ANUL XVIII-lea, No. 8—10 AUGUST—OCTOMBRIE 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. Naciona de Medecina din Madrid şi al Roya 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

BIBLIOTECA UNIVERSITĂŢII DIN CLUJ

SUMARUL

Pag.

CRONICĂ MEDICALĂ

M. CĂNCIULESCU: **Reorganizarea învăţământului medical. — Doctrina Infecţiei de focar** 339

REVISTA GENERALĂ

Prof. D-r I. GOIA: **Infecţia de focar** 345

LUCRĂRI ŞTIINŢIFICE

GH. I. ALEXIU: **Fenomenul de suflare al cavernelor urmat de perforaţie, după secţionare de bride** 353

C. BART: **O nouă utilizare de diagnostic a lichidului cefalorachidian dela exantematici** 358

V. GASNAŞ şi Ing. Chimist ATENA V. GASNAŞ: **Consideraţiuni asupra valorii calorigene şi biologice a substanţelor alimentare** 361

GH. I. GRAMA: **Conduita terapeutică în ulcerele gastroduodenale penetrante în pancreas** 364

M. MUNTEANU: **Contribuţiuni la tratamentul verucilor vulgari** 369

(Urmare pag. 2 cop.)

402 SCRISUL ROMÂNESC, CRAIOVA

GH. NELEPCU şi E. GUŢU: **Contribuţiuni la tratamentul pleureziilor purulente, drenajul cu sonda Pezzer în torace închis**

V. PLĂTĂREANU: **Consideraţiuni asupra unei metode personale de desensibilizare a organelor digestive, prin histamină** . .

I. G. RUSSU şi I. ANDERES: **Muşchiul carotico-faringian.**

C. SĂNDULESCU: **Consideraţiuni practice asupra tratamentului tifosului exantematic** . . . . . .

PROBLEME MED.-SOCIALE

OD. APOSTOL şi V. EMANOIL: **Este posibilă răspândirea într'o regiune fără malarie şi consecutiv pandemii şi epidemii respective, prin avion?** . . . . . .

P. COSAC şi ŞT. CÂRCIUMĂRESCU: **Lacunele organizării sanitare rurale. Asistenţa medicală la sate şi medicul de plasă** .

ŞERBAN FLORIAN: **Problema medico-socială** . . .

D. ZEANA: **Pe marginea campaniilor sanitare** . . .

ISTORIA MEDICINEI

V. GOMOIU: **Istoria medicinei prin călători** . . . .

CAZURI CLINICE

M. CÂNCIULESCU: **Un caz de miosită osifiantă progresivă.**

G. DONICEANU: **Un caz de diabet insipid infantil** . .

D. DUMITRESCU, G-HE COSTĂCHESCU, O. DOBRESCU şi V. ALEXENCO: **Consideraţiuni asupra unui caz de hematom pulsatil după rănirea arterei femorale prin glonţ de infanterie** . . .

M. MUNTEANU: **Ictera sifilitică preserologică** . .

T. PĂSCULESCU şi O. T. ILIESCU: **Secţiune totală a uretrei şi parţială a penisului, prin legătură strânsă la baza lui intervenţie-vindecare** . . . . . .

N. ROŞIANU, V. BACALBAŞA şi I. POPESCU: **Un caz de comă barbiturică (phanodorm) vindecat prin strichnoterapie masivă.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ANALIZE

Antropologie... pag. 439. — **Biologie...** pag. 439. — **Biochimie...** pag. 441. — **Circulator...** pag. 441. — **Constituţionale...** pag. 443. — **Dermatologie...** pag. 445. — **Digestiv...** pag. 444. — **Endocrinologie...** pag. 445. — **Fizioterapie...** pag. 446. — **Ginecologie-Obstetrică...** pag. 446. — **Igenă sanitară...** pag. 447. — **Infecţioase...** pag. 447. — **Intoxicaţiuni...** pag. 449 — **Istoria Medicinei...** pag. 449. — **Laborator...** pag. 450. — **Nas-gât-urechi...** pag. 450. — **Neurologie...** pag. 450. — **Neurovegetativ...** pag. 451. — **Nutriţie...** pag. 453. — **Oftalmologie...** pag. 453. — **Parazitologie...** pag. 454. — **Pediatrie...** pag. 454. — **Psihiatrie...** pag. 454. — **Radiologie...** pag. 458. — **Respirator...** pag. 455. — **Terapeutice...** pag. 456. — **Tuberculoză...** pag. 458. — **Cărţi noui...** pag. 343 şi 460.

*

Colaboratori... pag. 337. — **Din sumarele viitoare...** pag. 338. — **Condiţiile de publicare, publicitate şi abonament...** Cop. III.

ANUL al XVIII-lea

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

No. 8-10/1945

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

GH. ALEXIU: Locul pe care chirurgia pulmonară trebue să-l ocupe în tratamentul tuberculozei.

D. CIOCHINA: Spre o medicină preventivă.

M. MUNTEANU: Sulfamidoterapia albă, simplă şi asociată cu autohemoterapia, în boala lui Nicolas-Favre.

G. NELEPCU şi E. GUŢU: Distocie prin ocluzia colului uterin la multiplară. Făt gigant.

I. POPESCU şi T. TEODORESCU: Contribuţiuni la studiul cazurilor de febră tifoidă din Spitalul Târgovişte în 1945.

V. PLĂTĂREANU: Principii terapeutice în tratamentul paraliziei sciaticului popliteu extern.

E. C. CRĂCIUN: Bio-punctura hepatică prin metode Roholm-Iversen.

FLORICA VĂSOIU: Asupra unui caz de tifos exantematic vaccinat, complicat de endarterită obliterantă.

