta. Din cele 9 cazuri tratate cu Nicotilamid, constatăm vindecarea completă în toate cazurile. Tratamentul s'a aplicat între 15—25 zile, administrând zilnic 200 mg. Nicotilamid în inj. Deja după a 7—8 injecţie fenomenele cutanate, nervoase, gastro-intestinale dispar, bolnavii devenind bine dispuşi, încrezători şi câştigând în greutate. In opoziţie cu aceste rezultate, acolo unde am aplicat tratamentul clasic arsenical, rezultatul a fost sub nivelul aşteptat, un bolnav sucombând în fenomene de psichoză, iar altul prezentând o recidivă în anul următor, după un tratament — adevărat insuficient — de arsen.

Considerând ca un moment important în patogenia pelagrei, constatările lui **Niţescu**, care dovedeşte demineralizarea fosfo-calcică a organismului pelagros şi bazat pe aceste cercetări a marelui fiziolog, am administrat în toate cazurile, timp îndelungat, sub forma glicerofosfatului de calciu 10/200, aceşti componenţi minerali atât de necesari organismului. Dacă rezultatele obţinute au fost aşa de mulţumitoare chiar cu dozele mici de ac. nicotinic administrate, considerăm că ele se datoresc acţiunei convergente a acestei asocieri vitamino-minerale în terapeutica pelagrei.

Pentru protecţia tegumentelor împotriva acţiunei razelor solare am aplicat pe pielea feţii, mâinilor şi picioarelor un unguent indiferent, care pe lângă proprietatea lui protectoare, mai are şi o acţiune emolientă asupra tegumentelor îngroşate şi cu ragade dureroase.

De sigur că numărul de cazuri tratate prin această metodă este mult prea redus ca să ne poată îndreptăţi la concluziuni valabile pentru un tratament definitiv fixat al pelagrei, dar rezultatele mai mult decât mulţumitoare ne îndeamnă ca să le semnalăm şi să continuăm a le aplica şi pe mai departe, convinşi că vom obţine aceleaşi bune rezultate.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Spit. de stat din Brăila

VALOAREA SEMIOLOGICĂ A STAZEI PAPILARE *).

de

D-r V. SĂBĂDEANU
Medic primar

Sub denumirea de stază papilară se înţelege o stare edematoasă a nervului optic, care din punct de vedere clinic se traduce printr'o proeminare mai mult sau mai puţin accentuată a papilei în interiorul vitrosului.

Staza papilară a fost observată mai întâiu la autopsie cu aproape un secol în urmă. In acelaşi an a fost semnalată şi la examenul oftalmoscopic al fundului de ochi, ca un aspect particular al papilei. Importanţa ei clinică n'a fost sesizată însă dela început. La câţiva ani după semnalarea ei, Graefe o numeşte Staungspapille — papilă de stază — considerând-o ca o simplă stază venoasă. Această denumire s'a generalizat apoi şi este cea mai răspândită şi astăzi. Totuşi ulterior, în cursul nesfârşitelor discuţii asupra patogeniei ei, lumea a înclinat s'o numească papilă strangulată, sau papilă edematoasă. Printre neuro-chirurgi este răspândită denumirea de edem simplu al papilei, pentru a o deosebi de edemul inflamator, adică de nevrita optică edematoasă. Intre aceste două leziuni ale papilei, Uhtoff a voit să tragă o limită geometrică, considerând de stază papilară numai proeminările de peste 2 dioptrii deasupra planului retinian.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Aspectul oftalmoscopic al stazei papilare este tipic: un edem mai mult sau mai puţin accentuat, limitat strict la zona papilară, face ca papila mult lărgită să proemine în vitros, adeseori pe o înălţime de 2—3 mm. Conturul obişnuit al papilei nu se mai observă. Desenul şi culoarea ei normale sunt şterse. Arterele mult subţiate contrastează puternic cu venele turgescente şi sinuoase. Capilarele foarte evidente şi adeseori plesnite dau naştere la numeroase hemoragii în formă de limbi de foc, situate în cea mai mare parte la limita zonei edematoase paralel cu traiectul fibrelor optice. Mici exudate strălucitoare diseminate la nivelul papilei edematoase sau dispuse sub forma clasică a stelei maculare pot completa tabloul caracteristic al fundului de ochiu în staza papilară instalată. Restul fundului de ochiu deobiceiu este normal.

Debutul stazei papilare se face, după unii autori, prin fenomene congestive vasculare, cărora le urmează edemul caracteristic. După alţii, edemul este fenomenul primar şi manifestaţiile vasculare apar secundar.

Ca forme clinice particulare vom menţiona stazele trecătoare şi recidivante. Apoi formele unilaterale şi pe acelea în care edemul se mărgineşte la o jumătate de papilă. Vom aminti de asemenea posibilitatea, ca staza papilară să apară la nivelul unui nerv optic care a suferit anterior o atrofie primitivă.

Sensoriul este multă vreme intact sau foarte puţin alterat în staza papilară. Datorită acestui fapt s'a ajuns la formula memotehnică: leziuni

anatomice şi turburări funcţionale = papilită; leziuni anatomice fără turburări funcţionale = stază papilară. Dar această formulă nu este pe deantregul valabilă.

Mai ales, că frecventa asociere a fenomenelor inflamatorii cu acele de stază propriu-zisă este foarte bine cunoscută.

Turburarea vizuală, care apare de timpuriu şi care constituie în multe cazuri semnalul de alarmă al hipertensiunei intracraniene, este obnubilaţia intermitentă, numită şi eclipsă vizuală. Aceasta este o pierdere bruscă şi trecătoare a vederei, cu durată de câteva secunde sau câteva minute, ce se poate repeta la câteva săptămâni, la câteva zile sau de mai multe ori în curs de 24 ore. Adeseori acest simptom impune examenul fundului de ochiu şi face să se descopere staza papilară. Pierderea progresivă şi definitivă a vederii survine numai târziu în cursul procesului de atrofie post-stază a nervului optic. Ea poate fi precedată însă de lărgirea petei oarbe a lui Mariotte sau de îngustarea concentrică a câmpului vizual.

Evoluţia obişnuită a stazei papilare se face spre atrofia optică. Această atrofie cu marginile papilare şterse, neregulate, constituie un tip de atrofie caracteristic, numit atrofia post-stază. In cursul acestui proces de atrofie papila se turteşte, devine palidă. Venele rămân însă multă vreme turgescente şi sinuoase. In acelaşi timp câmpul vizual se reduce progresiv, iar acuitatea vizuală scade în aceeaşi măsură. Cecitatea se instalează încet, dar definitiv.

Evoluţia stazei papilare este în general lentă şi cuprinde mai multe luni.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Se citează însă cazuri cu durată mai îndelungată. Astfel într'un caz descris de Leslie Paton, staza papilară a fost singurul simptom al hipertensiunei intra-craniene timp de 18 ani. Pe de altă parte De Martel, Monbrun şi Guillaume citează un caz în care staza s'a instalat în câteva zile, iar evoluţia ei rapidă spre atrofia inevitabilă a trebuit să fie întreruptă printr'o intervenţie operatorie urgentă.

La copii se pot observa cazuri de regresiune spontană a edemului de stază, datorită decompresiunei date de disjoncţiunea suturilor craniene. Tot la copii se pot observa în cazuri excepţionale atrofii papilare cu margini regulate după stază.

Trepanaţia decompresivă face să regreseze staza papilară şi poate duce la revenirea mai mult sau mai puţin completă a sensoriului dacă ea s'a făcut în timp util. Această regresiune după trepanaţie se face lent. Se observă dela primele săptămâni, dar nu este totală decât după aproximativ două luni.

Uneori la sfârşitul procesului de regresiune a edemului papila păstrează un aspect palid, atrofic, care contrastează cu starea funcţională normală sau aproape normală a ochiului.

Prognosticul stazei papilare după trepanaţia decompresivă depinde însă în mare măsură de faptul dacă deodată cu trepanaţia s'a făcut sau nu şi extirparea tumorei, ca şi de localizarea acesteia.

Indată după descoperirea stazei papilare problema patogeniei ei

a dat naştere la o nesfârşită serie de discuţii şi controverse. Graefe a explicat-o ca o stază venoasă datorită compresiunei asupra sinusului cavernos. Schmidt şi Mann au atribuit-o deplasării directe a lichidului cefalo-rachidian sub presiune de-a-lungul tecilor nervului optic prin anumite comunicaţii între spaţiile sub-arachnoidiene cerebrale şi spaţiile intervaginale. Pflüger şi Leber, ca şi Elschnig consideră staza papilară ca o nevrită inflamatorie, care după Deutschmann, ca şi după Thorner ar fi provocată de o toxină, ce circulă în L. c. r. Parinaud, Rochon-Duvigneaud, Stănculeanu şi alţii au văzut în staza papilară un edem descendent al chiasmei. Strangularea nervului edemaţiat la nivelul canalului optic şi a inelului scleral accentuiază staza. Acestei împrejurări s'a încercat să i se atribuie faptul, că la miopi staza papilară s'ar întâlni mai rar. Se ştie, că aceştia au inelul scleral mai slab şi mai lărgit din cauza alungirii polului posterior. Dupuy-Dutemps şi Deyl, consideră edemul cerebral şi staza papilară ca două stări patologice independente una de alta. După părerea lor staza papilară este dată de comprimarea locală a venei centrale a retinei la nivelul trecerii sale în spaţiul vaginal, de către lichidul cefalo-rachidian hipertensiv.

Schieck atribue afecţiunea tot presiunei lichidului cefalo-rachidian, dar această presiune nu se exercită asupra venei centrale direct, ci prin intermediul curentului limfatic perivascular blocat. Behr de asemenea consideră staza papilară ca o consecinţă a unei blocări în circulaţia limfatică locală, dar spre deosebire de autorii de mai sus, el crede, că această blocare se face de-a-lungul fascicolelor nervoase şi nu de-a-lungul vaselor centrale ale retinei, presiunea lichidului cefalo-rachidian exercitându-se direct asupra nervului optic la nivelul eşirei craniene a canalului optic. Benedict şi Dor, Claude, Lamahe şi Dubar, Baillard şi Magiiot văd în staza papilară o turburare vasomotorie. Hipertensiunea intra-craniană provoacă o hipertensiune în artera centrală a retinei, ca o adaptare vasomotorie reflexă la nouile condiţii circulatorii. La un moment dat artera centrală a retinei nu mai poate face faţă hipertensiunei mereu crescânde a lichidului cefalo-rachidian şi se produce o asistolie locală cu edemul inerent. Lauber şi Sobanski susţin, că turburarea principală este în circulaţia venoasă şi că staza apare ca o consecinţă a urcărei tensiunii în vena centrală a retinei.

După cum vedem patogenia stazei papilare este foarte discutată. Clinica şi anatomia patologică n'au putut aduce până în prezent o conciliere în aceste discuţii de ordin teoretic. Se pare, că le va reveni neurochirurgilor rolul de a lămuri această problemă prin observarea atentă a condiţiilor patologice ce stau la baza stazei papilare. Ceea ce apare însă din ce în ce mai evident este faptul, că această afecţiune nu este o turburare locală redusă la papila propriu-zisă, ci este un simptom important în cadrul unui complex patologic mai larg, în strânsă legătură cu edemul cerebral.

Este de asemenea sigur, că ea apare în condiţii patologice variate.

Compresiunea jugularelor sau blocarea ventriculului al III-lea o pot produce în aceeaşi măsură.

* * *

Să vedem acum împrejurările clinice în care apare staza papilară şi să desprindem importanţa ei semiologică.

Leziunea poate apare în afecţiuni locale ale ochiului, ca în perforaţii cu scurgeri abundente de vitros sau în choroiditele acute. In primul caz ea este consecinţa hipotensiunei oculare pronunţate. In al doilea, se datoreşte contactului cu vreun focar inflamator choroidian. Valoarea ei semiologică în aceste cazuri este nulă.

Ea se poate întâlni şi în unele afecţiuni orbitare, ca în tumorile orbitei, sau mai ales în tumorile nervului optic, unde prezenţa sa într'un grad mai mult sau mai puţin accentuat este constantă. Datorită existenţei concomitente a altor simptome mai aparente şi mai caracteristice, importanţa ei semiologică este redusă şi în aceste cazuri.

Dar capitolul patologic, în care staza papilară capătă o deosebită importanţă, este capitolul tumorilor cerebrale. Aceasta datorită atât gravităţii prognosticului vizual, care singur este deajuns pentru a pune indicaţia de trepanaţie decompresivă, cât şi frecventelor cazuri în care turburările vizuale în legătură cu staza sunt printre primele sau printre cele mai alarmante simptome ale unei tumori cerebrale.

Vom examina aici caracterele particulare şi frecvenţa stazei papilare după natura, după ritmul de desvoltare şi după sediul tumorei cerebrale.

Menţionez, că sub numele de tumoră se înţeleg nu numai neoplasiile, şi tumorile inflamatorii, ca gomele luetice şi tuberculoase.

După unii autori, natura tumorii n'are niciun rol în producerea stazei papilare. După alţii, dimpotrivă, acest rol este deosebit de mare. Aşa de ex. se ştie, că în cursul gliomului cerebral staza papilară este foarte frecventă şi apare de timpuriu. Acest lucru a fost demonstrat de colaboratorii şi elevii lui Clovis Vincent, — care la un număr de 424 gliome numai în 5% au găsit fundul de ochiu normal. Mult mai discutată este frecvenţa stazei în meningiomul cerebral, care în general constituie cam 12 procente din tumorile cerebrale. Pe de-o-parte autori de vază consideră staza ca relativ rară. Ei explică acest lucru prin faptul, că meningiomul nu infiltrează creierul, ci îl comprimă numai. Pe de altă parte aceeaşi statistică făcută în serviciul lui Clovis Vincent arată, că modificările papilare produse de meningiomul cerebral depind în mare măsură de localizarea acestuia. Pe când în unele localizări staza papilară este într'adevăr rară, în meningiomul olfactiv ea atinge un procent de 70—80%, iar în acela al micei aripi sfenoidale un procent de 92%.

In tumorile cerebrale metastatice staza papilară se întâlneşte cam într'o treime a cazurilor, dacă se iau în considerare toate metastazele descoperite la autopsie. Dacă se consideră însă numai cazurile cu simptome de hipertensiune intracraniană manifestă, frecvenţa stazei apare mai mare.

Se admite în general, că frecvenţa stazei papilare variază mult după sediul tumorei cerebrale. In unele localizări ea este foarte frecventă, pe când în altele este relativ rară.

Astfel în tumorile ventriculului al patrulea şi al nervului acustic ea se găseşte aproape în mod constant.

CC-0. Colegiul Medicilor din Romania

In tumorile cerebelului frecvenţa ei este aproximativ de 90%. Stahli consideră de caracteristic pentru aceste tumori faptul, că staza papilară se însoţeşte de numeroase hemoragii papilo-retiniene şi de scăderea bruscă a vederii. Tot atât de des se semnalează staza în neoplasiile epifizei şi ale tuberculilor quadrigemeni.

Tumorile lobului occipital produc stază papilară aproximativ în 78% a cazurilor. Ele, ca toate tumorile hemisferelor în general, sunt compatibile cu păstrarea îndelungată a unui sensoriu nealterat, dacă se găsesc în afara zonei calcarine sau cuneiene.

Statisticile tumorilor parietale arată stază papilară în 84—85%.

In acele ale lobului temporal frecvenţa ei scade la 53% după Martin.

Dar, Leslie Paton, Hartmann, Cushing consideră staza papilară ceva mai frecventă şi în aceste cazuri.

In neoplasiile lobului frontal datele statistice variază foarte mult.

Unii autori ne dau o frecvenţă de 50—55%, alţii de 88% de stază papilară. Această diferenţă este dată, după Clovis Vincent, de faptul că, nu s'a ţinut seamă de natura şi mai ales de sediul neoplasiei. In gliomele frontale staza papilară este în general frecventă. In meningiome ea depinde mult de localizare. Pe când în meningiomul tuberculilor şelei este excepţional de rară, în acela al aripei mici a sfenoidului atinge o frecvenţă de 92%, iar în meningiomul olfactiv de 74%. In aceste din urmă 2 localizări staza papilară este adeseori unilaterală şi contralaterală şi se însoţeşte de atrofie optică simplă de partea tumorii, constituind sindromul lui Forster-Kennedy. In meningiomul parasagital staza este rară şi tardivă.

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

In tumorile protuberanţei ea este de asemenea rară. Absenţa ei contrastează aici cu abondenţa semnelor cordonale şi nucleare.

In tumorile nucleilor cenuşii centrali, a stratului optic, a centrului oval şi a zonei rolandice frecvenţa stazei papilare este de numai 50—60%.