AL. LAMBESCU: Principii directoare în tratamentul chirurgical al cancerului de sân.

N. VĂTĂMANU: Penicillina în tratamentul sifilisului.

H. MAKELARIE: L'homme à la fourchette.

T. LUPESCU şi C. BĂIANU: Mastoidita sugarului.

C. ZOSIN şi P. ZOSIN: Postul prelungit ca metodă de tratament.

GH. COSTĂCHEL: Consideraţiuni asupra unui caz cu avort letal spontan luna 6-a şi nefrită uremigenă.

I. FENEŞANU: Metode empirice întrebuinţate la noi în ţară pentru a provoca avorturi.

V. CERCHEZ: Osteom kistic al orbitei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

V. GAŞNAŞ: Progresele în ultimele decenii în diagnosticul şi tratamentul bolilor inflamatori a căilor biliare.

V. GOMOIU: Bibliografie medicală românească veche.

N. ROŞIANU, V. BĂCALBAŞA şi IL. POPESCU: Complicaţie rară în cursul pleureziei sero-fibrinoase tuberculoase: flebita membrului inferior.

Ş. FLORIAN: Medicina dirijată.

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

CRONICA MEDICALĂ

In Cronica de faţă vom continua prezentarea problemei reorganizării învăţământului medical; şi vom semnala atenţiunei corpului medical românesc chestiunea de importanţă primordială în patologie a infecţiei de focar.

REORGANIZAREA ÎNVĂŢĂMÂNTULUI MEDICAL

In Revista Ştiinţelor medicale, No. 1—6/1945, D-l D-r S. Stoicescu, care face parte din personalul medical de învăţământ ca şi din corpul medical de spital, face **Reflecţiuni în legătură cu o reorganizare a învăţământului medical**, de un interes deosebit.

Autorul se declară pentru o modificare fundamentală a învăţământului medical românesc, o modificare a principiilor să-i stea la bază; iar nu numai a regulamentului de funcţionare, cum s'a încercat de atâtea ori. Reforma este dictată de nevoia de a scoate elemente bine pregătite pentru lupta sanitară şi practica medicală, precum şi de a favoriza o creeaţie ştiinţifică originală; — deci o realizare practică şi o realizare spirituală, cari nu se exclud ci se condiţionează. Se va ţine seamă de o serie de probleme specific româneşti, cari se grupează în: **Probleme în legătură cu lupta sanitară. — Probleme în legătură cu practica medicală. — Probleme în legătură cu un mediu de înaltă cultură pentru ştiinţele medicale.**

I. **Problemele în legătură cu lupta sanitară.** Aceste probleme dictează punerea la punct a planului de organizare sanitară şi o colaborare strânsă între Ministerul Sănătăţii şi Ministerul Educaţiei Naţionale. In afară de practicianul care se va ocupa cu medicina curativă, facultatea trebue să pregătească medici higienişti, viitorii medici de circumscripţie carj trebue să cuprindă cam jumătate din medicii pe care facultatea îi va scoate anual. Instrucţia acestora se va face într'o instituţie specializată, Institutul Central de igienă care va aplica pe teren noţiunile predate în facultate. Ca să atragă în număr cât mai mare pe aceşti viitori medici higienişti cari vor asana preventiv ţara, li se vor creea avantajii speciale: Un număr mai restrâns de ani de studii; angajarea lor automată la stat la finele facultăţii fără concurs; creearea unui Institut medico-sanitar (în felul Institutului medico-militar, cu care eventual s'ar putea conexa) în care studenţii să primească casa şi masa în ultimii 2—3 ani de studii. Medicii higenişti nu vor părăsi serviciul la stat timp de 10 ani, ei vor fi folosiţi pentru lupta sanitară, pe teren şi în administraţiile centrale.

II. **Probleme în legătură cu practica medicală.** Învăţământul trebue să scoată practicieni bine pregătiţi şi să asigure posibilitatea specializării.

Învăţământul practic se va realiza obligând pe toţi studenţii să facă o practică efectivă în spitale. Absolventul facultăţii să facă un stagiu de spital de un an, stagiu cu casă şi masă în spital ca un intern, internul stagiar care se va deosebi de internii prin concurs. Numai după efectuarea acestui stagiu se va obţine dreptul de liberă practică.

Specializarea va începe din facultate, ca la politehnică; după primi 3—4 ani de studii comune cu noţiuni generale, se va face ramificarea în: Medicina higienistă, Medicina generală, Dentistica şi stomatologia, Medicina de laborator (laborator biologic şi radiologic). Absolventul capătă titlul de licenţiat în Medicină higienistă, Medicină generală, şi celelalte. Libera practică nu se va obţine decât după o practică efectivă şi trecerea unei teze de doctorat în specialitatea respectivă.

Specializarea în aceiaşi ramură, precum în diferitele ramuri ale medicinei curative (chirurgie, boli interne, şi celelalte) se va face dela sine în urma unei practice îndelungate de spital, nu printr'o super-facultate. Specializarea şi selecţia se va face în cadrul secundariatului şi asistenţei.

III. **Probleme în legătură cu întreţinerea unui mediu de înaltă cultură pentru ştiinţele medicale.** Formarea unei elite intelectuale şi selecţiunea necesară nu se pot face decât în jurul catedrelor din învăţământ sau în institute speciale pentru cercetări ştiinţifice. Pentru crearea unei ambianţe spirituale prealabile în care să se desvolte un spirit dinamic, de emulaţie, este nevoe, între altele, de organizarea unui serviciu de documentare (biblioteci, reviste, congrese, şi altele); de organizarea însăşi societăţilor ştiinţifice (în societăţi de practică medicală şi de ştiinţă medicală, sau să se trieze materialul dupe şedinţe).

*

Aşa dar, după câţiva ani comuni de facultate să urmeze o practică pe teren în spitalele şi laboratoarele de stat timp de 1—2 ani de stagiu. Va fi nevoe însă ca aceste spitale şi laboratoare să fie conduse de un personal specializat a cărui recrutare să leagă în mod firesc de organizarea învăţământului medical, de unde nevoia pentru autor de a studia separat: **organizarea învăţământului în facultate şi recrutarea personalului medical din învăţământ, spitale, laboratoare.**

I. **Organizarea învăţământului în facultate.** Învăţământul medical trebuind să depindă atât de Ministerul Educaţiei Naţionale cât şi de Ministerul Sănătăţii, o comisie de cordonare va fixa în fiecare an numărul locurilor pentru diferite ramuri ale medicinei va alcătui tabloul spitalelor şi laboratoarelor în cari absolvenţii facultăţii vor face stagiul de practică, şi fixa sumele necesare în bugetele respective. Învăţământul va cuprinde 3 ani de studii generale, comune, după cari studiile se ramifică în 5 direcţii: medicina higienistă, medicina generală, dentistică, radiologie şi laborator.

Materiile s'ar repartiza astfel:

Anul I: Anatomie descr. şi topogr., 2 semestre. Embriologie, 1 semestru. Chimie biologică, 2 semestre. Histologie, 2 semestre.

Anul II: Anatomie descr. şi topogr., 2 semestre. Fiziologie, 2 semestre. Bacteriologie generală, 2 semestre. Medicina experimentală, 2 semestre. Anatomie patologică, 2 semestre. Clinică semeiologică medicală, 2 semestre. Clinică semeiologică chirurgicală, 2 semestre.

Din anul IV începe ramificarea:

I. Medicina higienistă

Anul IV: Higienă, 2 semestre. Obstetrică, 2 semestre. Contagioase, 2 semestre. Sifilis şi venerice, 2 semestre. Tuberculoza, 2 semestre.

Anul V: Medicina socială, 2 semestre. Medicină legală, 2 semestre. Pediatrie, 2 semestre. Clinica infantilă, 2 semestre. Oftalmologie, 1 semestru. Oto-Rino-Laringologie, 1 semestru.

Durata: 5 ani de studii la facultate. 1 an practică pe teren după

programul Institutului de Higienă. In total 6 ani, din care ultimii trei întreţinere complectă în Institutul Medico-Sanitară.

II. Medicina generală.

Anul IV: Farmacologie, 2 semestre. Clinica medicală, 2 semestre. Clinică chirurgicală, 2 semestre. Obstetrică, 2 semestre. Dern-sifilis, 2 semeştre.

Anul V: Contagioase, 2 semestre. Pediatrie, 2 semestre. Clinica infantilă. 2 semestre. Tuberculoza, 1 semestru. Terapeutică şi balneologie, 2 semestre. Medicină operatoare, 2 semestre. Higienă şi medicină legală, 1 semestru.

Anul VI: Neurologie, 2 semestre. Psihiatrie, 1 semestru. Oftalmologie, 1 semestru. Oto-Rino-Laringologie — 1 semestru. Căi urinare, 2 semestre. Ginecologie 1 semestru. Endocrinologie, 1 semestru.

6 ani de studii la facultate, în urmă un an de practică în spitalele urbane de stat, ca interni stagiari. Durata totală 7 ani, din care ultimul an cu întreţinerea spitalului.

III. Dentistică şi Stomatologie.

Anul IV: Farmacologie, 2 semestre. Stomatologie 2 semestre. Technică radiologică dentară, 1 semestru. Total 5 ani.

Anul V: Stomatologie, 2 semestre. Clinică infantilă, 1 semestru. Dermato-sifilis 1 semestru. Oto-rino-laring. 1 semestru. Total 5 ani.

IV. Radiologie.

Anul IV: Clinica medicală, 2 semestre. Clinica chirurgicală, 2 semestre. Radiologie 2 semestre. Fizică radiol, 2 semestre.

Anul V: Radiologie, 2 semestre. Clinică infantilă, 2 semestre. Urinare, 1 semestru. Neurologie, 1 semestru. Dermato-Sifilis, 1 semestru. O. R. L., 1 semestru. Oftalmologie, 1 semestru.

După 5 ani de studii, 1 an practică într'un laborator-Durata 6 ani.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

V. Laborator.

Anul IV: Bacteriologie, 2 semestre. Infra-microbiologie, 2 semestre. Medicina experi. 2 semestre. Parazitologie, 2 semestre. Contagioase, 2 semestre.

Anul V: Chimie biologică, 2 semestre. Anatomie patologică, 2 semestre. Dermato-sifilis, 2 semestre. Tuberculoză, 1 semestru. Higienă şi medicină legală, 1 semestru.

Un an practică într'un laborator de stat. Durata totală 6 ani.

Serviciul militar se va cuprinde în timpul anilor de studii.

In rezumat, medicul higenist termină în 6 ani; cel universal în 7 ani; stomatologul în 5 ani; radiologul şi medicul de laborator în 6 ani.

Medicul universal va rota la 6 luni trecând prin 2 servicii în anul de practică într'un spital de stat sau etatizat (în afară de clinici) ca intern stagiar.

Obiecţiunea că se distruge unitatea studiilor medicale nu este fundată întrucât de fapt există mai multe categorii de medici şi azi.