Şi mai rară este în tumorile corpului calos, a pedunculului cerebral, a bulbului, a ventriculilor laterali şi a ventriculului al III-lea, dacă tumora nu blochează acveductul lui Silvius. De asemenea este rară în tumorile bazilare şi în special în acele ale hypofizei. Fac excepţie, după cum am văzut, meningiomele aripei mici a sfenoidului.

Tumorile chiasmei optice sau acele din vecinătatea ei, de cele mai multe ori nu dau naştere la stază papilară, ci mai degrabă la o atrofie optică totală sau numai temporală. Totuşi, se poate întâlni staza în unele meningiome supra-selare sau în unele cranio-faringiome, care astupând gaura lui Monro, provoacă o dilataţie ventriculară şi hipertensiune intracraniană.

Tot în tumorile chiasmei sau din apropierea ei se poate întâlni starea clinică, pe care am menţionat-o mai sus, când staza apare la nivelul unei papile, care anterior suferise o atrofie simplă. In aceste cazuri, deosebirea unei staze papilare în curs de atrofie de o stază grefată pe o papilă atrofică este greu de făcut.

Se notează, că staza unilaterală în cele mai multe cazuri, cores-

punde unei tumori de aceeaşi parte. De asemenea în cazul unei staze bilaterale de grad inegal avem şansa mai mare de a localiza tumora cerebrală de partea stazei mai pronunţate. In cazul tumorilor frontale, însoţite de sindromul lui Forster-Kennedy, tumora se găseşte mai des de partea atrofiei optice. Leslie Paton explică acest fapt prin compresiunea pe care o exercită tumora dela început asupra nervului optic, împiedecând formarea stazei papilare prin întreruperea curentului limfatic perinervos.

Sindromul lui Forster-Kennedy, caracteristic pentru tumorile feţei inferioare a lobului frontal, deşi nu face parte propriu-zisă din sindromul chiasmatic, se poate întâlni totuşi în unele tumori ce evoluează în apropierea chiasmei, sau în unele arachnoidite optochiasmatice.

Rezumând literatura referitoare la staza papilară, Velter ne dă următoarea ordine de frecvenţă a ei în tumorile cerebrale.

In primul rând vin tumorile fossei posterioare: tumorile cerebelului, ale ventriculului al 4-lea, ale pedunculilor şi protuberanţei şi ale nervului acustic. Urmează în ordine descrescândă tumorile epifizei, ale lobului occipital, ale lobului frontal, ale lobului temporal, ale corpului calos şi ale ventriculilor laterali.

Tumorile bazilare ale regiunii chiasmatice şi infundibulo-tuberiene nu dau stază papilară decât într'un stadiu înaintat, când prin volumul lor apasă asupra ventriculului al III-lea.

Hartmann şi Guillaumat într'o importantă lucrare statistică asupra aspectului fundului de ochiu în tumorile intracraniene, stabilesc că: gliomele dau în general un procentai de 76% de stază papilară faţă de meningiome, care provoacă stază papilară abia în 40% a cazurilor; — tumorile fossei posterioare produc stază în 71% a cazurilor; meningiomele etajului anterior o provoacă în 33%, pe când tumorile de altă natură ale aceluiaş etaj se însoţesc de stază în 58% a cazurilor.

Inflamaţiunile cronice ale encefalului, sifilisul şi tuberculoza, se pot însoţi de asemenea de stază papilară în anumite împrejurări. Aşa Hartmann şi David o notează într'un caz de gomă intra-cerebrală voluminoasă, într'un caz de arachnoidită luetică cu stenoza orificiului inferior al ventriculului al 4-lea şi dilatarea celorlalţi ventriculi, ca şi într'un caz de encefalită sifilitică cu edem cerebral. S'a mai observat stază şi în câteva cazuri de ramolismente cerebrale prin arterită luetică.

Tuberculul bacilar, care la copii constituie o formă frecventă de tumoră cerebrală, poate provoca de asemenea staza papilară. In meningita bacilară existenţa stazei, ca şi a altor modificări papilare, este mult discutată. Dupuy-Dutemps, o indică în 9%, Uhtoff în 5% a cazurilor, pe când Boardin nu găseşte nicio modificare a fundului de ochiu în cursul acestei boli. Acest autor, ca şi Dupuy-Dutemps, explică lipsa, respectiv raritatea leziunilor papilare în această boală prin simfiza meningeală, care izolează de timpuriu tecile nervului optic de spaţiile meningeale.

Dar staza papilară se întâlneşte şi în afecţiunile inflamatorii acute intracraniene. Printre acestea primul loc îl ocupă infecţiunile de origine otitică. Mai rar în ventriculitele hipertensive, mai des în meningite şi îndeosebi în. meningita cerebeloasă, în care staza papilară este extrem

BCU Cluj / Central University Library Cluj

de frecventă. O găsim de asemenea destul de des în abcesele cerebrale.

White stabilește următoarea frecvență a stazei papilare în diferitele afecțiuni intracraniene de origine otitică: în abcesele temporo-parietale în 60%, în abcesele cerebeloase în 58%, în meningitele otogene în general în 43%, în tromboflebitele sinusului lateral în 40%, în meningitele seroase în 30% a cazurilor. In abcesele extradurale staza este foarte rară.

Velter atribuie frecvența urcată a stazei papilare în abcesele cerebrale faptului, că aceste abcese având o lungă perioadă de latență, examenul fundului de ochiu nu se face decât într'un stadiu înaintat, când există deja o hipertensiune manifestă a lichidului cefalo-rachidian. Intr'un oarecare număr de cazuri de abcese cerebrale sau cerebeloase staza papilară este unilaterală. Această stază unilaterală în abcesele cerebeloase se găsește totdeauna de partea leziunii. In abcesele cerebrale însă nu se găsește de aceeași parte decât în proporție de 80%.

Este de reținut, că în unele cazuri edemul papilar nu apare decât după evacuarea chirurgicală a unui abces cerebral, ca o consecință a reacției meningeale ce urmează după evacuare. Acest edem dispare, de cele mai multe ori, după o injecție de ser glucozat hipertonic.

Observațiile clinice arată, că dacă în cursul unui abces cerebral staza papilară ia o desvoltare bruscă, înseamnă că ne găsim în fața unei encefalite difuze. Intervențiile chirurgicale făcute în acest stadiu dau o mortalitate foarte urcată. Deaceea este indicat ca un abces cerebral să nu se opereze, decât dacă staza papilară este staționară.

Prof. Univ. Dr. Gheorghe Marinescu Library Cluj

Staza papilară se întâlnește destul de des și în encefalita epidemică, în care poate fi provocată fie de procesul inflamator propriu-zis, fie de hipertensiunea intra-craniană. Ceva mai rar se întâlnește în scleroza tuberoasă și neurofibromatoasă, îndeosebi când o tumoră neurofibromatoasă cuprinde nervul optic sau nervul acustic. Cu totul rar poate să apară și în scleroza în plăci în care se poate combina cu atrofia papilară caracteristică acestei boli.

Tot așa de rar se produce staza papilară în traumatismele craniene, fie că apare de timpuriu, ca un semn al unei hemoragii sau infecții intra-craniene, fie că apare târziu și constituie simptomul revelator al unui abces cerebral.

Anumite intoxicațiuni cronice pot constitui de asemenea cauza stazei papilare. Așa s'au descris câteva cazuri de botulism și de intoxicații cu oxid de carbon, însoțite de stază papilară. Aceasta este ceva mai frecventă în intoxicațiile cu plumb, în care se însoțește de hipertensiunea lichidului cefalo-rachidian.

In anumite cazuri de hipertensiune arterială brightică se poate întâlni de asemenea stază papilară.

Aceasta precede uneori retinita exudativă-hemoragică. Deosebirea de staza papilară consecutivă unei tumori cerebrale se face în aceste cazuri prin lipsa hipertensiunei lichidului cefalo-rachidian și prin tensiunea arterială retiniană mărită, în opoziție cu tensiunea arterială retiniană scăzută a stazei papilare prin tumoră cerebrală. Confuzia se poate face totuși în tumorile bulbo-protuberanțiale și juxta-hypofizare, care,

după cum se știe, se pot însoți de hipertensiune arterială generală și retiniană.

Dintre malformațiunile craniene oxicefalia ne dă într'un mare număr de cazuri stază papilară. Dar numai în perioada inițială a oxicefaliei o întâlnim ca stază propriu-zisă. Mai târziu o deducem numai după atrofia caracteristică, cu marginile neregulate.

* * *

Importanța stazei papilare ca semn de localizare a unei leziuni intra-craniene nu este constantă. Sunt stabilite totuși câteva împrejurări în care caracterul stazei sau apariția ei la unul sau la celălalt ochiu permite presupuneri verosimile asupra sediului tumorii cerebrale.

Așa de ex: asocierea unei staze papilare unilaterale cu o atrofie optică simplă și exoftalmie de cealaltă parte, însoțite de îngroșarea radiologică a micei aripi sfenoidale, permite după Cushing stabilirea diagnosticului de meningiom al aripei mici a sfenoidului în partea opusă stazei papilare. Foarte adeseori se poate stabili de asemenea că staza debutează sau este mai pronunțată de partea opusă unei tumori frontale sau occipitale și dimpotrivă, ea este mai pronunțată de partea tumorii, când aceasta se găsește în regiunea parietală sau temporală.

Un sindrom de hipertensiune intracraniană instalat brusc și intens este suspect de tumoră în loja posterioară a cutiei craniene. In deosebi dacă tumora este situată pe linia mediană a acestei loje, staza papilară evoluiază foarte repede și ajunge la un grad extrem de pronunțat. In acest caz avem de-a-face cu o adevărată stază acută, cum o numesc Monbrun, De Martel și Guillaume. In tumorile emisferelor cerebeloase sindromul hipertensiv evoluează ceva mai lent și staza papilară poate suferi remisiuni prelungite, dupe De Martel și Guillaume.

Un sindrom hipertensiv foarte pronunțat, cu stază papilară accentuată, mai putem întâlni în tumorile regiunii tuberculilor guadrigemeni.

Deosebit de importantă este constatarea stazei papilare în cazul unor tumori cerebrale, care evoluează fără semne de focar cu hipertensiune intra-craniană latentă.

Așa de ex: gliomele chistice sau meningiomele localizate la nivelul polului frontal sau a regiunii temporale drepte, produc o compresiune lentă și progresivă de lungă durată asupra unor zone neutre, dând naștere la o hipertensiune intracraniană moderată, uneori fără cefalee și fără vărsături.

In aceste cazuri scăderea acuității vizuale poate fi primul simptom alarmant, care-l duce pe bolnav la medic.

Examenul fundului de ochiu pune în evidență în acest caz o stază papilară moderată cu atrofie secundară. Un gliom infiltrant însă, localizat în aceeași regiune, provoacă de timpuriu o hipertensiune accentuată cu obnubilație intelectuală și stază papilară pronunțată.

In cazurile de obstrucție a aqueductului lui Silvius, staza papilară este foarte pronunțată și se însoțește de midriază pupilară cu slăbirea reflexului foto-motor. Tabloul clinic este dominat în aceste cazuri de turburări psihice, însoțite de o cefalee paroxistică și vărsături.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Semnele de focar de obiceiu lipsesc.

Unele tumori cerebrale, ca meningiomul şanţului olfactiv, meningiomul supraselar sau acela al convexităţii, evoluează fără hipertensiune intracraniană. In aceste cazuri, staza papilară lipseşte de cele mai multe ori. Uneori ea este înlocuită de atrofie papilară primitivă, în cazurile meningiomelor dela bază, sau apare foarte târziu în meningiomele convexităţii.

Staza papilară, însoţită de simptomele subiective ale hipertensiunii intracraniene şi de paralizia nervului patetic, poate constitui un sindrom clasic în hidrocefalia ventriculară.

Ea poate însoţi şi anumite sindrome pseudotumorale, ca în meningitele seroase circumscrise, de exemplu. Dacă o astfel de meningită serosă este situată la nivelul fossei cerebrale posterioare, o stază papilară foarte pronunţată se va găsi în cadrul unui sindrom hipertensiv supraacut. Dimpotrivă, o meningită seroasă pericerebrală produce o stază moderată.

Pentru o justă interpretare a valoarei semiologice a stazei papilare mai trebue să ştim, că aceasta se produce mai uşor şi se desvoltă într'un ritm mai repede la tineri, are caracterele mai clasice la adulţi şi se desvoltă mai greu sau lipseşte adeseori după vârsta de 50 ani. Ea lipseşte de asemenea în tumorile bazei craniului cu sindromul unilateral al nervilor cranieni, descris de Garcin.

* * *

Din cele de mai sus se desprinde, că staza papilară deşi este un simptom clinic de importanţă primordială, totuşi nu are o valoare absolută ea poate lipsi în multe cazuri de tumori cerebrale, după cum poate fi prezentă în alte afecţiuni cerebrale sau generale.

Valoarea sa reală nu se poate stabili decât în cadrul simptomatologiei clinice bine studiate. Punctia lombală cu examenul lichidului cefalo-rachidian, dar mai ales examenul radiografic, simplu sau după insuflarea ventriculelor cerebrali, sunt absolut necesare.

Spitalul de specialitate aeronautic Z. I. Nr. 1 Craiova

CORP LIBER ARTICULAR (OSTEO-CHONDROM) IN ARTICULAŢIA GENUNCHIULUI

de

D-r D. DUMITRESCU, D-r GH. COSTĂCHESCU,
D-r O. DOBRESCU, D-r GH. COSTIN-radiolog

Având de îngrijit în Spitalul nostru un caz de chondromatoză articulară, îl comunicăm onoratei societăţi, mai ales pentru faptul că aceasta s'a manifestat printr'o singură tumoră — corp liber intra-articular.

Aceste tumori descoperite de Barwet, identificate de Müller şi mai ales de Reichel, formează trecerea între tumorile maligne şi benigne.

Biblioteca Universitară "Carol I" / Central University Library Cluj

In ţara noastră, D-r Atanasiu a publicat în Revista Sanitară Militară din 1942, câteva observaţiuni de corpi liberi articulari, nu însă unici.

Redăm mai jos cazul nostru, urmând ca apoi să facem câteva consideraţiuni în legătură cu el.

Este vorba de Submaistrul V. D. dintr'o unitate de Aeronautică în vârstă de 28 ani, internat în Spitalul nostru în ziua de 11 Noemvrie 1944, pentru dureri intermitente la nivelul genunchiului drept şi jenă funcţională la nivelul acestei articulaţii, constând în dificultate în extenzia componentelor acestei articulaţii.

Antecedente H.C.: Fără importanţă.

Antecedente personale: Neagă maladiile infecto-contagioase sau ale copilăriei. Uretrită gonococică în 1934. Amigdalita în 1941. Ulcer veneric în 1942, nedureros, pentru care face tratament cu injecţii Dmelcos, în urma avizului medical. Face şi o analiză Bordet-Wassermann, care este negativă, totuşi face o serie de injecţii cu Neosalvarsan şi Bismuth.

In 1942 face o entorsă a genunchiului drept pentru care se tratează la Infirmeria Unităţii.

Istoric: In Octombrie 1944, bolnavul declară că a avut un accident pe când sărea dintr'o maşină — i-a alunecat piciorul stâng şi rămânând cu toată greutatea corpului pe membrul inferior drept, a simţit o durere vie la nivelul genunchiului drept şi nu a mai putut merge. Având o luxaţie în afară a rotulei a fost îngrijit la Infirmeria Unităţii. Genunchiul drept a început să se tumefieze, a făcut o radiografie la Spitalul din Piteşti şi apoi este internat în acest Spital, cu diagnosticul de artrită traumatică exudativă a genunchiului drept.

Stare prezentă: De constituţie astenică, tegumentele şi mucoasele normal colorate. Ţesutul celular subcutan mediocru desvoltat. Afebril. Stare generală bună.

Aparat respirator: Normal.

Aparat cardio-vascular: Normal, vârful cordului în spaţiul al V-lea intercostal stâng. Niciun sgomot orificial supra-adăogat. Tensiunea arterială Mx. = 12, — Mn. = 7.

Aparat digestiv: Normal, apetitul conservat; scaune normale.

Aparat uro-genital: Normal.

Examen local: Prezintă genunchiul drept uşor deformat, fiind mai globulos decât cel stâng, cu depresiunile pararotuliene dispărute. La palpare nimic deosebit; nu are şoc rotulian. La mişcarea de extensie şi flexiune în special se percepe de palma aplicată pe rotulă o pocnitură. Alteori mişcările sunt împiedecate în execuţia lor. Dacă se fac câteva mişcări de mai mică amplitudine în măsura în care ele sunt permise, la un moment dat se produce o uşoară pocnitură şi mişcările îşi recapăta amplitudinea.