Spiritul ştiinţific va câştiga în adâncime.

*

II. **Recrutarea cadrelor personalului medical din învăţământ, spitale şi laboratoare.**

Acest personal intervine direct în învăţământul practic.

Externatul şi internatul. Externii vor funcţiona numai în serviciile de clinică şi la consultaţiile acestor clinici. Concursul se trece după absolvirea anului III. Stagiul durează 2 ani cu rotaţie la 2 luni.

După 2 ani externii se prezintă la concursul de Internat. Internii vor funcţiona decât în clinicile cu paturi. Stagiul durează 4 ani cu rotaţii la 8 luni. Internatul prin concurs dă dreptul la libera practică pentru

medicina generală; obligă la stagiul militar în timpul internatului, dă dreptul la recrutarea pentru asistenţii de clinici.

Personal didactic universitar ajutător, este format din asistenţi şi şefi de lucrări.

Asistenţii clinicieni se recrutează numai dintre foştii interni prin concurs. Asistentul funcţionează maximum zece ani; după 4 ani se poate prezenta la concursul de medic primar; după 10 ani împliniţi poate ocupa un loc de medic primar de aceiaşi specialitate fără concurs.

Asistenţii de laborator din institute, laboratoare şi clinici se recrutează dintre medicii cu liberă practică de laborator. Funcţionează 10 ani cu drept de prelungire până la limita de vârste. După 10 ani pot ocupa fără concurs un post de medic şef de laborator.

Pe lângă catedrele de Anatomie, Fiziologie şi Histologie vor funcţiona un număr restrâns de preparatori, aleşi dintre studenţii ultimilor 2 ani de studii.

Şefii de lucrări sunt numiţi dintre asistenţii cu stagiul de 10 ani la cererea motivată a profesorului. Stagiul este de 6 ani pentru clinici şi de 10 ani cu drept de prelungire până la limita de vârste pentru laboratoare.

Personalul medical curativ al spitalelor din centrele universitare. Este format din medici primari şi din medici secundari.

Medicii secundari se recrutează prin concurs dintre foştii interni prin concurs cu stagiul complect sau dintre medicii cu liberă practică de medicină generală după 3 ani de funcţionare ca stagiari într'un spital. Un medic secundar pentru un serviciu cu minimum 30 paturi. In clinici nu există medici secundari. Stagiul durează 4 ani, fără drept de rotaţie. Concursul se ţine pe specialităţile de chirurgie şi medicină internă.

Medicii primari se recrutează prin concurs dintre foştii secundari cu stagiul complect şi asistenţii de clinică cu cel puţin 4 ani vechime, într'un serviciu şi clinică din specialitatea respectivă. Asistenţii de clinică cu stagiul de 10 ani ocupă locurile fără concurs. Nu pot nota decât după cel puţin 10 ani de activitate în postul iniţial.

Personalul de laborator din spitale şi laboratoare, este compus din medici asistenţi, medici şefi de secţie şi medici şefi de laborator.

Medicii asistenţi sunt numiţi dintre medicii cu liberă practică de laborator.

Medicii şefi de secţie se recrutează prin concurs dintre medicii asistenţi de laborator din spitale sau învăţământ cu vechime de 4 ani sau dintre medicii cu liberă practică de laborator de 5 ani. Asistenţii de laborator din învăţământ după 10 ani ocupă aceste locuri fără concurs.

Medicii şefi de laborator sunt numiţi după 5 ani dintre medicii şefi de secţie în laboratoarele cu mai multe secţii.

In rezumat, externii şi internii prin concurs sunt rezervaţi pentru locurile din clinici. Medicii primari se recrutează numai dintre foştii secundari şi asistenţi de clinică. Asistentul de clinică după 10 ani poate ocupa un loc de medic primar fără concurs. Medicii secundari cu stagiul complect şi asistenţii din clinici cu cel puţin 4 ani vechime constituiesc prin practica lor efectivă cei mai caracterizaţi specialişti.

*

Am reprodus în extenso păreriile exprimate de D-l D-r. S. Stoicescu, cunoscător în materie. Alături de contribuţia masivă, pe care o aduc la reforma învăţământului nostru medical propunerile D-lui Prof. D-r. D. Mezincescu, reflecţiunile D-lui D-r S. Stoicescu se impun pe primul plan.

Vom semnala în cronica viitoare părţile cari le apropie.

Prezentarea şi în anul acesta la examenul de admitere la Facultatea de medicină din Bucureşti a peste 1000 candidaţi impune

în mod imperios creearea de noui facultăţi de medicină, cari să funcţioneze pe baza unui progrram de învăţământ reorganizat în conformitate cu cerinţele medicinei moderne şi adaptat nevoilor sanitare ale ţării.

DOCTRINA INFECŢIEI DE FOCAR

Infecţia de focar este realizată de existenţa unui focar infecţios localizat, de regulă în cavitatea buco-nasală la nivelul dinţilor şi amigdalelor (dar şi în alte cavităţi precum sinusurile maxilo-frontale bronşii, vesica biliară, căi urinare, apendcie, intestin, anexe, prostată ş. a.), focar care evoluiază latent, cronic; şi care poate determina la distanţă afecţiuni grave, în primul rând reumatismul articular (dar şi afecţiuni precum cardio-vasculare, renale ş. a.). Focarul infecţios nu atrage atenţia; el este cel care provoacă o febră nedeterminată pentru care unii bolnavi consultă pe medic. Legătura cu afecţiunea secundară, pe care o determină şi o întreţine, trece neobservată, iar vindecarea şi ameliorarea nu depinde decât de suprimarea focarului infecţios.