La palpare se mai percepe intermitent prezenţa unui corp străin intra-articular care apare şi dispare, de dimensiunile aproximativ de 2/2 cm.

Analize de Laborator:

R. Bordet-Wassermann: Negativ.
R. Meinicke : Negativ.
Ureia în sânge : 0,40 gr. la mie.
Timp de sângerare : 4 minute.
Timp de coagulare : 10 minute.
Analiză parţială de urină: Normală.

Examene radiografice ale genunchiului drept:

Pe radiografia No. 1 din profil se constată: Prezenţa unui corp străin, de opacitate şi structură osoasă, aşezată în partea interioară a articulaţiei genunchiului drept, având forma unghiei, cu concavitatea în sus şi convexitatea în jos; lungimea totală a acestui corp străin este de 1,1/2—2 cm., iar grosimea 2—3 mm.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pe radiografia din faţă se constată că 3 sferturi din lungimea corpului străin se proectează pe umbra tubercurilor quadrigemeni, văzându-se liberă numai o extremitate, în partea internă articulaţiei genunchiului.

Pe radiografia No. 2 — făcută la 5 minute interval (No. 1) şi după o prealabilă manevră de deplasare făcută de bolnav, corpul străin nu se mai vede, el fiind deplasat în altă parte a genunchiului şi mascat de umbra masivă a oaselor ce formează articulaţia lui.

Pe condilul extern al femurului, deasupra planului suprafeţei articulare se văd mici excrescenţe osoase osteofitice.

La controlul radioscopic al celorlalte articulaţii atât dela membrele inferioare cât şi dela cele superioare nu se mai constată prezenţa altor corpi străini articulari (D-r Costin).

In ziua de 17 Ianuarie 1945 se face **intervenţia chirurgicală** sub anestezie rachidiană cu rachicaină 8%—0,12 ctgr.

Incizia în „S." a lui Payr. După ce se deschide cavitatea articulară, se inspectează şi se constată existenţa unui corp articular de mărimea unei monede de 20 lei, cu suprafaţa relativ neregulată, situat la nivelul interlinului articular, în partea externă a rotulei liber în articulaţie.

Inspectându-se cu grije suprafaţa cavităţii articulare, se găseşte pe platoul tibial la 3 cm. de linia mediană şi situat intern, o excrescenţă de consistenţă mai dură, care bănuim că este pediculul ostechondromului pe care îl excizăm cu grije luând şi o bucată de sinovială odată cu el.

Se închide cavitatea articulară fără drenaj în trei planuri: seroasă, aripioara internă, tegumente. Se aplică un pansament compresiv. (D-r Dumitrescu, D-r Costăchescu, D-r Dobrescu).

Evoluţie post-operatorie: Foarte bună — uşoară reacţie articulară la nivelul genunchiului la a doua, a treia şi a patra zi dela operaţie, care cedează în zilele următoare. La a patra zi i se ridică pansamentul compresiv, rămânând numai cu un pansament obişnuit. La 8 zile i se scot agrafele, cicatrizare „per primam". Bolnavul începe să-şi mobilizeze articulaţia în pat, astfel că

la a noua zi dela operaţie este pus să meargă. O face la început cu dificultate, pentru ca în zilele următoare această jenă să dispară complect. Părăseşte Spitalul la 6 Februarie 1945, adică la 20 zile dela operaţie complect vindecat.

CONSIDERAŢIUNI:

Din foaia de observaţie constatăm că bolnavul a avut traumatisme repetate la acelaşi genunchi, ceea ce ar fi un element care ne-ar face să credem că teoria lui Rostock asupra producerii acestor tumori s'ar aplica în cazul nostru, spre deosebire de concepţia lui Reichel, care pretinzând modificări inflamatorii, nu poate fi un factor etiologic de luat în consideraţie.

Ne punem totuşi întrebarea dacă aceste traumatisme, departe de a fi o cauză a apariţiei condromului, nu sunt în realitate ocazionate de existenţa lui în articulaţie, a cărei funcţionare fiind jenată, explică accidentele care s'au petrecut.

Cu acest fel de a vedea ne putem explica coincidenţa repetării accidentului la acelaşi picior şi am fi şi în acelaşi timp în concordanţă cu concepţia lui Vircow şi concepţiile mai moderne a lui Ehrlich, Nageotte, Policard, Leriche şi Lexer cari sunt toate de acord în a crede că tumora este datorită sau unei neoformaţii prin redeşteptarea unor insuliţe aberante mesenchimatoase (Virchow) sau din desvoltarea atipică de ţesut conjunctiv care ia caractere de cartilagiu (Ehrlich şi Nageotte), sau din influenţa plasmei interstiţiale care ar determina apariţia condrogenezei (Polichard şi Leriche) sau în fine din defectuoase diferenţieri mezenchimale (Lexer); iar traumatismul în sine, departe de a fi o cauză a tumorei, constituie numai o ocazie de descoperire a ei.

Nu am putut face examenul histo-patologic al tumorei şi în ce priveşte faptul că am găsit o singură tumoră, este foarte important, căci de obiceiu aceste tumori sunt numeroase, de mărimi diferite şi pot trece prin capsula articulară extinzându-se la oasele şi muşchii vecini.

Ca de obiceiu şi în cazul nostru tumora a prins o singură articulaţie şi anume a doua ca frecvenţă — genunchiul care vine după cot.

In ce priveşte punerea diagnosticului ne-a servit foarte mult radiologia, căci sesizaţi de intermitenţa apariţiei tumorei în fundurile de sac, am controlat sub ecran şi am putut să ne dăm seama că bolnavul şi-o putea plimba destul de uşor în diferite porţiuni ale articulaţiei.

Tratamentul acestei maladii variază cu stadiul în care se pune diagnosticul, putând să fie o simplă eliminare a corpului strein articular asociată cu excizia cu grije a pediculului tumoral, după cum în alte cazuri este nevoie de rezecţii largi, nu numai a articulaţiei ci şi a ţesuturilor vecine invadate.

Este ştiut de altfel că singura grije importantă pe care trebue să o avem în aceste operaţiuni, este să nu lăsăm nicio rămăşiţă de tumoră, căci dacă nu s'au văzut până acum metastaze cu aceste tumori, recidivele sunt foarte dese, iar transformarea lor în chondrom-sarcom şi metastazele ulterioare sunt foarte posibile.

Am prezentat acest caz pentru că se întâmplă ca rar să se găsească chondromatoză articulară exprimată prin corp liber articular şi acesta unic.

Spitalul „Grecescu" din T.-Severin

CONSIDERAŢIUNI ASUPRA SEPTICEMIEI GONOCOCICE, IN LEGĂTURĂ CU UN CAZ

de

D-r I. M. POPESCU şi **D-r ŞTEFAN BOJIN**
Medici Primari

In ziua de 11 Ianuarie 1942, este internată în Spitalul Grecescu, din Turnu-Severin, bolnava R. L., de 12 ani, orfană, domiciliată în Turnu-Severin, într'o stare gravă, cu senzaţie de sufocare, febră mare, dureri în tot corpul, frisoane prelungite şi repetate, însoţite de cianoză.

In copilărie a suferit de pojar, tusă convulsivă şi adeseori de gripă. Dela vârsta de 3 ani are o secreţie vulvo-vaginală, în mod intermitent.

Boala actuală a debutat brusc, în seara zilei de 8 Ianuarie 1942, cu febră de 41 grade, frisoane, dispnee, palpitaţiuni şi transpiraţiuni abundente. Temperatura se menţine în permanenţă ridicată, iar frisoanele se repetau de 2—3 ori pe zi, durau aproximativ o oră şi erau însoţite de cianoză pronunţată. Bolnava mai prezenta tahicardie, greaţă, vărsături şi anorexie.

Din ziua a treia de boală, simptomele de mai sus s'au agravat. Interogând mai amănunţit, părinţii ne mărturisesc că bolnava are, în prezent, o secreţie vulvo-vaginală moderată şi că această secreţie durează dela vârsta de 3 ani, însă nu i-au dat mare importanţă. Îşi amintesc că aveau o servitoare care era bolnavă de blenoragie şi avea obiceiul să se spele în acelaşi lighean, unde spăla şi fetiţa.

S'a făcut imediat un frotiu din secreţia vulvo-vaginală şi s'a luat urină sterilă pentru urocultură, precum şi 10 cm³ de sânge pentru hemocultură.

In a patra zi de boală, bolnava este internată în Spital, deoarece starea generală devenea, din ce în ce, mai gravă.

La examenul clinic se constată că aparatul respirator, cardio-vascular şi abdomenul, nu prezintă nimic anormal. Sensibilitate accentuată în loja renală dreaptă.

Matitatea ficatului normală, iar a splinei uşor mărită. Se constată un discret subicter. Tensiunea arterială este normală. Urina conţine urme de albumină şi puroi. Numărul leucocitelor este de 21.120 pe mm³.

In frotiul cu secreţia vulvo-vaginală se găsesc numeroşi gonococi, intra şi extra celulari.

După 24 de ore, hemocultura devine pozitivă şi pe mediile de cultură se identifică numeroşi gonococi. Urocultura a rămas negativă.

In faţa tabloului clinic, precum şi a hemoculturei, am pus diagnosticul de **septicemie gonococică**, cu punct de plecare genital.

S'a instituit imediat un tratament cu uliron, câte 5 pastile pe zi şi numai după 36 de ore, temperatura a scăzut la normal.

De notat că, din prima zi, a administrării ulironului, frisoanele şi transpiraţiunile au dispărut, iar bolnava a avut senzaţia că s'a renăscut".

S'a continuat tratamentul acesta timp de 8 zile, iar după aceia bolnava a urmat tratamentul clasic al blenoragiei.

Recontrolată, din când în când, bolnava nu mai prezintă gonococi în secreţia vulvo-vaginală.

Hallé a fost primul, care, în 1879, a diagnosticat un caz de septicemie gonococică, prin hemocultură.

De atunci şi până în 1927, numărul cazurilor de septicemie gonococică s'a ridicat la aproximativ 150.

După Degan şi Sichet, în literatura românească s'au pu-

blicat 6 cazuri de septicemie gonococică şi în toată poarta de intrare a fost organele genitale.

Aceşti autori publică în Clujul Medical No. 1, din 1936, un nou caz de septicemie gonococică, unde, însă, poarta de intrare era **extragenitală**. Era vorba de o infirmieră, care s'a tăiat la policele stg., cu o fiolă de neosalvarsan şi continuând, apoi, să facă spălături oculare, la 2 bolnavi cu conjuctivită blenoragică, s'a infectat la deget, făcând un panariţiu şi apoi o septicemie gonococică consecutivă.

In puroiul recoltat din panariţiu, pe lângă stafilococi, ei au găsit şi numeroşi gonococi.

Septicemia gonococică este şi în prezent o afecţiune rară şi nu se prezintă decât exceptional sub forma unei septicemii pure, cu simptome alarmante.

De obiceiu se întâlnesc 3 forme de septicemii gonococice: forma supra-acută, forma acută şi forma latentă.

Septicemia gonococică supra-acută, denumită şi blenoragia malignă, se întâlneşte extrem de rar şi dă o mortalitate foarte ridicată.

Are o evoluţie rapidă.

Septicemia acută, mai frecventă decât precedenta, însă destul de rară şi cu o mortalitate mai redusă.

Septicemia gonococică latentă evoluiază fără simptome clinice prea evidente şi se caracterizează numai prin prezenţa gonococilor în sângele bolnavilor. Este forma cea mai des întâlnită şi în acelaşi timp cea mai benignă.

Din focarul genital, gonococii pătrund în circulaţia generală pe cale venoasă, de obicei în momentul când s'a îmbolnăvit uretra posterioară s'au glandele anexe.

Biblioteca Universitară "Iaşi" / Colecţia Digitală

DIAGNOSTICUL sigur, al acestor septicemii, îl face numai laboratorul.

Pentru a pune în evidenţă gonococii din sânge, se recoltează 10—20 cm.^{3} de sânge, în timpul acceselor febrile şi se însămânţează pe **geloză ascită** s'au pe **bulion ascită**.

Mediul nostru de cultură a fost **bulion simplu**, unde gonococii au crescut din abundenţă numai în 24 de ore.

Nu întotdeauna, însă, este aşa de uşor să se obţină o hemacultură pozitivă, deoarece aceşti diplococi sunt foarte sensibili la variaţiunile de temperatură.

După unii autori, abia în 1/4 septicemii obţinem o hemocultură pozitivă, cu toate precauţiunile luate.

Tot pentru diagnosticul gonococemiilor se mai poate folosi **reacţia de fixare a complementului**, precum şi **aglutinarea**.

După statisticile ce posedăm, până în prezent, **mortalitatea** în septicemiile gonococice pure ar fi de aproximativ 50%. Trebue să adăogăm că acest procent de mortalitate era pe vremea când septicemia gonococică se trata numai cu sero-terapie şi vaccino-terapie anti-gonococică, tripaflavin, mercuro-crom, arseno-benzen, etc.

După descoperirea **sulfamidelor** acest procent a scăzut enorm şi astăzi nu se mai vorbeşte de o septicemie gonococică mortală, mai ales dacă această septicemie nu este însoţită de leziuni endocardice grave.

Totuşi A. Pelle şi Tarnnou au comunicat un caz de septicemie gonococică, însoţită de localizări gonococice în articulaţii, flebită, pleurezie şi supuraţie pulmonară, vindecat numai prin sero-terapie şi vaccino-terapie antigonococică, ceea ce denotă că vaccino-terapia şi seroterapia au dat şi ele bune rezultate în cazurile mai puţin severe şi cu o durată mai lungă.

TRATAMENTUL trebue să se adreseze, în primul rând, cauzei locale, recomandându-se sterilizarea focarului genital.

După dispariţia semnelor septicemice este bine ca tratamentul să continue până la vindecarea focarului genital sau extra-genital.

Actualmente, tratamentul ideal, în septicemia gonococică, se face cu **sulfamide**: uliron, dagenan, cibazol, ambesid, ultraseptil, eubazin, eleudron, etc., sub formă de tablete sau fiole.

Se recomandă dozele mari, 4—8 grame, în 24 ore, timp de câteva zile sau doze mai mici într'un timp mai îndelungat, după caz şi controlând zilnic urina.

Noi am întrebuinţat, în cazul de faţă, ulironul, deoarece l-am avut la îndemână, administrând câte 5 tablete pe zi, timp de 8 zile. Numai după 36 ore dela începutul tratamentului, toate simptomele septicemice au dispărut.

Am ţinut să publicăm acest caz pentru raritatea lui, pentru rezultatul terapeutic excelent obţinut cu ulironul, cât şi pentru apariţia septicemiei gonococice la o fetiţă de 12 ani, virgină, contaminată de o servitoare, încă dela vârsta de 3 ani, fără ca părinţii sau bolnava să fi avut cunoştiinţă de aceasta.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Clinica Medicală I din Cluj-Sibiu, Director Prof. D-r I. Haţieganu
Clinica Chirurgicală din Cluj-Sibiu, Director Prof. D-r Al. Pop

PERFORAŢIA ULCERELOR TUBERCULOASE ALE INTESTINULUI IN PERITONEUL LIBER

de

D-r AUREL NANA şi D-r ARON FAUR

Berard şi Patel în „Formele chirurgicale ale tuberculozei intestinale", apoi Lecene în „Terapeutica chirurgicală", afirmă de comun acord, că perforaţiile tuberculoase ale intestinului în peritoneul liber antrenând o peritonită acută generalizată sunt atât de rare, încât medicul nu este obişnuit a se gândi la această eventualitate. Intr'adevăr, datorită aderenţelor cu viscerele din nemijlocita apropiere sau cu peretele abdominal, de cele mai multe ori, perforaţiile tuberculoase ale intestinului se produc, fie într'o ansă intestinală, fie într'un peritoneu închistat şi limitat de aderenţe, fie într'un organ vecin sau fistulizează în peretele abdominal. (Wilmoth şi Baumann).

Din literatura medicală a ultimilor ani, am putut constata, că nu-

mărul mereu crescând al laparotomiilor indicate pentru peritonite generalizate acute, confirmă tot mai mult, pe timp ce trece, opinia clasică emisă de Jameson, Levison, Barbe şi Spillmann asupra rarităţii perforaţiei ulcerelor tuberculoase ale intestinului în peritoneul liber.

Diferitele statistici arată că perforaţia în tuberculoza intestinală în peritoneul liber se produce abia în 3% a cazurilor. (Picaud). Fuchs din Clinica lui Hochenegg dintre 116 cazuri de tuberculoză intestinală operate găseşte 7 perforaţii cu peritonită difuză, adică un procent de 5,9%. In decursul ultimilor 15 ani, în Clinica Chirurgicală din Cluj-Sibiu, dintre aproximativ 30,000 de bolnavi operaţi, cazul nostru a cărui observaţie o dăm mai jos, este singurul caz de perforaţie de ulcer tuberculos perforat în peritoneul liber.