Din antichitate se cunoştea legătura dintre reumatismul articular şi cavitatea bucală; a semnalat-o Hippocrate; a recunoscut-o Trousseau; dar Lothar Gürich în 1904 a formulat doctrina infecţiei de focar, pe care a răspândit-o Pässler în 1909 şi a făcut-o celebră William Hunter din Montreal. Intr'o lecţie inaugurală despre „Sepsă şi antisepsă în medicina internă" Hunter porneşte lupta în contra dentisticiei conservatoare care favorizează „Oral Sepsis". „Furia extracţionistă" care a urmat s'a revărsat şi asupra amigdalelor, după cum odinioară denunţarea de către Diculafoy a „cavităţii închise" a determinat scoaterea preventivă a oricărui apendice. Mai târziu Bilings a schimbat denumirea de „oral sepsis" în acea de „focal infecţion" sub care doctrina a făcut carieră. Susţinută cu entuziasm de unii, combătură cu înverşunare de alţii, privită cu nepăsare sau ignorată de cei mai mulţi medici, doctrina infecţiei de focar n'a pătruns încă în practica medicinei la baza căreia stă. Când părăsită, când la modă, infecţia de focar a urmat soarta humorismului, a microbismului, în ultimul timp a colibacilozei. Dar infecţia de focar le depăşeşte în importanţă pe toate, pentru că participă la mecanismul de producere al unui foarte mare număr de boale; de caracter individual şi plagă socială, de aplicare curativă şi preventivă, infecţia de focar este cu atât mai periculoasă cu cât este neluată în considerare.

La noi în ţară apărătorul doctrinei infecţiei de focar, s'a făcut D. Prof. I. Goia dela Cluj-Sibiu care o urmăreşte de 10 ani pe 411 cazuri, dintre care 205 controlate timp îndelungat, consemnându-i efectele dezastruoase într'o lucrare de mare valoare teoretică şi practică **„Infecţia de focar"** apărută în 1944 la tip. „Dacia Traiană" din Sibiu"

Pentru interesul deosebit, ce comportă, am solicitat autorului o prezentare succintă a acestei vaste probleme, ceea ce D-sa face în articolul de fond al acestui număr, articol publicat în România Medicală No. 15-16 din 15 Aug. 1944, dar care trecând neobservat din cauza evenimentelor de atunci a necesitat o nouă publicare.

M. Cânciulescu

BCU Cluj / Central University Library Cluj

LUCRĂRI MEDICALE ROMÂNEŞTI
PRIMITE LA REDACŢIE *)

LABORATORUL DE ZOOLOGIE AL FACULTĂŢII DE ŞTIINŢE din Bucureşti şi STAŢIUNEA ZOOLOGICĂ din Sinaia. Lucrări de laborator, dela înfiinţare şi până în prezent. Vol. I 1944. „Mardan", 1944, Bucureşti.

RADU VLĂDESCU: Laptele şi controlul său igenic. Tip. „Bucovina" Bucureşti 1945.

Analele Inst. VICTOR BABEŞ din Bucureşti. Vol. XIV. 1943.

V. M. PLĂTĂREANU: Titluri şi lucrări. I. „Bucovina" Bucureşti 1944.

EUG. BANU: Memoriu de titluri şi lucrări. Buzău, 1945.

I. RADVAN: La Spléno-Contraction en Thérapeutique. „Cartea Românească", Bucureşti 1945.

GH. BAJEU: Raport asupra activităţii chirurgicale la Spit. Z. I. 252 Crucea Roşie, Tg.-Jiu. Tip. „Gorjanul", Tg.-Jiu 1945.

N. IGNA: La Mission Médicale Française en Roumanie (1916-1918). Sibiu „Honterus" 1945.

M. VON PFAUNDLER: Boala de copii. Diagnosticul şi tratamentul lor în practică. Traducere de Doc. D-r. Axente Iancu. Editura H. Welther, Sibiu 1945.

M. Zavergiu — TEODORU: Elemente de Puericultură şi Pediatrie. „Timpul", Bucureşti 1944.

OD. APOSTOL: Sindromul Kinetozelor. Tip. Aeronauticiei Regale Române, Bucureşti 1945.

L'oeuvre Scientifique de FR. I. RAINER. I. Neurologie Végétative. Academia Română. „Imprimeria Naţională". Bucureşti, 1945.

STATE DRĂGĂNESCU şi V. MIHAILESCU: Scriere Speculară (în oglindă). Ambidextie. Tip. „Universul". Buc. 1945.

STATE DRĂGĂNESCU: Diencefal şi Glande Endocrine. Relaţiuni anatomice şi funcţionale. Buc. 1945.

D. MANOLESCO, S. DRAGANESCO, T. HORNET şi D. LAZĂRESCO: L'ophtalmo-Neuromyelite Aiguë et ses Parentés Morbides (Étude Anatomo-Clinique). Analele Inst. Victor Babeş. Vol. XIV. Seria II. Imprimeria Naţională. Buc. 1944.

STATE DRĂGĂNESCU şi G. DIACONIŢA: Recherches sur la réaction chromaffine de la surrénale. Bul. Acad. Med. Tomul XIV No. 6., Bucureşti.

STATE DRĂGĂNESCU: Sur la présence des structures chromaffines dans la chaîne ganglionnaire sympatique. Bul. Acad. Med. Tom. XIV. No. 6. Buc.

MIHAI KERNBACH: Medicina în procesul socializării. Sibiu, „Dacia Traiană" 1944.

MIHAI KERNBACH: Destinul Medicinei. Destinul omului. Sibiu „Progresul" 1945.

R. HOLBAN: Depistarea Tuberculozei pulmonare prin micro-radiofotografie. Teză Fac. de Med. Iaşi 1943.

E. I. BOLOGA: Virusurile în etiologia şi patogeneza bolilor de piele şi venerice. Dermato-virose şi verezo-viroze. Tip. Cartea Românească Cluj, Sibiu, 1945.

D. COMBIESCU und S. STURDZA: Untersuchungen über europäischen Flecktyphus bei Schweinen. Z. für Hygiene und Inf.-Kr., Band 123, Heft 3, Berlin, 1941.

D. COMBIESCU und V. IONESCU-BOTEZ: Untersuchungen über experimentelle Diphtherie. Z. für H. und Inf.-Kr. Band 123 Heft. 6, Berlin 1942.

INFECŢIA DE FOCAR

de

Prof. D-r I. GOIA

Infecţia de focar, în prezent, constituie nu numai problema cea mai actuală, ci în acelaş timp şi cea mai cardinală a patologiei umane. Mai mult, dat fiind marea ei frecvenţă, precum şi leziunile numeroase uneori foarte grave, iremediabile, ce le determină la distanţă, ea trebue considerată ca una dintre cele mai mari plăgi ale omenirii. In Germania, unde a format obiectul unor vaste cercetări, ea e considerată ca o problemă socială de o importanţă atât de covârşitoare, încât întrece cu mult pe cea a tuberculozei, sifilisului şi cancerului împreună. Intradevăr, dacă se admite că în marea majoritate a cazurilor, infecţia de focar e de incriminat în determinarea reumatismului, care pe de o parte prin leziunile sale viscerale dă o mortalitate ridicată, iar pe de altă parte este generatoare de grave infirmităţi, este uşor de înţeles că celelalte plăgi trebue să cedeze pasul infecţiei de focar, în ceeace priveşte importanţa lor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Sub infecţie de focar se înţelege: prezenţa unui focar microbian inflamator, cronic, latent, bine delimitat, aproape închistat, care — local — nu se tradează decât prin simptome minimale, neînsemnate, sau evoluează complect asimptomatic. In schimb, din când în când — în mod ciclic — produce la distanţă, în diferite ţesuturi şi organe, turburări funcţionale remarcabile, ori chiar leziuni serioase, cari se manifestă printr'o simptomatologie foarte sgomotoasă, alarmantă, copleşind cu desăvârşire fenomenele locale ale focarului infecţios primar. Aceste manifestaţiuni clinice se ameliorează, sau dispar complect, prin eliminarea focarului infecţios.

Infecţia de focar, mai dese ori, e localizată la dinţi (granulom periapical, paradentoză, dinţi reţenţionaţi, resturi de rădăcini dentare) şi în amigdale. Sediul infecţiei de focar mai poate fi plămânul (abces pulmonar şi gangrenă pulmonară), bronşiile (bronşiectazie), vezicula biliară, căile urinare (pielită), apendicele, anexele, prostata, veziculele seminale, etc. Ca infecţie de focar mai pot figura: osteomielita, apoi infecţiile intestinale (cu b. coli) care se produc în legătură cu constipaţia spastică. Microbii, cari determină infecţia de focar, sunt foarte diverşi. In marea majoritate a cazurilor s'au găsit coci piogeni

în special streptococi, apoi stafilococi, pneumococi, enterococi şi gonococi, mai rar anaerobi şi chiar bacilul Kock.

Formarea infecţiei de focar este rezultanta unei stări imuno-biologice, stabilite între macro şi micro-organism. Manifestaţiunile dela distanţă se produc, când acest echilibru imuno-biologic este răsturnat în favorul micro-organismului. Ca şi în alte infecţiuni cronice şi în infecţia de focar, desechilibrul este precedat de obiceiu de o diminuare a rezistenţei organismului. Este foarte probabil, că leziunile dela distanţă, în articulaţii, nervi şi diferite viscere: inimă, vase sanguine, rinichi, etc., se produc printr'un mecanism alergic-iperergic. Această reacţie este în funcţie de anumiţi factori **ereditari, constituţionali.** Reacţia alergică-iperergică se declară la indivizii, cari au un aparat mezenchimatos mai puţin rezistent, incapabil să ferească organismul de primejdia infecţiei generale sau locale. In opoziţie cu indivizii, care având un ţesut mezenchimatic cu o capacitate funcţională viguroasă, se bucură de o perfectă imunitate. Aceşti indivizi, tot în funcţie de anumite însuşiri **ereditare, constituţionale,** sau **câştigate,** dispun de o cantitate aşa de mare de anticorpi în sânge, încât ei reuşesc să învingă prompt infecţia, aceasta nedeterminând nici fenomene locale, nici la distanţă.

Starea alergică-iperergică nu e însă constantă, ci ea poate vira spre o stare de **anergie negativă,** ca de exemplu în **sepsa post-reumatică cu viridans.** In endocardita lentă, produsă de streptococul viridans, deşi acesta are o virulenţă redusă, totuşi e capabilă să deslănţuie, într'un organism ajuns în stare de anergie negativă, o **septicemie iremediabilă.**

Infecţia de focar poate determina:

1. **Simptome de ordin general:** adinamie, somnolenţă, insomnie, diminuarea capacităţii de lucru, palpitaţii cardiace, tulburări dispeptice, stări febrile, etc.

2. **Afecţiuni reumatice:** ca reumatism poliarticular acut şi cronic, nevrite, nevralgii, lumbago.