Pe de altă parte simptomele dramei abdominale consecutive perforaţiei tuberculoase, nu sunt niciodată atât de pronunţate ca în perforaţiile de altă natură, cum ar fi în cele gastro-duodenale, apendiculare, etc. şi de aici dificultatea mare în punerea diagnosticului; amânarea operaţiei sau executarea ei cu un diagnostic greşit.

Inainte de a face câteva consideraţiuni asupra cazului nostru redăm pe scurt foaia de observaţie.

Este vorba de bolnavul D. I., de 30 ani, croitor din Turda, care intră în Clinica Medicală I, în 5 N-brie 1944, pentru dureri vii abdominale, vărsături, febră şi o stare generală rea.

In antecedente găsim că mama a suferit de tuberculoză pulmonară.

Boala actuală datează din luna Martie 1943, când a început cu dureri abdominale difuze, mai pronunţate în epigastru, care iradiau în formă de centură, în spate. Ele surveneau mai ales după mâncare şi erau însoţite de greţuri şi uneori chiar vărsături postalimentare. Consultă mai mulţi medici, care pun diagnosticul de ulcer gastric. Urmează un timp regimul şi tratamentul prescris fără să observe o ameliorare evidentă. Cu timpul la aceste acuze se mai adaugă şi altele ca: micşorarea poftei de mâncare, slăbire în greutate, transpiraţiuni, acuze care îl determină să consulte din nou medicii în Februarie 1944, spunându-i-se că de data aceasta este atăcat la vârful plămânului drept. Se internează într'un sanatoriu de tuberculoză, unde face injecţii de calciu şi o cură de repaus de 6 săptămâni. In August anul trecut se supune unei frenicectomii la Clinica Ftiziologică din Sibiu şi de atunci urmează tratament la această clinică.

Inainte cu o zi de internarea în Clinica Medicală, după îngerare de „slănină rânceda" este cuprins de dureri mari epigastrice, însoţite de greţuri şi vărsături şi două scaune diareice. După scurt timp, durerile epigastrice s'au generalizat în tot abdomenul şi odată instalate n'au mai cedat. Constată balonarea abdomenului, în urma opririi vânturilor şi scaunelor, fenomene care îl determină să se interneze în Clinică.

La examenul obiectiv se constată o stare de emaciere profundă, anemie cu un facies caracteristic ftizicilor, febra 39° C. pulsul 120'.

Pulmonar: asupra ambilor vârfuri respiraţia diminuată cu câteva cracmente; subclavicular drept submatitate uşoară cu murmur vezicular diminuat şi raluri umede. Hemidiafragmul drept hipomobil (Frenicectomie).

Din punct de vedere cardio-vascular, afară de o uşoară hipotensiune arterială 10—7½ (V.-L.) şi un puls slab bătut, frecvent 120' pe minut, nimic de remarcat.

Abdomenul balonat, la palpare sensibilitate difuză cu o accentuare vădită în regiunea paraombilicală şi fosa iliacă stângă, însoţită de o uşoară apărare musculară. Percuţia arată un meteorism moderat cu reducerea matităţii hepatice. In sfera aparatului uro-genital nimic de semnalat, inclusiv examenul urinei ne dă relaţii normale. Leucocitoza 11.000.

In faţa acestui tablou clinic, pe baza antecedentelor bolnavului am sta-

bilit un prim diagnostic de tuberculoză pulmonară bilaterală şi sindrom abdominal acut. Mergând mai departe cu analiza acestui sindrom abdominal acut am putut constata relativ uşor prezenţa unei peritonite generalizate însă cu simptome mai atenuate.

Drumul greu de străbătut începe abia acum, când trebue să stabilim care este etio-patogenia acestei peritonite generalizate, pentrucă de aceasta depinde conduiata noastră terapeutică şi prognosticul. Durerea bruscă, apărarea musculară, vărsăturile ne fac să bănuim o perforaţie a unui ulcer mai ales luând în considerare istoricul boalei sale, dar apărarea musculară şi durerile nu erau aşa de puternice ca şi în perforaţiile unui ulcer gastro-duodenal la care ne gândeam.

Starea generală a bolnavului fiind precară am făcut o radioscopie pulmonară şi abdominală rapidă fără bariu, care confirma prezenţa leziunilor bacilare pulmonare şi ne-a dus cu un pas înainte în stabilirea patogeniei peritonitei prin constatarea unei zone clare aeriene între diafragm şi ficat, fapt ce ne-a confirmat astfel bănuiala ce o aveam asupra unei perforaţii.

Pe de altă parte din istoricul boalei reiese, că suferinţă lui digestivă avea mai mult caracterul unui ulcer gastric sau duodenal, la fel apariţia bruscă a durerii în epigastru ne-a îndreptat spre diagnosticul de peritonită generalizată prin perforaţia ulcerului.

O oarecare rezervă am avut şi asupra acestui diagnostic sau mai bine zis asupra certitudinei perforaţiei ulcerului din cauza apărării musculare, care nu era aşa de mare ca în ulcerele gastro-duodenale datorită revărsării acidului clorhidric în cavitatea peritoneală. Am motivat această lipsă de apărare musculară prin hipo- sau aclor-hidria, care survine destul de des în tuberculoza pulmonară cât şi prin starea de emaciere profundă a bolnavului. Astfel în urma acestui discernământ am supus bolnavul la operaţie.

La intervenţie după deschiderea cavităţii peritoneale spre surprinderea noastră, în loc de ulcer duodenal perforat constatăm o perforaţie tuberculoasă a intestinului subţire de mărimea unui bob de linte, localizată pe ileon la o distanţă de aproximativ 1 metru de valvula ileo-cecală, şi o peritonită generalizată. Se suturează perforaţia în trei straturi şi se face un drenaj larg. După 2 zile bolnavul sucombă.

BCU - Iuliu Maniu Central University Library Cluj

La autopsie se găseşte un afect primar tuberculos drept, noduli acinoşi excavaţi în lobul superior şi mijlociu al plămânului drept. Aderenţe pleurale fibroase diseminare de noduli miliari la nivelul vârfului stâng. Ulceraţiuni multiple tuberculoase a cecului, ileonului şi colonului ascendent, tinzând pe alocuri la strâmtorarea lumenului. Peritonită purulentă. Ficat degenerat gras. Sutura intestinală în stare perfectă.

* * *

Tuberculoza intestinală îmbracă patru forme anatomice: granulică, ulcerativă, stenozantă şi tumorală. Nu vom intra în descrierea simptomelor clinice a formelor tuberculozei intestinale, aceasta depăşind scopul şi cadrul acestei lucrări, ci ne vom limita la o succintă analiză a formei ulceroase, respectiv ulcero-stenozante, care dă de obicei perforaţii.

Forma ulceroasă a tuberculozei intestinale evoluiază din punct de vedere clinic cu diarei de lungă durată, foarte abundente „diareile colicvative a lui Bayle", sau „sueurs intestinales a lui Graves", scaune frecvente 20—30 la zi, foarte mirositoare şi rebele la orice tratament.

Lipsa acestor simptome din istoricul suferinţelor bolnavului observat de noi, deşi la examenul anatomo-patologic s'a constatat leziuni tipice de tuberculoză ulceroasă a intestinului, ne-a făcut să greşim parţial diagnosticul, confirmându-se prin aceasta cu o dată şi mai mult vechiul adevăr, că nu sunt boli ci bolnavi.

Pentru a ilustra mai bine dificultatea diagnosticului, credem ca binevenită citarea foarte sumară a câtorva observaţiuni din literatura medicală.

Astfel Wilmoth şi Baumann (1927) citează cazul unui bărbat de 23 ani, internat într'un serviciu pentru tuberculoză pulmonară, care la un moment dat prezintă un sindrom abdominal acut, fără a putea spune mai mult, bolnavul este operat cu acest diagnostic. La operaţie se constată o peritonită generalizată acută. Starea bolnavului fiind gravă, n'a permis o explorare mai amănunţită a organelor abdominale pentru a găsi cauza peritonitei. Bolnavul moare şi la autopsie se constată multiple perforaţii tuberculoase ale cecului

Observaţia lui Reimann (1926) este şi mai interesantă. Un om suferea de 2 ani de turburări digestive. Subit pe acest sindrom dispeptic cronic se grefează dureri abdominale atroce şi vărsături. Un medic îi pune diagnosticul de ulcer gastric perforat şi îi recomandă operaţie imediată. Bolnavul refuză şi spre mirarea medicului după câteva zile toate acuzele cedează. O lună mai târziu tabloul clinic amintit se repetă cu aceeaşi violenţă, din nou se diagnostichează perforaţia sau a unui ulcer gastric sau a unei apendicite. Bolnavul se supune operaţiei, la care însă se constată perforaţia tuberculoasă a intestinului subţire, cu peritonită generalizată consecutivă. In cazul lui Reimann, dacă diagnosticul a fost parţial greşit, indicaţia operatorie de urgenţă şi precoce a fost foarte bine pusă, căci bolnavul s'a vindecat.

La fel de interesant este cazul raportat de Picaud în 1938 la Societatea de Chirurgie dela Marseille, a unui ţăran, care prezenta toate simptomele unei tuberculoze pulmonare active şi evolutive şi probabil şi a unei tuberculoze intestinale (crize diareice luni de-a-rândul). Intr'o dimineaţă este cuprins de o durere vie, ca o lovitură de pumnal în partea dreaptă a abdomenului, care apoi s'a localizat în hipogastru, vărsături bilioase, retenţie de gaze şi fecale, Temperatura 38° C., pulsul 120' pe minut. Obiectiv: sensibilitate difuză abdominală cu apărare musculară în hipogastru şi meteorism pronunţat. Radiologic imagini hidro-aerice. Cu diagnosticul de ocluzie intestinală se intervine chirurgical, însă mare a fost surpriza operatorului când în plaga operatorie, în loc de anse intestinale destinse, apar materii fecale amestecate cu puroi, fiind o peritonită generalizată acută prin perforaţia tuberculoasă a intestinului subţire.

Un diagnostic clinic sigur de perforaţie tuberculoasă intestinală în peritoneul liber, este foarte greu de făcut şi îl putem pune numai atunci când la un tuberculos cu leziuni pulmonare active şi inveterate şi cu simptome de tuberculoză intestinală apare brusc o durere atroce, apărare musculară mai mult în hipogastru şi vărsături; deci un sindrom abdominal acut la care frecvent se mai adaugă apariţia concomitentă sau în curând a simptomelor unei ocluzii intestinale.

Explicaţia asocierii fenomenelor de perforaţie cu cele de ocluzie intestinală o găsim în substratul anatomo-patologic al acestei forme de tuberculoze intestinale, care de cele mai multe ori în loc să fie simplă ulceroasă, e ulcero-stenozantă. In toate aceste forme concomitent cu procesul distructiv şi ulcerativ, subjacent se desvoltă un proces de reparare,

BCU Cluj / Central University Library Cluj

de sclerozare, care poate da retracţiuni a peretelui sau chiar stenoze.

Perforaţiile unice sau multiple se produc de obicei deasupra segmentului stenozat prin colaborarea a celor 2 factori: natura destructivă a însuşi procesului ulcerativ bacilar şi destinderea ansei deasupra porţiunii stenozate.

In urma localizării procesului tuberculos, perforaţiile se produc cu predilecţie în ileon, dar ele pot surveni şi în altă parte a intestinului, cum ar fi cecul, colonul transvers, sigma, apendicele sau chiar diverticulul lui Meckel. (Cazul publicat de Dixon din Londra sau a lui Baumann din Spitalul lui Laennec).

După forma clinică pe care o ia peritonita generalizată prin perforaţia tuberculoasă a intestinului, Laubry, Oppenheim, Bérard şi Patel deosebesc două forme: una stenică cuprinzând cazurile unde s'a intervenit precoce la 2—4 ore după perforaţie cu vindecări operatorii şi alta astenică înglobând cazurile operate tardiv la 1—3 zile, dela perforaţie sau cele neoperate care s'au terminat letal. Astfel Wilmoth şi Baumann citează din 18 cazuri din literatură numai 3 vindecări operatorii, iar cele 7 cazuri citate de Fuchs toate au evoluat letal. Cazul nostru intră în această categorie din urmă.

Sutura făcută precoce în cazul unei ulceraţiuni intestinale bacilare poate aduce vindecarea peritonitei difuze, dar după operaţie pot apare diseminări viscerale. De asemenea operaţia prin expunerea foiţei peritoneale acţiunii razelor ultraviolete numai uneori opreşte evoluţia leziunilor bacilare intestinale. In toate cazurile prognosticul este mai grav decât în peritonitele datorite perforaţiilor tifice.

In concluzie perforaţiile tuberculoase intestinale în peritoneul liber survin foarte rar.

Tabloul clinic atât de proteiform cu care evoluiază perforaţiile tuberculoase ale intestinului; uneori luând dela început aspectul unei peritonite acute tipice, alteori cu fenomene de ocluzie intestinală sau de peritonită localizată sau cu fenomene de peritonită generalizată atât de atenuate încât crezi că e mai mult un peritonism; deci dificultatea diagnosticului, pune la încercare pe cei mai versaţi clinicieni şi chirurgi, care nu rareori au avut neplăcuta situaţie de-aşi vedea diagnosticul greşit abia pe masa de operaţie.

In această dificultate de diagnostic îşi găseşte explicaţia amânarea intervenţiei şi în parte rezultatul operator.

Conduita noastră în asemenea cazuri este următoarea: urmărim bolnavul oră cu oră — fără a-i aplica vreun tratament în special calmante sau purgative, afară de punga cu ghiaţă — şi dacă vedem că fenomenele nu cedează sau se pronunţă, intervenim fără a trece peste 6—10 ore dela debutul simptomelor, chiar şi fără un diagnostic precis, pentrucă este mai logic a opera cu un diagnostic greşit salvând bolnavul, decât să moară cu un diagnostic precizat dar tardiv.

Secţia medicală a spitalului „Stamate" din Fălticeni
Medic primar: D-r N. I. Zaharia

CONSIDERAŢIUNI ASUPRA UNUI CAZ DE ZONA ZOSTER

de

N. I. ZAHARIA şi **A. ZWIECK**

Cazurile de zona zoster intercostal sunt frecvent întâlnite în practica medicală şi spitaliceasca. Aceste cazuri opun prea rar medicului dificultăţi de diagnostic şi tratament, aşa încât ele au devenit de observaţie curentă şi banală. Deoarece însă bolnavul observat de noi a prezentat particularităţi demne de notat, am crezut util să-l descriem, aşa cum facem în rândurile ce urmează.

* * *

OBSERVAŢIE CLINICA.

Bolnavul V. Nicolae, de 21 ani, jandarm, intră în Secţia Medicală a Spitalului „Stamate" din Fălticeni la 25 Februarie 1944, pentru erupţie veziculară dureroasă în flancul stâng.

Antecedente heredităre şi colaterale, fără importanţă.

Fig. 1.

Antecedente personale. Pleurezie dreaptă acum 4 ani. Néagă maladiile infecto-contagioase şi venerice(!). Insă sero-reacţia Meinicke executate în acest spital cu două luni înainte de internare, a dat un rezultat slab pozitiv, după care a făcut o serie de injecţii cu neosalvarsan şi bismut la serviciul de tratament ambulator al spitalului, terminată de abia acum 10 zile. Nu e tabagie; alcool moderat.

Istoric. La 21 Februarie, uşoară mâncărime în flancul stâng, unde observă o placă de congestie a tegumentelor, de mărimea unei monéde de 100 léi, cu câteva vezicule mici. Placa s'a întins progresiv în direcţie anterioară şi posterioară spre linia mediană, atingând în 24 ore dimensiunile actuale. La 23 Febr. se prezintă la vizită. La 26 Febr. este fotografiat (vezi fig. 1); în acel moment prezenta dureri extrem de violente în regiunea erupţiei, cari apoi s'au menţinut timp de 2 zile, provocând insomnie şi necedând la morfină. La 25 Febr. se internează, iar la 26 Febr. i se face o injecţie cu Betabion forte, după care durerile cedează imediat.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Starea prezentă. Tegumente palide, ţesut celulo-adipos şi mase musculare bine desvoltate.

Examenul sistematic al aparatelor nu arată nimic deosebit de semnalat.

Leziunea dermatologică. Erupţia se întinde pe o bandă de aproape 6 cm. lăţime, în semi-cerc, pornind dela 10 cm. de linia spinoasă vertebrală la nivelul coastelor X—XII stângi, traversează flancul stâng şi se termină la o distanţă de cca. 10 cm. de ombilic, puţin de dedesubtul acestuia. O altă bandă eruptivă, de 8 cm. lăţime, porneşte dela coloana vertebrală sub a 12-a coastă, merge paralel cu prima şi se termină după un traect de 14 cm. Câteva elemente eruptive izolate în regiunea peri-ombilicală (fig. 1).

Erupţia este constituită de o placă roşie, congestivă intens, care are configuraţia descrisă mai sus, pe care se observă extrem de numeroase elemente veziculare, de mărimi variabile, unele confluénté, pliné de lichid sero-citric, bine reflectate.

Zona congestivă nu este dureroasă la presiune. Bolnavul acuză însă dureri spontane, fără arsuri, pe traectul erupţiei şi puţin deasupra acesteia.

In axila stângă, aplicat pe peretele ei anterior, imediat îndărătul marelui pectoral, se palpează un ganglion mare cât o nucă, dur şi dureros spontan şi la presiune. Durerea ganglionară dispare şi ea după injecţia cu Betabion.

Dela porţiunea mijlocie a benzii eruptive până în axilă, se capătă la presiune un traect dureros care indică treneul limfagitic subcutanat invizibil.

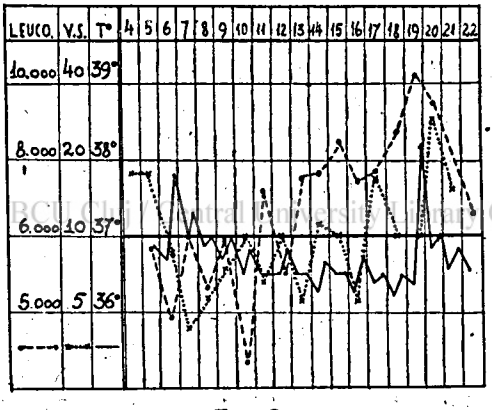


Fig. 2.

In evoluţia ulterioară a leziunii dermatologice, se constată la 28 Febr. turburarea lichidului din vezicule, pentru ca peste 2 zile, veziculele să înceapă să se spargă succesiv, odată cu reapariţia durerilor, cari de data aceasta nu mai cedează însă la injecţia cu Betabion forte. Acestea din urmă cedează spontan după 3 zile. Odată cu deschiderea veziculelor şi scurgerea lichidului intra-vezicular, apar cruste, cari la 9 Martie cad complect pentru a descoperi tegumentele curate, fără cicatrici.

Boala a fost însoţită numai în primele zile de o uşoară febriculă, toată evoluţia ulterioară a bolii făcându-se în complectă afebrilitate. Un croşet febril până la 38° la 9 Martie, după ce erupţia zosteriană a dispărut complect, prezintă o semnificaţie greu de precizat, în lipsa oricărei turburări, clinic manifestă.

Examene de laborator. Urina: albumina absentă (25 Febr.).

Sânge: sero-reacţia Meinicke pozitiv (2 Martie).

Viteza de sedimentare a hematiilor (determinări cotidiane), şi hemograme repetate, au dat rezultatele cari sunt consemnate în tabloul alăturat şi înscrise în grafic împreună cu curba termică (fig. 2). Din studiul acestor cifre se constată:

Viteza de sedimentare globulară, puţin accelerată în primele zile ale bolii, arată cifre normale şi chiar subnormale în perioada de lichid vezicular turbure şi cea de cruste, apoi din nou cifre mărite (accelerare a sedimentării) în perioada de convalescenţă (căderea crustelor).

Hematii în număr normal.

Leucopenie în primele zile ale bolii, apoi ulterior, cifre normale şi chiar leucocitoză, spre sfârşitul bolii şi în primele zile ale convalescenţei. Căderea la cifre normale în a 22-a zi de boală.

Formula leucocitară arată o limfocitoză manifestă şi neutropenie până în a zecea zi a boalei, apoi o revenire la normal a elementelor din séria albă. Limfocitoza corespunde perioadei de leucopenie.

Lichid cefalo-rachidian: Sero-reacţia Meinicke negativ (2 Martie).

Tratamentul simptomatic a constat în antinevralgice, menajarea elementele eruptive, câteva injecţii cu vitamina B (Betabion forte).

* * *

Este vorba deci de un bolnav luetic, care prezintă la un moment dat o erupţie de zona zoster intercostal, localizată pe teritoriul nervilor intercostali X—XII stângi, caracterizându-se printr'o întindere foarte mare a erupţiei, o adenopatie satelită dureroasă (atipică), evoluţie particulară cu leucopenie şi limfocită şi o curbă sediometrică proprie (vezi tabloul). Deoarece aceste particularităţi, constituesc un mănunchiu de fenomene cari nu intră în tabloul obişnuit al boalei, deci sunt mai rar întâlnite, ni s'a părut util să descriem cazul observat.

T A B L O U

Data	Ziua de boală	Viteza de sedimentare I	Viteza de sedimentare II	Hematii	Leucocite	Neutrofile Segmentate	Neutrofile Nesegmentate	Bazofile	Eozinofile	Limfocite mici	Limfocite mijlocii	Monocite
Febr. 24	IV	18	39									
25	V	18	27		5.900							
26	VI	9	20	4.611.000	4.950							
27	VII	4	11		6.000	34,5		2	0,5	39	14	10
28	VIII	6	22		5.250	34,5		0	0 5	45,5	13	6.5
29	IX	8	23		5.950	39 5	9,5	0	0,5	29,5	15	6
Martie 1	X	10	23	5.240.000	4 450	42,5	11,5	0 5	0,5	36,5	8,5	1
2	XI	7	16		7.250	53,6	7,6	0	1,3	20,3	9,6	7,3
3	XII	10	21		5.600							
4	XIII	6	12		7.600							
5	XIV	12	23		7.725							
6	XV	10	19		8.275							
7	XVI	6	11		7.575							
8	XVII	18	23		7 850							
9	XVIII	10	19		8.300							
10	XIX	10	20		10 950							
11	XX	30	80		8.850							
12	XXI	16	30									
13	XXII				6.225	59,5	4,5	0,5	1,5	17,5	10	6,5

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CERCETAREA ŞTIINŢIFICĂ IN UNIUNEA SOVIETELOR *)

de

Prof. D-r S. NICOLAU

In 1937, un grup de colegi ai mei din Institutul Pasteur din Paris — Institut unde am lucrat timp de 20 de ani — au vizitat în diverse centre, lăcaşurile ştiinţei Sovietice. Reîntorşi în Franţa, au scris ceea ce au văzut.

Alţi cercetători, englezi, americani, au dat şi ei publicităţii cele văzute şi trăite în Institutele Ştiinţifice Sovietice.

Toţi au făcut aprecieri pe care intelectualii noştri trebue să le cunoască, acum când suntem eliberaţi de funestul regim ce interzicea aflarea adevărului asupra stărilor de fapt din ţara vastă şi puternică dela răsărit, din Continentul Sovietic.

Digitized by Google Digitized by Google

*

Din primele zile ale instaurării sale, regimul sovietic a dat o atenţie deosebită ştiinţei şi savanţilor. Aceasta fiindcă **cheia de boltă** a statului socialist este folosirea cunoştinţelor omului, a ştiinţei şi a tehnicei, pentru **îmbunătăţirea stării individului**; pentru ridicarea nivelului de trai al masselor populare. Principiul conducător al laturei constructive din U.R.S.S. cere ca ştiinţa să fie întrebuinţată în acest scop, iar nu pentru o sporire de capital în avantajul, personal, al unor profitori.

Inainte de revoluţie dela 7 Noemvrie, ştiinţa a fost în Rusia ceva exotic. Practicată de câţiva privilegiaţi, noţiune neasimilată, pentru cea mai mare parte a poporului ea nu exista, nici ca nume, şi nici în realizările sale binefăcătoare. Era veşnic bănuită a merge mână în mână cu liberalismul; de aceea — ne spune englezul John D. Bernal — era abia tolerată. In plus, ştiinţa rusă era, înainte de 1917, aproape toată dependentă de cea străină: erau în special utilizaţi savanţi aduşi din străinătate, iar toate aparatele ştiinţifice erau importate.

Revoluţia a rupt zăgazurile ce stăvileau intrarea ştiinţei în popor.

In Uniunea Sovietică, ştiinţa gravitează în jurul **Academiei de Ştiinţe**, proclamată printr'un decret întocmit din iniţiativa lui Stalin, **„Instituţia ştiinţifică supremă“**, şi care e ataşată consiliului Comisarilor Poporului. Ea era

---

Din „Veac Nou“ No 10 | 1945.

alcătuită în 1941 din 76 Institute, 11 mari laboratoare speciale, 42 staţiuni, 6 observatoare şi 24 de muzee, şi se compunea din 118 Academicieni şi 182 membri corespondenţi, afară de 4.700 colaboratori ştiinţifici.

Direcţia Ştiinţifică din toată Uniunea Sovietelor este în mâna Academiei de Ştiinţe, fără însă ca absolut toate Institutele să fie sub ascultarea ei.

Cea mai mare parte din cercetători se pun sub veghea atentă a Academiei în Institutele Universitare şi în Institute speciale care ţin de diferite comisariate (ministere): industria grea, industria uşoară, alimentaţia, sănătatea, agricultura, etc.

Fiecare membru al Academiei controlează una sau mai multe Instituţii din specialitatea sa.

In afară de aceste Institute pur Ştiinţifice, mai există nenumărate **laboratoare muncitoreşti** şi **staţiuni agricole** constituind câmpuri de experienţă.

In Uniune, ştiinţa e universală. Orice problemă este atacată prin raţionament şi metodă ştiinţifică, şi fiecare cetăţean poate colabora la desăvârşirea investigaţiilor de interes colectiv. Aceasta se vede din organizarea **cercurilor de studij**, ataşate **cluburilor de lucrători**, şi a **Rabfak**-urilor, un fel de şcoli tehnice ataşate uzinelor.

Cei ce se disting în **Rabfak**, pot trece cu burse la Universitate.

Există şi adevărate **„Universităţi de fabrică“**, în care se face o asociere în educaţia adulţilor cu progresele tehnice, cu invenţia şi cu cercetarea ştiinţifică. Oricare lucrător de fabrică, ce crede că a făcut o invenţie, sau are o ideie, este încurajat să o pună la încercare. Dacă ideia este găsită bună, el este ataşat pe jumătate timp într'un laborator ştiinţific unde poate lucra ideia şi unde primeşte şi o educaţie ştiinţifică. In restul timpului rămâne lucrător.

Lucrătorii îndemnaţi în acest mod să participe la aplicarea ştiinţei în industrie, iau ei însuşi parte, astfel, la transformarea industriei, în întreprindere din ce în ce mai ştiinţifică.

Iată interesate masele largi populare la progresul ştiinţific care e în acelaşi timp progresul standardului lor de viaţă.

In timp ce în Rusia din 1913 erau mai puţin de 17.000 de medici, în 1924 erau 24.000, în 1932 erau 50.000, iar acum U. R. S. S. posedă 130 mii medici, ceea ce face 1 medic la 1500 locuitori.

E o deosebire între 1933, când în anumite centre erau **„8 microscoape pentru 100 de studenţi“**, şi 1937, când Besredka găseşte în laboratoare microscoape în abundenţă! Şi numai 4 ani interval! Aceasta se explică prin faptul că „producţia de aparate nu a fost lăsată în seama firmelor individuale, ci a fost organizată chiar de Institute. S'a ajuns astfel să se fabrice aparate multe şi ieftine, aşa încât în mai toate domeniile, ştiinţa sovietică a devenit independentă de aparatura străină“ (J. D. BERNAL).

„Chestiunea personalului de laborator a fost perfect soluţionată; ceea ce izbeşte mai mult, e numărul important al tinerilor asistenţi din diferitele servicii de cercetări, bunăvoinţa acestor cercetători, activitatea lor neobosită, şi dorul lor de a se instrui“, (D-r Guirand, şef de laborator la Institutul Pasteur din Paris).

„Laboratoarele au din partea autorităţilor, încurajări preţioase, care se traduc prin budgete mai mult decât suficiente; dar mai ales, prin construirea de case de locuit pentru savanţi, prin crearea pentru ei de **case de repauz** în poziţii de toată frumuseţea“ ne spune Besredka.

„Ideia conducătoare a guvernului Sovietic, socoteşte că acordând Institutelor de cercetări milioane şi milioane de ruble, ce sunt necesare bunului lor mers, face o cheltuială productivă, ca şi cultivatorul care, semănând în abundenţă grâul său, ştie că va regăsi cu prisosinţă preţul seminţelor la recoltă“. (Prof. D-r M. Lisbonne dela Facultatea din Montpellier).

In legătură cu casele de repauz de care aminteşte Besredka, iată ce spune Prof. Desmarest:

„Facilităţi pentru un repauz cu drept câştigat, sunt acordate muncitorilor, inginerilor, artiştilor şi savanţilor. Există în U. R. S. S. domenii întinse în general în minunata regiune caucaziană, unde medicii ataşaţi cercetărilor

© Universitatea "Babeş-Bolyai" Cluj

ştiinţifice sau spitalelor, găsesc o instalaţie foarte confortabilă care le permite să capete calmul şi odihna necesară. Ei pot lucra acolo cât vor; podurile şi câmpiile din jur sunt locuri de plimbare agreabile. Acestea sunt adevărate „zone de tăcere"; şi amintindu-mi de dorinţa atât de des exprimată de Georges Duhamel, îmi spuneam că realizarea lor, are loc numai în U. R. S. S."

Vizitatorii străini ce au văzut în 1937, Institutele de cercetări sovietice, ne relatează stări de fapt uimitoare.

Prof. D-r Soula, francez, se declară „giurit" după vizita făcută **laboratorului lui Pavlov** la Koltuşy în împrejurimile Leningradului, laborator creiat numai în vederea studiului reflexelor condiţionale. Bogăţia în material, a acestui institut creat de Soviete într'o proprietate dată savantului Pavlov şi copiilor săi ca recompensă naţională, este, se pare, extraordinară.

Prof. agregat D-r Cadenat, vizitând acelaşi Institut, admiră pe de-o-parte materialul bogat al laboratoarelor, precum şi menajeriile admirabil instalate pentru animalele de experienţă; pe de altă parte, povesteşte plimbarea făcută de faimoasele **„turnuri ale tăcerii"**, locuri propice de reculegere, din bogata proprietate. Toate acestea, după moartea marelui Pavlov au rămas la dispoziţia elevilor săi.

Multiple institute au fost descrise de cercetători străini, cu calităţile, cu organizaţia şi bogăţia lor. Cel mai impresionant a fost pentru toţi, **Institutul de Medicină experimentală** din Moscova, aşa zisul Institut VIEM, sediul Academiei de Ştiinţe.

In **Institutul VIEM** în 1937, lucrau, spune prof. Lisbonne, sute de cercetători. Vorbind despre VIEM, acest profesor crede că „în afară de Statele-Unite ale Americei, în nicio altă ţară nu există Institute de cercetări atât de vaste, cu atâţi cercetători şi cu o zestre atât de mare, încât mult timp după ce l-ai vizitat rămâi încă minunat şi adânc impresionat".

Intre alţi mari savanţi, la VIEM lucrează şi celebrul fiziolog Speransky, ale cărui lucrări asupra rolului sistemului nervos în diverse stări patologice, sunt de o importanţă universală.

Prof. Lisbonne, conchide, după vizitarea VIEM-ului: „efortul sistematic realizat de U.R.S.S. în cursul ultimilor ani, pentru a onora ştiinţele biologice şi pentru a favoriza desvoltarea lor mi se pare prodigios. Ceea ce există azi — e vorba de 1937 — provoacă admiraţie — ba chiar invidie, Insă posibilităţile de a face încă mai mult şi încă mai bine în acest domeniu s'a şi manifestat".

Dar să dăm cuvântul, profesorului francez Lemaître, care ne expune, în 1937, planul noului VIEM, proectat de conducătorii Statului Sovietic.

„Viitorul Institut central experimental, va fi făcut la 8 km. de Moscova, într'un parc de 460 de hectare. Va fi o întreagă lume! Planul acestui gigantic aşezământ elaborat după concepţii astronomice, provoacă înainte de toate, stupoare. Construcţia principală va avea 425 m. înălţime. In acest ordin de idei, Statele-Unite ale Americei, care m'au mirat profund sunt întrecute".

„Macheta viitorului VIEM este terminată până în cele mai mici amănunte, iar construcţia abia începută, trebue să fie terminată în 1939. Nu discut despre partea rezervată animalelor de experienţă; nici despre Bibliotecă, prevăzută cu 600.000 volume. Singură clinica, cu cele 25 de etaje ale sale, mă va opri un moment.

Ca şi restul Institutului ea este rezervată numai cercetărilor ştiinţifice. Va cuprinde numeroase secţii ce vor fi la dispoziţia medicilor care urmăresc cercetări experimentale. Fiecare secţie va avea laboratorul ei, în legătură cu marele laborator central al Institutului. Vor fi secţiuni pentru bolnavi de toate vârstele şi privind toate condiţiile fizio-patologice".