3. **Afecţiuni ale aparatului circulator:** miocardite discrete, cari determină tulburări funcţionale etichetate de **nervoase,** miocardite mai grave, endocardite acute, leziuni vasculare (endarterită, mezarterită şi periarterită).

4. **Afecţiuni renale** (nefrită acută şi cronică).

5. **Alteraţiuni sangvine** (atât umorale cât şi celulare).

6. **Boli alergice** (astm bronşial, purpură alergică, urticarie).

7. **Boli endocrine.** (B. lui Basedow, iperthireoidism, diabet zaharat).

8. **Alte determinări,** a căror legătură cu infecţia de focar este încă controversată, ca **ipertonia, choreea, ulcerul gastric şi duodenal,** etc.

In Clinica Medicală II frecvenţa infecţiei de focar, raportată la totalul numărului bolnavilor internaţi, se ridică la 11,2%. Reumatismul articular acut şi cronic, nevralgiile şi lumbago e reprezentat cu 6,2%.

Cazurile de reumatism, observate de noi, s'au repartizat după cum urmează:

Reumatism poliarticular acut	165 caz.
Reumatism oligo şi monoarticular	12 „
Reumatism poliarticular cronic	28 „
Lumbago	6 „
Sciatică (şi alte nevralgii)	16 „
	227 „

Din totalul de 227 cazuri de reumatism, infecţia de focar a putut fi depistată în 80,6%. Dintre bolnavii, la cari s'a făcut asanarea infecţiei de focar, am putut urmări şi controla, timp mai îndelungat, 102 cazuri repartizate după cum urmează:

Reumatism poliarticular acut.	58 caz.
Reumatism mono. şi oligo-artic.	12 „
Reumatism poliarticular cronic.	10 „
Lumbago	6 „
Sciatică (şi alte nevralgii)	16 „

Din cele 58 cazuri de reumatism poliarticular acut, în 27 cazuri (34,4%) s'au găsit infecţii de focar dentare. In 30 cazuri (13,7%), simultan şi infecţie de focar dentară şi amigdaliană.

După asanarea infecţiei de focar am obţinut în 60,3% vindecare. In 24,1% vindecarea s'a produs imediat după eliminarea infecţiei de focar, iar în 36,2% ea a fost tardivă.

In 31% am înregistrat o ameliorare remarcabilă, în 7% nu am obţinut nici un rezultat, în fine în 1,7%, eliminarea infecţiei de focar a produs agravarea fenomenelor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In felul acesta, procentul rezultatelor satisfăcătoare se ridică la 91,3%. In restul de 8,7% rezultatul a fost nul.

Din totalul de 58 cazuri de reumatism poliarticular acut, după intervenţie, am înregistrat exacerbarea fenomenelor articulare, sau reacţii febrile, în 13,4% a cazurilor.

Cazurile de reumatism mono şi oligo-articular, internate în Clinica noastră, s'au cifrat la 12. Din aceste cazuri în 50% am găsit infecţii de focar dentare, în 33,3% infecţie de focar amigdaliană, iar în 16,6% simultan, atât infecţii de focar dentare, cât şi amigdaliene.

După asanarea infecţiilor de focar în 6 cazuri am înregistrat vindecare completă, în alte 6 ameliorare.

Din 10 cazuri de reumatism poliarticular cronic, s'au descoperit infecţii de focar dentare în 60%, amigdaliene în 30%, iar amigdaliene şi dentare în 10%. După asanarea lor, am obţinut în 4 cazuri vindecare, în alte 4 ameliorare, iar în 2 rezultatul a fost nul. Rezultatul satisfăcător global, se cifrează astfel la 80%.

Rezultatul acesta foarte favorabil se datoreşte numărului mic de cazuri de reumatism cronic ospitalizate şi faptului că nu prezentau leziuni prea grave. Merită să subliniem, că în reumatismul articular acut, prevalează infecţiile de focare amigdaliene. In schimb, în cel cronic, cele dentare. O constatare, care, de altfel, e menţionată şi de alţi autori.

Rezultate foarte satisfăcătoare am obţinut în lumbago. Din cele 6 cazuri din statistica noastră, după eliminarea infecţiei de focar am înregistrat vindecare în 83,2%, iar ameliorare în 6,6%.

In lumbago infecţiile de focar dentare figurează cu 16,6%, cele amigdaliene cu 33,4%, amigdaliene şi dentare cu 33,4%, iar 16,6%, s'a găsit sinusită.

Relativ foarte favorabile sunt şi rezultatele înregistrate în cazurile de nevralgii şi nevrite. Din 16 cazuri, în 56,2% am obţinut vindecarea, iar în 37,6% ameliorare.

In nevralgiile reumatice infecţiile dentare se cifrează la 60%, iar cele amigdaliene la 40%.

In felul acesta rezultatul global în reumatismul articular acut, cronic, nevralgii, nevrite şi lumbago este următorul:

Vindecări	57,8%
Ameliorări	34,3%

Adică rezultatul favorabil global se cifrează la 92,1%.

Astfel, rezultatul obţinut de noi, se situiază între cele relatate de **Uffenrode**: 87%, **Laymann** 89% şi **Kotyza** 94%.

Afecţiunile cardio-vasculare. Căutând focare infecţioase la 153 cazuri cu afecţiuni cardio-vasculare, internate în ultimul timp în clinica noastră, numai la 15 (10%) bolnavi n'am găsit niciun focar, prin mijloacele de investigaţie obicinuite. Din motive independente de noi, infecţia de focar n'a putut fi asanată, decât în 62 din cele 138 cazuri, care au prezentat focare infecţioase.