Sunt câteva săptămâni de când, întrebând pe profesorul sovietic Gordania dela Moscova, pe care am avut plăcerea să-l conduc în Bucureştiul nostru ştiinţific, am aflat că noul Institut VIEM, este terminat.

Biologiştii ce vor avea norocul să lucreze în el, sau să-l viziteze numai, se vor găsi — spune prof. Lisbonne — într'un palat al medicinei experimentale cum nici spiritele cele mai îndrăzneţe nu i-ar fi putut concepe vreodată realizarea îndrăzneaţă.

Alte multe Institute biologice împrăştiate pe toată suprafaţa Uniunii Sovietice, sunt tot atâtea temple măreţe ale noui religii ale ştiinţei.

La Kiew, de exemplu ne relatează Prof. Lemaître, vizita făcută la 2 institute mari, consacrate exclusiv cercetărilor ştiinţifice.

Primul, **Institutul de fiziologie experimentală** este dirijat de savantul Profesor Bogomoletz, Preşedinte al Academiei de Ştiinţe Ucrainiene, care grupează 24 de Institute ştiinţifice. In acest institut abia terminat în 1937, în afară de o vastă bibliotecă şi de importante anexe, sunt 100 de laboratoare individuale pentru 100 de cercetători ce lucrează sub direcţia Profisorului.

Al doilea mare Institut din Kiev, de **Chimie biologică,** funcţionând din 1935, are 50 de laboratoare complecte, pentru 50 de colaboratori directorului, ai Prof. Palladin.

O serie de alte **Institute** au fost create **pentru cercetarea ştiinţifică şi combaterea anumitor boli.** Menţionez: **Institutul consacrat Sifilisului** şi **luptei contra bolilor venerice,** dirijat de prof. Bronner, la Moscova; **Institutul de Oncologie** dela Leningrad care se ocupă cu cercetarea cancerului omului şi cancerului experimental la animale, condus de prof. Petrof.

Spitalele din Uniunea Sovietică nu sunt mai prejos de Institutele ştiinţifice de cercetări, în ceea ce priveşte numărul, întinderea şi înzestrarea lor.

Noul spital Metchnnicoff, este vast, cu sălile deservite de galerii spaţioase, cu camere în care bolnavii valizi se pot reuni şi pot mânca la mese mici, separate. Ceea ce face plăcere în spitalele **sovietice,** este profuziunea de plante verzi în culoare, în săli sau în camerele bolnavilor. Spitalul Metchnicoff are sere imense unde cresc plantele verzi şi florile destinate să înfrumuseţeze localul... Caracteristic, ne spune prof. D-r Cadenat, este numărul personalului, îngrijirea a 2000 de bolnavi, există un personal de 2000 de indivizi!

Bineînţeles că nu toate spitalele sunt noi; mai sunt încă şi construcţii vechi. Insă în cele noi, Prof. Lemaitre găseşte că, „confortul şi chiar luxul, depăşesc ceea ce Parizienii sunt obişnuiţi să găsească în clinicele particulare pariziene". Şi vă asigur că acestea nu sunt de loc sărăcăcioase!

Ca exemplu de spital foarte luxos, este **„Sanatoriul pinilor",** la câţiva kilometri de capitală, etichetat de Prof. Lemaitre „o splendoare".

Spitalele sunt numeroase. După Miterev, în 1907 în toate oraşele din Rusia, existau de 3 ori mai puţine spitale decât se găseau în 1941, numai în regiunea Moscovei.

O creaţie interesantă este **Spitalul de Urgenţă** din Moscova, care a dat model a peste 1000 de alte spitale, similare de pe întinsul teritoriului Uniunei Sovietice. Condus de Prof. Judine, acest mare spital face parte **din Institutul Sklifassovsky.** Acolo este **clinica traumatologică;** acolo se tratează de urgenţă orice caz de accident de stradă, accident de muncă, perforaţii intestinale, încercări de sinucidere, otraviri, accidente cardiace, corpi străini în căile respiratorii, etc..

In alte oraşe, se găsesc de asemenea spitale mari, noi, foarte bine amenajate. Prof. Lemaitre a vizitat un asemenea spital la Kiew, şi spune că l-a găsit tot atât de frumos ca şi cel al Kremlinului. In plus, se ştie că în Caucaz şi pe coastele însorite ale Crimeii, vechile palate au fost transformate toate în spitale luxoase, în sanatorii, accesibile tuturor lucrătorilor, întregii populaţii.

Cât despre îndemânarea şi priceperea specialiştilor medicinei sovietice, voiajorii francezi, personalităţi din lumea medicală cea mai evoluată din Europa, ne mărturisesc că U. R. S. S. poseda, în 1937 încă, chirurgi savanţi şi abili, care pot fi puşi, fără să fie flataţi, printre cei mai buni din lume".

Vedem astfel că Uniunea Sovietică a făcut sforţarea să introneze regimul Ştiinţei şi să-i favorizeze progresul, prin larga concepţie ce a stat la baza organizării cercetărilor ştiinţifice.

Rezultatele s'au văzut în bună parte:

Standardul de viaţă s'a urcat mult în massele largi ale poporului. Bogăţia naţională a crescut. Forţa vie a Statului şi-a dovedit vigoarea şi vitalitatea, în războiul pe care îl câştigă atât de glorios contra hitlerismului.

Sănătatea individului s'a ameliorat.

Priviţi numai tabloul alăturat, şi veţi pricepe uşor ceea ce s'a realizat pentru sănătatea poporului în Uniunea Sovietică.

REALIZĂRI IN U. R. S. S.

In 1941 peste 200 Institute de cercetări ştiinţifice

Şcoli, Facult. de Medicină 1913=13	In 1941, 72 Institut. de medicină (fac.)
Medici 1913: 20.000	1941: 130.000; cam 1/1500 locuitori
Personal medical infer. 1913: 37.000	1941: 460.000.
Medici sanitari 1913: 275	1941: 12.000 din care { 1200 Malariologi, 2300 Epidemiologi, 3400 Bacteriologi
Vizite med. gratuite la domiciliu 1913: 391.000	1941: 29.370.000
Numărul paturilor de spital 1913: 134.000	1941: { la oraşe 500.000, la ţară 170.000
Policlinici 1913: 1.230	1941: 26.000
Paturi în maternităţi . . 1913: 6.800	1941: 142.000
Naşteri în spital 1913 . . . . { Capitale prov. 10%, „ arondisment . 1%, La ţară . . . 0%	1941: în orice mediu 100%
Creşe { Urbane . . . . . 1913: 550, Rurale sezon . . . 1913: 340	1941: { Urbane 554.000, Rurale 4.300.000
S'au pregătit 17.000 specialişti pediatri; s'au creat 83.000 paturi în spitale de copii.	
In raport cu numărul caz. bolilor contagioase din 1913.	1941: { de 4,5 ori mai puţină F. Tifoidă, de 4,5 „ „ „ Difterie, de 2,5 „ „ „ Scarlatină
Servicii medicale pentru ajutor urgent 1913: 9.	1941: 1000, pendinte de Comis. popor. Sănăt. public.; plus la alte inst.
Staţii de cură . . . 1913: 2000 paturi	1941: 132.000 paturi (de 66 ori mai multe).

Staţii climaterice şi balneare în 1941. { 2000 Sanatorii, 1200 Case repauz, 250 Case repauz de o zi } Se trimet peste 6.000.000 persoane pe an.

Nu mai insist asupra capitolelor speciale, mama şi copilul, care s'au bucurat de toată atenţia grijulie a autorităţilor.

In Uniunea Sovietică, s'a născut o nouă societate, având drept bază, demnitatea omului; se predică o nouă evanghelie, a muncii; iar religia de Stat, E ŞTIINŢA.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Necrolog

BCU Cluj / Central University Library Cluj

† DOCTORUL VASILE BIANU

In Noemvrie 1944 a murit, în vârstă de 86 de ani, doctorul Vasile Bianu, unul dintre puţinii medici cari mai erau în vieaţă, din generaţia care a luat parte la punerea bazelor medicinei noastre moderne.

Născut la 30 Sept. 1858, în oraşul Aiud, din Transilvania, fiu al magistratului Vasile Bianu, din Făget şi al Elisabetei, născută Pop-Mateiu, din Şard, a urmat cursurile primare şi secundare la Blaj, obţinând la 3 Iulie 1876 „Testimoniu maturitatis".

Inscris la Facultatea de Medicină din Bucureşti, a obţinut permisiunea, deşi prea tânăr, să se prezinte la examenul de externat, pe care l-a trecut cu succes în 1877, fiind numit în acelaşi an în serviciul chirurgical al doctorului Turnescu, dela Spitalul Colţea.

In Octomvrie 1879, fiind clasificat 1-iul la concursul de internat, dintre 52 de candidaţi; a fost numit intern în acelaşi serviciu, până în Septemvrie 1880, când a trecut în serviciul de boale interne al doctorului Marcovici.

La 28 Noemvrie 1881, deci la vârsta de 23 ani, a fost proclamat doctor în medicină, susţinând o teză de mare actualitate „Igiena oraşului Bucureşti". Intr'un volum de 292 de pagini, a înfăţişat toate neajunsurile pe care le suferea populaţia Capitalei noastre, tocmai în anul când se pregătea canalizarea şi adâncirea albiei Dâmboviţei, canalizarea stradelor şi aprovizionarea cu apă de băut.

In anul 1880, când era în anul al 4-lea de medicină, împreună cu alţi 22 de studenţi, a fondat revista „Spitalul", la care a fost un colaborator asiduu.

A fost 2 ani bibliotecar al Societăţii Studenţilor în Medicină din Bucureşti şi 1 an vice-preşedinte al comitetului ei. Legat de această Societate, în jurul căreia s'au adunat decenii de-a-rândul toate elementele valoroase ale studenţilor noştri medicinişti, n'a uitat toată vieaţa. In Martie 1882, institue un premiu de 120 lei, la Societatea mediciniştilor, ale cărei săli abia le părăsise, pentru cea mai bună conferinţă ce se va pronunţa cu prilejul aniversării

Societăţii, în 1883; premiul a fost dat studentului I. Corsin, pentru conferinţă: „Teoria germenilor din aer şi aplicaţiunea sa în chirurgie".

In anul 1881 a fost numit medic al plăşii Bistriţa de Sus, din judeţul Bacău, unde a funcţionat până la 29 Noemvrie 1882; în acest timp a publicat în „Spitalul" un articol despre **epidemia de variolă,** ce bântuia în acel timp, apoi alte 2 despre **poziţiunea medicului de plasă în exerciţiul funcţiunei** şi, în fine, **o dare de seamă asupra serviciului sanitar al acelei plăşi,** în 1882.

La 29 Noemvrie 1882, este numit medic al Spitalului rural Slatina, din judeţul Suceava, unde a funcţionat până în Iunie 1885. A executat în acest interval de timp 450 de operaţii, descrise în rapoartele înaintate Direcţiunei Generale a serv. sanitar şi pentru cari i s'au adus mulţumiri de către Consiliul sanitar superior.

In acest interval de timp a publicat în „Spitalul" multe articole, între cari cităm: **chist hidatic enorm al ficatului,** deşertat după procedeul Récamier, cel mai recomandat în acel timp, **amputaţia coapsei, urmată de pansamentul lui A. Guérin,** pe care l-a descris în detaliu cu acest prilej, **pustula maligna a pleoapei,** vindecată prin tratamentul iodo-iodurat (intern, extern şi injecţiuni subcutanate în jurul pustulei).

Iată ce scrie profesorul Felix, membru al Comitetului sanitar superior, în raportul către Ministerul de Interne, relativ la activitatea lui Bianu în spitalul din Slatina: „D-l D-r V. Bianu este, din toate punctele de vedere, modelul unui medic de spital; prin devotamentul d-sale a procurat acestui aşezământ reputaţiunea de care se bucură astăzi, care trece peste limitele ţării şi care atrage în acest institut ospitalier un număr considerabil de bolnavi români din Bucovina şi Transilanvia".

In Iunie 1885, demisionează şi pleacă la Paris, unde se ocupă timp de 1 an cu medicina operatoare şi anatomo-topografică, frequentând spitalele marilor chirurgi: Tillaux, Farabeuf, Verneuil, Péan, Lucas-Championière. In vara anului 1886 pleacă la Londra, unde vizitează serviciile spitaliceşti ale acestui centru medical.

In timpul petrecut la Paris şi Londra publică: **două extirpaţiuni totale ale laringelui, două cazuri de nefrectomie şi un nou tratament al abceselor reci** (cu eter iodoformat).

La 15 Martie 1887, se înapoiază în ţară şi este înrolat pentru a-şi face stagiul militar, ca medic de batalion şi numit profesor de chimie şi higienă, la şcoala de subofiţeri dela M-rea Bistriţa (Vâlcea) cu care ocazie a avut elev pe sergentul Al. Averescu, mareşalul României de mai târziu. La sfârşitul anului a fost transferat la Reg. 1 Roşiori, din Slobozia, unde a stat până la sfârşitul anului 1888, când a fost înaintat la gradul de medic Căpitan de rezevă.

La 22 Octomvrie 1888, a trecut concursul de medic de spital, reuşind 1-ul şi a fost numit îndată medic şef al Spitalului rural Horezu (Vâlcea), unde a funcţionat până în Noemvrie 1891. In acest spital mixt a executat o mulţime de operaţii, între cari laparatomiile şi ovariaţiunile practicate de el, se făceau pentru prima dată în oraşele noastre de provincie. Activitatea din acest spital a fost publicată în revistele „Clinica", „Spitalul" şi „Apărătorul Sănătăţii".

In anul 1892, a fost transferat ca medic primar al Spitalului „I. C. Brătianu", din Buzău, unde a funcţionat până la trecerea la pensie, adică 28 de ani.

In cei 28 de ani de activitate spitalicească a executat, cu aproximaţie, 14.000 de operaţii, iar între anii 1894—98 a ţinut numeroase conferinţe la Ateneul din Buzău.

In anul 1910, publică **„Dicţionarul Sănătăţii",** o carte de mare utilitate pentru public. Cartea a fost revizuită şi adăogită de mine şi, cu toate că era trecut de 85 de ani când am publicat ediţia ultimă, citea cu atenţie orice capitol nou adăugat şi orice modificare, pentru a se ţine în curent cu noutăţile medicale.

In anul 1919 s'a retras la pensie în Clujul românesc, pentru care a luptat în marele război, conducând, în calitate de medic colonel de rezervă, Spitalul de etapă No. 3.

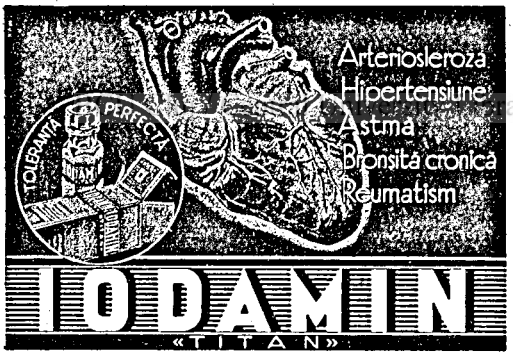
In Cluj a fost ales membru de onoare al Societăţii Studenţilor în medicină, cărora le-a dăruit, pentru bibliotecă, peste 714 volume medicale din biblioteca sa.

In 1922 a fost ales senator al judeţului Cluj.

După ce şi-a revăzut Ardealul lui drag şi după ce a luat parte, cu ceea ce-i mai permitea vârsta înaintată, la începuturile vieţei româneşti în Capitala Ardealului, s'a retras în Bucureşti, pentru a-şi petrece restul vieţii în preajma fiilor săi, dintre cari singurul în vieaţă azi este un distins profesor al politehnicei din Bucureşti.

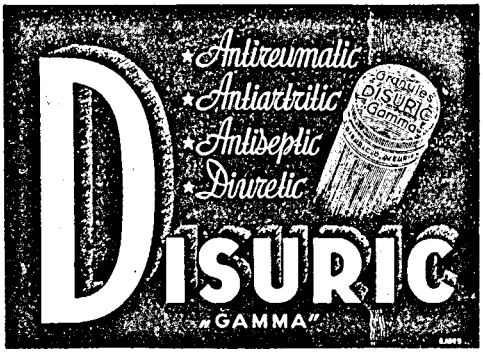
Moartea l-a răpit înainte de a vedea sfârşitul celui de al IV-lea război pe care l-a trăit şi mai înainte ca să vadă noua orânduire a lumii, despre care-mi vorbia cu atâta interes numai cu câteva săptămâni înainte de moarte.

D-r I. Glăvan



MEDICAŢIUNE
IODATĂ
INTENSIVĂ

DISOLVANT
ŞI ELIMINATOR
AL
ACIDULUI URIC



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

INTELECTUALUL DE IERI, DE ASTĂZI, DE MÂINE

Misiunea lui socială: cetățean activ și dinamic

de

D-r S. IRIMESCU

Titulatura de intelectuali apare cu un aspect de prezumție care o face puțin atrăgătoare. Cel care pretinde la ea, pozează ca un aristocrat al gândirii. Ar fi preferabil ca acest calificativ, când e justificat să se decerne de alții și să nu și-l atribue singuri. Sunt categorii printre intelectuali. Prin împrejurări prielnice în viață, printr'o situație economică care l-a favorizat, unii au putut să-și completeze cunoștințele și să ajungă să le perfecționeze ca să dobândească diplome de care se pot prevala.

Ridicați la trepte înalte în ierarhia socială, comunitatea poate să le ceară să-i fie recunoscute oarecare îndatoriri față de ea.

Ea trage întru câtva polițe asupra lor și are dreptul să le reamintească termene de scadență.

Ca să fie cu adevărat un intelectual, un individ nu are nevoe de diplome purtând ștampila oficialității. Sunt numeroși cei care cu toate diplomele, migălind poate ca să le dobândească, rămân numai cu ele fără să știe să se pună în evidență dând probe de valoarea lor, atât cât o au și trec neobservați chiar când încearcă să se manifesteze în public.

Intelectualismul acestora e fără urmări și poate fi contestat.

Pe de altă parte sunt indivizi care, fără studii oficiale, se instruesc singuri, autodidacți, din râvna de a-și îmbogăți cunoștințele și reușesc unii dintre ei să fie oameni de mare cultură pe care o dovedesc câteodată cu o mare strălucire.

Titlul de intelectual li se cuvine mai mult chiar decât celorlalți. Din îndemnul minții și inimei lor și-au înălțat sufletele și și-au împodobit gândirea ca să iasă din banalul cotidian.

Pentru aceștia, comunitatea nu este nevoe să-și reclame participări de beneficii ca să fie puși la contribuții pentru propagande de cultură și pentru îndrumări, în întocmirile economice și sociale, deoarece din imbold propriu s'au cultivat și țin să răspândească cunoștințele lor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Paradoxal este că unii din intelectualii din prima categorie care socotesc că reprezintă inteligenţa, hulesc cuceririle ştiinţei. Declaraţii difamatoare abundă din partea lor la adresa ei, dând precădere instinctului inconştientului, intuiţiei, susţinând că instinctul şi nu inteligenţa dirijează atitudinile oamenilor în diferitele împrejurări ale vieţii. Apologia instinctului asupra raţiunii devine la ei temă de propagandă şi de acţiune.

S'ar putea scoate citate numeroase din această lirică cu proslăvirea resturilor de animalitate din om. **Nietzsche**, cel mai tipic şi cel mai talentat din aceşti lăudători ai timpurilor trecute — laudatores temporis acti — exultă vorbind de „bruta blondă care se complace în pradă şi carnaj cu veselie şi bucurie profunde pe care le gustă eroic în acţiuni de distrugere".

In aceeaşi notă, specific germanică, mari istorici ca **Momsen**, **Treitschke** şi mai înaintea lor **Fichte**, în celebrul lui „Discurs către naţiunea germană" proclamă că orice acţiune care duce la mărire şi înaltă prestigiul ţării lor — obiectiv judecată ea apare însă ca reprobabilă şi deseori odioasă — rămâne în sensul istoric justificată. Se provoca o deformare a mentalităţii mulţimilor prin prestigiul literar şi prin autoritatea celor ce propovăduiau doctrinele acestea de ură şi de barbarie.

In războiul trecut o tagmă de intelectuali, oameni de ştiinţă, literaţi de seamă, au semînat un manifest care elogia ditirambic năvala hoardelor germane cu paroxime de cruzimi şi jafuri într'o redeşteptare de instincte atavice.

Regimul trecut de teroare din Germania, care făcea din forţa brutală o lozincă de conducere faţă de care simţul de dreptate trebue să se plece şi la un moment dat se credea triumfător n'a putut să reziste reacţiunii de apărare şi de demnitate a ţărilor de vechi şi nobile tradiţii de cultură. Acestea au dovedit că dreptatea devine o forţă şi când e animată de entuziasm şi credinţă este de neînfrânt şi poate să se opună victorios cotropirilor şi pustiirilor. Regimul acesta se prăbuşeşte acum în oprobriul şi dispreţul tutulor.

In Franţa, unde **Malebranche**, **Renan**, **Fustel de Coulanges** şi atâţia alţii au luat atitudini de universalitate trecând peste orice particularism, proclamând justiţia suverană pe deasupra hotarelor şi raselor s'au găsit în timpurile din urmă intelectuali care au propagat sentimente sălbatice de înăsprire în relaţiile dintre oameni. **Maurras** de care se făcea atâta caz şi a cărui proză era citată cu predilecţie într'o anumită presă a noastră pactiza aproape prin această atitudine cu inamicul susţinând tradiţii perimate cu nădejdea că se va putea să fie reînviate.

Ce s'a întâmplat la noi e tot atât de trist.

Dela înălţimea catedrelor universitare o serie de aşa zişi intelectuali au propovăduit teme sanghinare.

Stigmatizaţi acum, ei găseau într'un trecut apropiat, ecou şi dobândeau graţie atitudinii lor odioase situaţii pe care cercetările judiciare le anchetează, ca sancţiuni să fie date pentru satisfacţia moralei publice atâta vreme ignorată şi înşelată.

Infăţişarea aceasta a intelectualismului din care s'ar putea prezinta încă multe exemple e dosul medaliei.

Intelectualii de felul acesta, cum spunea Benda într'o carte celebră care a avut mult răsunet „la Trahisom des clercs" au trădat.

Trădarea lor faţă de crezuri înalte, de justiţie şi de armonie între oameni se explică fie din interesul de a-şi creea situaţii pe care le socoteau în prezumţia lor corespunzătoare cu merite foarte contestabile sau din motive şi mai josnice de pur mercantilism ca să-şi vândă declaraţiile.

Ca o compensaţie şi un contrast au fost printre ei minţi luminoase şi suflete mari care au salvat reputaţia de intelectual. Războiul actual i-a relevat şi i-a reliefat.

El a răscolit toate păturile populaţiei care i-au simţit ororile — în secolele trecute, cum povestesc cronicarii când ciocnirile de arme nu aveau furia de distrugere a masacrelor de acum, ele rămâneau fapte izolate pe care mulţimile aproape le ignorau — şi a produs sentimente de teroare şi de indignare contra celor ce l-au provocat.

Intelectualii şi-au înţeles de multe ori îndatoririle — momentul celor dela noi, care au cerut deschis şi curajos să i se pună capăt are o valoare de înaltă etică civică — şi au ţinut să fie reali şi activi conducători pentru lămurirea şi precizarea sentimentelor de dreptate şi armonie în raporturile dintre oameni. Politica tălmăcită de ei — politica în înţelesul stabilirii relaţiilor între popoare şi indivizi — nu va mai fi ceea ce cerea Machiavel dela ea „să rămână departe de orice raport cu morala", ci se va confunda cu ea. Se împlineşte acum, sub presiunea evenimentelor ceea ce într'o sentinţă înţeleaptă spunea moralistul care a fost Vauvenargues că „pasiunile învaţă pe om ceea ce este raţiunea".

Patimile deslănţuite în prezent sunt pe cale să fie stăpânite. Se va sfârşi astfel prin a se instala domnia, regnul raţiunii. Renan regreta că societăţile omeneşti prin organizarea lor defectuoasă nu rezervă un loc intelectualilor ca să poată lucra şi medita pentru ţeluri superioare, degajaţi de corvada şi de servitudini. Indeletnicirile care se pot da intelectualilor nu trebue să fie corvade ci împlinite cu entuziasm, ca să întreţină în oameni flacăra sacră a unor nobile aspiraţii. Pentru acest rol, intelectualul nu trebue să se închidă în turnuri de fildeş, străin de tumultul mulţimilor ci descinzând în arenă să fie purtător de cuvânt pentru împliniri de echilibru social.

Intelectualul poate să fie şi întrucâtva a fost un ferment pentru propăşiri în sfera culturală, economică şi socială, când şi-a înţeles menirea şi nu s'a complăcut să-şi alinieze libertatea de gândire şi de acţiune.

Recapitulând de-a-lungul istoriei civilizaţiilor rolul şi atitudinea lui, ne răsar în minte individualităţi puternice care au ilustrat o epocă. Vechea Eladă, în care s'a produs acea mare eflorescenţă de cultură „miracolul grec", a fost un teren prielnic pentru manifestări de o înaltă ordine etică şi estetică. Grădina lui Academos, în care Platon îşi făcea plimbările, în cortegiul discipolilor lui, pieţele publice unde Socrate perora, tribunele dela care stoicii enunţau sentinţe şi aforisme sunt locaşuri venerabile unde s'a plămădit civilizaţia omenirii. Ecouri îndepărtate, conţinând în ele tezaure de înţelepciune răsună din aceste adâncuri ale istoriei şi ele rămân săpate cu litere de aur în memoria oamenilor.

Amestecul filozofilor în treburile publice era socotit ca o datorie. **Platon** îl considera atât de necesar încât când nu se producea, cerea ca filozofii să fie imobilizaţi în lanţuri şi să fie forţaţi să aibă grije de Stat! Când **Socrate** spunea în celebra lui replică lui **Gorgias**, că privite de sus cuceririle de oraşe, de arsenale, sunt de minimă importanţă, simple fapte diverse şi numai justiţia şi temperanţa sunt lucruri serioase, ieşirea aceasta era la el de răsvrătit contra aşezărilor clasate ca sacrosancte. Intr'o degajare completă de ceea ce e pământesc, el se avânta pe culmi de abstracţii. **Socrate** trebuia să ispăşească aceste atitudini crud şi tragic şi să bea cucuta care l-a omorît.

A fost o acţiune criminală contra unui om de liberă gândire, pe care istoria de-a-lungul veacurilor a veştejit-o. A trebuit, în vremea noastră de atâtea anomalii să se găsească un teoretician al violenţelor (Sorel), dascălul dictatorilor sângeroşi de atât de sinistră actualitate, ca să aprobe pe judecătorii lui, buni paznici, cum spunea, ai intereselor pământeşti, care trebuiau să fie apărate!

Deviaţia aceasta a spiritului, pune într'o lamentabilă lumină mentalitatea unora din intelectualii actuali, care, departe de orice înălţări morale, rămân lipiţi de pământ, nu ca să le crească forţele, ca în mitul lui Anteu, ci ca să revină la animalitate, scoborîndu-se pe labele de pe care s'a ridicat antropoidul epocilor geologice depărtate, ca să evolueze, fără să rupă legătura cu începuturile lui.

In vremurile vechi, când noţiunea de interese locale în limitele unei patrii bine definite, era puţin precizată, gânditorul, scriitorul, artistul, puteau pluti mai uşor în abstracţii şi nu erau încătuşaţi în graniţele sufletului şi minţii lor, aşa cum le dictau şi impuneau anumite concepţii determinante ale epocii lor. Ei puteau privi lucrurile sub aspectul eternităţii.

Orgoliul individual s'a găsit apoi descătuşat prin divinizarea laică a sufletului omenesc, pe care doctrina lui **Luther** a făcut-o să fie acceptată sub masca de liberalism. Individul voia să se simtă liber şi orice apăsare îl oprîma. Era epoca romantică. Intr'o frenezie de entuziasm, **Alfred de Musset** exclama: **„qui de nous qui de nous va devenir un dieu!"** (cine dintre noi va ajunge la dumnezeire!) Degajarea de epizodic şi cotidian e o marcă de superioritate. Ea presupune multă independenţă de gândire. Au voit poate să o aibă multe din spiritele alese, dar n'au reuşit să se stabilizeze în ea, din cauza contingenţelor, a circumstanţelor potrivnice, a marilor şi micilor mizerii, într'un mod fatal legate de o mână de pământ. Gură de om, gură de câine, cere pâine, spunea poetul şi când n'o are, poetul devine o victimă tragică a unui mediu ostil desvoltării facultăţilor lui.

Chatterton, în viaţă şi în drama lui Alfred de Vigny, se sinucide tânăr, ca să nu moară de foame; **Gilbert**, „la ospăţul vieţii nenorocit invitat, infortuné convive, îşi ia adio dela viaţă, tot la 20 de ani" în versuri care au rămas în antologii; **Gerard de Nerval**, se spânzură, sătul de mizerie într'un cartier îndepărtat al Parisului. **Torquato Tasso** nu avea candelă, ca să-şi scrie versurile; **Verlaine**, poet genial, hoinărea din spital în spital, ca să găsească un adăpost, pentrucă nu avea nici locuinţă, nici hrană, ca să-şi ţină zilele.

BCU Iași / Central University Library Iași

Scriitorii din zilele noastre, mai practici, reuşesc, unii din ei, triumfători, să-şi asigure rente şi averi, cultivând gustul publicului, în direcţia din care suflă vântul care duce la succese. Capitalul devine un scop în viaţă şi pentru ei. El este mai meritat, dacă este dobândit, decât în alte îndeletniciri omeneşti, deoarece cel puţin nu rezultă din exploatarea altora ci e produsul unei trude personale, care a avut norocul să fie încununată de izbândă.

Burghezia actuală — constatarea o face **Benda**, în mod obiectiv, neavând nicio legătură cu vreun partid politic — speriată de progresele revendicărilor claselor muncitoreşti, voind să-şi menţină privilegiile, are aversiune pentru doctrinele liberale şi scriitorul care ţine să-i câştige favorurile, ştie, când face politică, să arboreze drapele care apără „ordinea". E cauza pentru care mulţi din scriitori se înrolează în partide politice de ordine, ca să-şi creeze un piedestal de glorie şi prosperitate. Cazul lui **Maurice Barrès** e tipic. Începându-şi cariera de publicist şi literat la un ziar „La Cocarde", pe care-l citeam cu nesaţ în anii de tinereţe, ca un intelectual sceptic, cu veleităţi de revoltă socială, şi-a văzut reputaţia crescând când s'a făcut apostolul „prejudecăţilor necesare", cum le chema el, elegant, cu desvoltări de fineţe şi de paradoxe.

Superioritatea intelectualului ca factor de cultură şi ca factor moral, apare impunătoare, când ştie, cu riscul impopularităţii şi cu ameninţarea de a-şi vedea sdrobită cariera, să rămână pe linia dreaptă a convingerilor lui.

E atunci inamicul poporului, din piesa lui **Ibsen** şi în viaţa reală e **Spinoza**, când pe poarta casei asasinilor fraţilor de Witt, adevăraţi eroi pentru apărarea patriei lor, omoriţi mişeleşte de faţiuni politice, scrie „Ultimi barbarorum (ultimii dintre barbari), **Voltaire**, care apără contra opiniei publice deslănţuite, pe **Calas**, victima unei erori judiciare; sunt **Zola**, **Duclaux**, marele chimist, şi atâţia oameni de ştiinţă şi literaţi de renume, care într'un proces celebru (Dreyfus) îşi strigă revolta, ca să protesteze contra unei mari nedreptăţi comisă în numele unui militarism fanatic, care se degrada, apăsând cu o tenacitate criminală pe un nevinovat.

In epoca tulbure actuală, când dictaturile tronau, **Thomas Mann** şi **Einstein**, se exilează din Germania, ca să nu aibă compromisuri cu o conducere brutală, **Benedeto Croce**, în Italia, trebue să tacă şi **Filipo Turati**, om politic şi socialist de mare prestigiu, când a voit să vorbească, fiind ameninţat să fie omorît, cum a fost ucis **Mateoti** de fostul lui tovarăş de idei, clown şi saltimbanc, ajuns dictator, jucându-se cu credinţele şi cu atitudinile, ca să nenorocească un întreg popor, a trebuit să fugă şi să caute un refugiu într'o ţară neutră, după peripeţii de o tragică odisee.

...Am schiţat în linii mari — tema aceasta ar comporta ample desvoltări — rolul intelectualului în diferitele lui înfăţişări de-a-lungul vremurilor, în sbuciumul împrejurărilor atât de variate.

Intelectualul nu a putut corespunde totdeauna menirii lui, chiar când o înţelegea în toată complexitatea şi frumuseţea ei.

Trecând peste adversităţi, a ştiut uneori să le înfrângă şi să nu

iasă din linia dreaptă a convingerilor lui. A fost atunci un erou şi reputaţia lui a crescut în aprecierea contimporanilor şi în judecata posterităţii. Eroismul nu e însă monedă curentă ci foarte rară, cu circulaţie redusă. Fără a fi erou, când a ştiut să se menţină senin şi calm şi nu a deviat călcându-şi conştiinţa, a rămas pe o treaptă superioară de umanitate.

Atitudinea însă a multora din ei, în ultimii ani — la noi au urmat modelul altor ţări şi s'au complăcut în el, în loc de a-l repudia cu indignare şi oroare — de platitudini şi servilism, va fi privită cu stupefacţie, ca o supremă decădere, de istoricii viitorului.

Muncitorii cu mintea, în împrejurări mai prielnice, economice şi sociale — timpurile noui care se anunţă dau toate nădejdiile că epoci de armonie în raporturile dintre oameni sunt pe cale de a fi împlinite — vor putea şi mai bine şi mai complet să fie la înălţimea rolului la care pot şi trebue să aspire. Drepturile nu le puteau atunci fi valorificate potrivit meritelor lor. Ei vor trebui însă să-şi împlinească şi îndatoririle către colectivitate. Căutând să înlăture asperităţile care tulbură relaţiile dintre oameni şi să le netezească vor deveni cetăţeni activi, departe de pasivităţi şi indiferenţe, mulţumindu-se să planeze în pure abstracţii.

Muncitorii cu mintea vor fi astfel alături de cel cu braţele, confundându-se în aceleaşi năzuinţe de viaţă, care, ca să fie mai bună, trebue să fie mai dreaptă. Indeletnicirile lor în direcţii concordante, se vor solidariza şi sincroniza.

Renan spunea că se vede foarte bine şi foarte mulţumit, învârtind ca lucrătorul din timpurile vechi, piatra de moară, ca să macine grâul, meditând concomitent probleme eterne asupra oamenilor şi lucrurilor. E imaginea de simbioză care se desprinde din tainele viitorului pentru a simboliza colaborarea muncitorilor de toate categoriile.

Intelectualul va fi atunci un sfătuitor şi, când are capacitate, şi un conducător pe drumul spinos al vieţii în bună înţelegere cu cel cu care va munci alături, pentru a atinge scopuri înalte de echilibru social.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

REZULTATE OBȚINUTE ÎN TRATAMENTUL REUMATISMULUI CU UN NOU PREPARAT MEDICAMENTOS: „REUMALIN"

de

Doc. D-r I. STOIA și **D-ra D-r ECONOMU**

Deoarece în serviciul medical al Spitalului Cantacuzino, se prezintă numeroase cazuri de reumatism, ne-a fost propus pentru experimentare, un nou preparat medicamentos: Reumalinul.

Acesta este un preparat românesc al Domnului D-r Farmacist Torjescu din Tr.-Severin, o soluție injectabilă ce conține: vitamina B_1, Pyramidon, magneziu, iod și sulf.

CJCC Cluj-Napoca Library

Vitamina B_1 are rol sedativ în polinevrite și sciatice, pyramidonul este antinevralgic și antipiretic, magneziul acționează ca sedativ și antispasmodic asupra centrilor nervoși și mai ales asupra nervilor periferici, el scade de asemeni și temperatura, acționând asupra centrului termoregulator. Sărurile de magneziu administrate pe cale parenterală au acțiune locală anestezică. Iodul sub formă de iodur de sodiu este preferat în locul altor ioduri, deoarece nu exercită acțiune depresivă asupra cordului și care prin impregnarea progresivă a celulei nervoase realizează o cură rapidă atoxică a durerilor de origine spasmodică, nevralgică sau inflamatorie. Sulful sub formă de hiposulfit potențează și integrează acțiune antireumatică, antiartritică și modificatoare a iodului.

Noi l-am experimentat pe 14 cazuri dintre care:

— 4 cazuri de reumatism focal-toxic.
— 4 lombo-sciatică.
— 4 cazuri de reumatism cronic deformant.
— 1 caz reumatism Neisserian, și
— 1 caz de coxoză cu spondiloză dorso-lombară.

OBSERVAȚII:

Cazul Nr. 1. — Neuro-mialgie focal-toxică. Bolnava Maria B. se internează pentru: 1. dureri în regiunea dorso-lombară; 2. dureri vagi în articulații; 3. dureri musculare generalizate. Au apărut cu câteva luni în urmă.

Analize: Uree: 0,50 gr. la mie. Urină: Albumină nor fin.

Tratament: 1. Inj. Reumalin 1 fiolă zilnic; 2. Bromur calciu la nevoie; 3. Diuretină.

Rezultat: Bolnava după 18 zile de tratament părăsește Spitalul vindecată.

Cazul Nr. 2. — Reumatism focal-toxic. Bolnavul Ioan D., de 43 de ani.

Istoric: Primul puseu poliarticular acut apare acum doi ani; puseul actual apare acum patru luni.

Stare prezentă: Dureri în articulațiile genunchilor, articulațiile tibio-tarsiene și medio-tarsiene, scapulo-humerale și sacro-lombare.

Analize: 1. Radiografia coloanei: spondiloză lombară; 2. Reacția B. W.: negativ; 3. Urină normală; 4. Uree normală; 5. Viteză de sedimentare crescută: 1 oră: 50 mm.; 2 ore: 72 mm.; 24 ore: 122 mm.

Tratament: Se fac 14 injecții cu reumalin; după primele 3 zile se obține o ameliorare generală, după acest timp încep dureri mari cu impotență funcțională în regiunea sacro-lombară; Se asociază apoi: 1. Băi generale de lumină; 2. Socuri cu vaccin antigonococic; 3. Ședințe cu Radioterapie; 4. Antinevralgice.

Rezultat: Rezultatul final este sedarea durerilor și posibilitatea mișcărilor în articulațiile respective.

Cazul Nr. 3. — Reumatism focal-toxic cu artrita genunchiului drept. Bolnavul Strâmbu M., de 53 ani.

Istoric: Boala datează de 4 luni.

Starea prezentă: 1. Dureri poliarticulare cu predominență la genunchiul drept; 2. Tumefierea genunchiului; 3. Impotența funcțională a acestei articulații.

Analize: 1. Radiografia artic: artroza genunchiului drept, exudat articular; 2. Frotiu, culturi din lichidul articular au rămas sterile; 3. Viteza de sedimentare crescută; 4. Urină, uree, normale.

Tratament: 1. Reumalin injecții zilnice; 2. Tratament dentar.

Rezultat: Sedarea durerilor în articulațiile mai puțin atinse, nicio ameliorare în articulațiile genunchiului drept.

Cazul Nr. 4. — Artrită focal-toxică metatarso-falangiană dreaptă. Bolnava Sofia P. de 52 de ani.

Digitized by Central University Library Cluj

Istoric: Boala datează de câteva săptămâni și debutează prin dureri în nivelul articulației metatarso-falangiene dreaptă, cu greutate în mers.

Stare prezentă: Tegumentele în această regiune ușor tumefiate. Bolnava acuză dureri în repaos ce se exagerează în mișcări.

Analize: 1. Numărătoare hematii: 3.300.000; 2. Uree: normală; 3. Viteză de sedimentare: normală; 4. Leucocitoză: 3100; 5. Urină: albumină, nor fin; Sediment: cilindrii granuloși, hematii, leucocite.

Tratament: 1. Reumalin; 2. Piramidon; 3. Diatermie.

Rezultat: Bolnava nu prezintă nicio ameliorare, se simte slăbită și întrerupem tratamentul pentru a ne ocupa de starea sa generală.

Cazul Nr. 5. — Lumbago, lordoză, reumatism endocrin. Bolnavul Dumitru V. de 54 de ani.

Istoric: Boala datează de câțiva ani și se manifestă prin:

Stare prezentă: Dureri în regiunea lombo-sciatică dreaptă, ce fac mersul imposibil și care apar în repaos cu destulă intensitate.

Analize: 1. Reacția B. W.: negativă; 2. Materii fecale: ouă de ascaris lumbricoides; 3. Viteză de sedimentare: crescută; 4. Urina: foarte rari cilindrii hialini; 5. Uree: normală.

Tratament: 1. Reumalin injecții timp de 12 zile, câte o injecție la 2 zile; 2. Radioterapie.

Rezultat: Bolnavul părăsește serviciul ameliorat, mersul care la început din cauza durerii era imposibil în urma tratamentului impus devine posibil. Durerile în repaus cedează, iar cele din timpul mișcării sunt atenuate.

Cazul Nr. 7. — Lombo-sciatică stângă. Bolnavul Cazinof. S., de 25 de ani

Istoric: Maladia datează de 20 de zile.

Stare prezentă: 1. Dureri în regiunea lombo-sacrală și în lungul feței posterioare a coapsei stângi pe lungul nervului sciatic; 2. Mișcările active reduse din cauza durerii.

Analize: 1. Uree: normală; 2. Urină: nor fin, cilindrii hialini.

Tratament: 1. Reumalin injecții zilnice; 2. Băi de lumină generale; 3. Piramidon la nevoie.

Rezultat: Bolnavul părăsește serviciul foarte mult ameliorat aproape vindecat, durerile au cedat complect.

Cazul Nr. 8. — Neuro-mialgii, lombosciatică dr-tă. Bolnava Florica Iliaş, de 35 de ani.

Istoric: Boala începe cu patru ani în urmă prin dureri în regiunea lombo-sacrată cu iradiaţii în membre. Îşi face un tratament cu radioterapie şi se simte uşor ameliorată. Durerile revin acum 3 săptămâni, însoţindu-se de amorţeli în mâini, temperaturi, inapetenţă.

Stare prezentă: Dureri lombare, masele lombare dureroase la palpare.

Analize: Urină şi uree: normale. Viteză de sedimentare: crescută.

Tratament: Reumalin 2 injecţii pe zi timp de 8 zile. Piramidon. Papule cu novocaină.

Rezultate: După 16 injecţii cu Reumalin, bolnava părăseşte spitalul complect ameliorată; durerile spontane şi la presiune dispar. Senzaţia de amorţeală cedează.

Cazul Nr. 9. — Reumatism cronic deformant-anchilozat. Bolnavul Hangiu D., de 47 de ani.

Istoric: Maladia datează de o lună.

Stare prezentă: 1. Dureri vii în articulaţiile mari şi mici; 2. Mişcări limitate în articulaţiile scapulo-humerale; 3. Febră.

Analize: 1. Urină şi uree: normale; 2. Viteza de sedimentare: crescută; 3. Reacţia B. W.: negativă.

Tratament: 1. Injecţii Reumalin zilnic; 2. Piramidon la nevoie.

Rezultate: După 7 injecţii cu Reumalin nu se obţine decât scăderea temperaturei, durerile şi imobilitatea deformaţiilor persistă.

Cazul Nr. 10. — Reumatism cronic deformant-progresiv. Bolnavul Nicola Ioan de 22 de ani.

Istoric: Boala datează de 4 ani, când a avut primul puseu.

Stare prezentă: 1. Dureri în articulaţia tibio-tarsiană, inter-falangiană, articulaţia cotului stâng şi articulaţiile scapulo-humerale; 2. Mişcările active şi pasive limitate; 3. Tumefierea şi roşeaţa articulaţiilor; 4. Stare febrilă.

Analize: Urină şi uree: normale. Viteză de sedimentare: crescută. Leucogramă: 9800 leucocite; Neutrofile: 74%; Limfocite: 20%; Monocite 8%; Bazofile: 0.

Tratament: 1. Piramidon; 2. Vaccin antigonococic; 3. Salicilat de sodiu. Se obţine o uşoară sedare a durerilor şi a febrei. Se fac câteva injecţii cu Reumalin.

Rezultatul: Durerile reapar, prind şi articulaţiile sterno, claviculare, articulaţiile mandibulo-temporale, articulaţiile metacarpo-falangiene se tumefiază se înroşesc şi au aspect deformant.

Cazul Nr. 11. — Reumatism primar cronic deformant. Bolnava Elena C. de 58 ani.

Istoric: Boala datează de câteva luni şi începe prin dureri poliarticulare mai accentuate la articulaţia genunchilor şi gâtul piciorului; articulaţii ce au tendinţă la deformare.

Stare prezentă: Deformaţia genunchiului drept şi dureri în regiunea acestei articulaţii şi în activitatea tibio-tarsiană. Mersul nu este posibil decât sprijinit în două baştoane.

Analize: Urină: normală. Uree: 0,73 gr. la mie. Viteza de sedimentare: crescută.

Tratament: 1. Reumalin 7 injecţii făcute din 2 în 2 zile; 2. Radioterapie.

Rezultate: Bolnava părăseşte Spitalul mult ameliorată. Poate merge fără baston. Articulaţiile devin mobile şi puţin dureroase în mişcări.

Cazul Nr. 12. — Reumatism cronic deformant progresiv. Bolnavul Petrescu D. de 15 ani.

Istoric: Maladia datează de şase ani.

Stare prezentă: Dureri de deformaţii poliarticulare.

Analize: Viteza de sedimentare: crescută. Leucocitoza: 5000. Urina, uree: normale.

Tratament: Reumalin injecţii intramusculare. Vitamina C. intramuscular.

Rezultate: După 10 injecţii cu Reumalin repetate din 2 în 2 zile, bolnavul ne spune că imediat după injecţii, durerile cedau şi se menţineau ameliorate itmp de 24 de ore, după care timp reapăreau mai puţin intense.

Cazul Nr. 13. — Artrită neisseriană a genunchiului. Bolnava Eugena C.

Istoric: De câteva săptămâni în urma unei secreţii uretrale, bolnava observă: 1. Dureri în regiunea lombară; dureri în articulaţia coxo-fem. dr. cu ankiloza ei; 2. Dureri în articulaţia genunchiului şi tibio-tarsiană cu tumefacţia şi hiperemia lor; 3. Dureri la nivelul amigdalei drepte.

Analize: Reacţia B. W.: negativă. Hematii: 4.000.000. Leucocite: 7200. Viteza de sedimentare: normală. Urină, uree: normale.

Tratament: 1. Reumalin 16 injecţii 2. Radioterapie; 3. Piramidon la nevoie.

Rezultat: Dispariţia durerii şi tumefierei tuturor articulaţiilor cu excepţia cele coxo-femorale drepte; iar durerea deşi redusă se menţine cu ankiloză.

CONCLUZIUNI:

In toate aceste cazuri s'a administrat zilnic intramuscular injecţii cu „Reumalin", timp de 7 până la 10 zile, iar rezultatele au fost următoarele:

In cele 4 cazuri de lombo-sciatică s'au obţinut 3 vindecări complecte şi o ameliorare. In cazul vindecărilor, durerile au cedat complect şi mişcările au devenit posibile şi de amplitudine normală. In cazul ameliorării atât durerile cât şi imobilitatea au cedat parţial.

In cele 4 cazuri de reumatism focal-toxic, rezultatele au fost mai puţin nete; în două din cazuri, a dat ameliorări cu sedarea durerilor, într'unul din cazuri o vindecare complectă, iar într'unul nu s'a remarcat nicio ameliorare.

In cele 4 cazuri de reumatism cronic deformant, tratamentul nu a avut rezultat decât asupra durerii pe care o seda temporar, fără să influenţeze însă mişcările articulaţiilor. Intr'unul din aceste cazuri, din contră fenomenele s'au exagerat şi din stadiul cronic, a dat un puseu subacut cu reacţie febrilă şi cu exudate articulare.

In cazul reumatismului neisserian, acesta a reacţionat prin dispariţia eritemului articular şi al tumefacţiei fără sedarea durerii şi dispariţia febrei. In cazul de coxoză cu spondiloză, obţinem o uşoară sedare a durerii.

In concluzie acest preparat a dat în general ameliorări, iar efectul cel mai net este sedarea durerii. Trebue să deosebim însă că efectele variază cu forma reumatismului, aşa de exemplu rezultatele cele mai bune le-am obţinut în lombo-sciatice, artrite, artroze şi în reumatismele focale toxice. In reumatismele cronice deformante, nu a fost influenţată decât durerea şi aceasta numai pentru opt ore, după care revenea cu mai puţină intensitate, ba chiar în unul din cazuri după cum am mai spus, fenomenele s'au exacerbat, dând forme acute cu exudat, aceasta probabil din cauza compoziţiei de iod, şi sulf, medicamente congestive, tapt care cere atenţie în administrare. Acesta este un motiv pentru care în formele acute şi subacute îl contraindicăm. Totuşi pentru a trage concluzii veridice, preparatul mai trebue însă verificat. Pentru un moment putem spune că e unul din bunele preparate ce se cunosc până astăzi în tratamentul reumatismului şi-l recomandăm în formele mai sus numite. Totuşi nu putem spune că vindecăm reumatismul numai prin acest mijloc; sunt diferite forme de reumatism şi diferite stadii în evoluţia reumatismului, când acest preparat singur, poate produce vindecări, sedări sau ameliorări temporare; însă în multe cazuri este insuficient sau ineficace şi aici trebuesc asociate metode mai complexe.