După îndepărtarea focarelor, 40 cazuri au stat în observaţia noastră timp destul de îndelungat, pentru a putea aprecia cât se poate de exact rezultatele terapeutice. Statisticele altor autori cuprind, de fapt şi mai puţine cazuri.

In acest grup de observaţiuni, infecţia de focar a avut sediul la nivelul amigdalelor în 31 (77,5%) cazuri, la dinţi în 3 (7,5%) cazuri, amigdale şi dinţi 6 (15,0%) cazuri. In 2 cazuri am găsit în acelaşi timp cholecistită şi apendicită cronică.

Iată acum rezultatele terapeutice, obţinute prin îndepărtarea infecţiei de focar: am considerat clinicește vindecate 11 cazuri (27,5%), ameliorate 18 (45,0%); în 10 (25%) cazuri, intervenţia pe focar n'a influenţat evoluţia boalei şi într'un singur caz am constatat o agravare evidentă.

In comparaţie cu rezultatele altor statistici (Voss, Laymann), constatăm unele deosebiri, care nu pot fi explicate decât prin specificarea afecţiunilor, în care am asanat infecţia de focar.

In raport cu diagnosticul clinic, cazurile noastre se repartizează în felul următor.

2 cazuri cu tabloul clinic al neurozei cardiace, la care nici electrocardiograma n'a prezentat modificări patologice, s'au vindecat complet după asanarea infecţiei de focar.

La un bolnav cu tahicardie simplă, sinusită, cu simptome electrocardio-grafice discrete de afecţiune miocardică, după amigdalectomie am observat o ameliorare de scurtă durată, prin urmare un rezultat terapeutic negativ. (Pacientul a prezentat mai târziu un uşor ipertiroidism, pentru care am recurs la radioterapia glandei tiroide).

Din 2 cazuri cu tahicardie paroxistică, unul timp de 4 ani n'a mai prezentat crize, iar celălalt a observat o rărire şi atenuare a crizelor, deci o ameliorare.

2 cazuri de aritmie extrasistolică au fost complet vindecate.

In 2 cazuri de aritmie completă prin fibrilaţie atrială, am obţinut prin amigdalectomie o ameliorare, caracterizată prin dispariţia sau atenuarea simptomelor subiective cardiace şi a simptomelor generale; obiectiv, frecvenţa bătăilor cardiace a scăzut la normal, modificările morfologice electrice au regresat, iar capacitatea funcţională a inimii s'a îmbunătăţit. La o mitrală, a cărei observaţie clinică am descris-o pe larg (R.S.), aritmia completă, care înainte de amigdalectomie a fost permanentă, după intervenţie a făcut loc unui ritm sinusal regulat.

3 cazuri de tulburări de conducere atrio-ventriculară (bloc a-v simplu), însoţite de simptome cardiace funcţionale, s'au vindecat complet.

In numeroase cazuri, dintre care unele au fost descrise pe larg, am constatat regresiunea completă sau parţială a modificărilor morfologice ale curbei electrice. La acestea adăugăm încă un caz de reumatism poliarticular, la care leziunea miocardică s'a manifestat numai prin subdenivelarea segmentului S T şi bifazismul undei T. După amigdalectomie am observat o revenire aproape la normal.

In rezumat, din 13 cazuri de afecţiuni miocardice, care s'au manifestat cu tabloul clinic al neurozei cardiace sau al diverselor aritmii, după asanarea infecţiei de focar 8 s'au vindecat, 4 s'au ameliorat şi într'un singur caz rezultatul terapeutic a fost de scurtă durată.

Amigdalectomia a fost practicată în 3 cazuri de endocardită acută, din care unul poate fi considerat vindecat, altul ameliorat şi al treilea agravat.

In 5 cazuri de endocardită subacută, cu un caracter mai mult septic, îndepărtarea focarelor n'a influenţat evoluţia boalei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In leziunile valvulare cronice, fenomenele de insuficienţă circulatorie şi de endocardită reumatismală recidivantă, s'au ameliorat în 11 cazuri, n'au fost influenţate în 4 cazuri.

In sindromele coronariene, fenomenele de angină de piept au dispărut în 2 cazuri, s'au atenuat în 3 cazuri.

In concluzie, cele mai bune rezultate se obţin în afecţiunile miocardului, fie că sunt pure, fie că sunt asociate unei leziuni valvulare. Tratamentul dă rezultate mulţumitoare şi în afecţiunile coronariene, când sunt datorite infecţiei de focar. In procesele inflamatorii ale endocardului, asanarea infecţiei de focar poate opri în evoluţie procesul endocardic, dar dacă intervenţia se face în faza acută, febrilă, îl poate şi agrava.

Afecţiuni renale (nefrită acută şi cronică).

In cazuistica noastră asanarea infecţiei de focar s'a făcut în 30 cazuri de nefrită. Acestea se repartizează sub raportul evoluţiei, după cum urmează:

nefrite acute	14
nefrite subacute	5
nefrite cronice	11

Din 14 cazuri de nefrită acută, la cari intervenţia s'a făcut până la două luni, am obţinut:

în 71,43% vindecare

în 14,28% ameliorare, iar

în 14,28% rezultatul a fost nul.

In 8 cazuri intervenţia s'a făcut dela 2 până la 12 luni, dela începutul bolii, obţinând:

în 25% vindecare
în 50% ameliorare, iar
în 25% rezultatul a fost nul.

In cazurile de nefrită, unde intervenţia s'a făcut între 1—2 ani, s'a obţinut:

în 20% vindecare
în 60% ameliorare, iar
în 20% rezultatul a fost nul.

După 2 ani dela începutul bolii, nu se mai poate obţine vindecare, ci în cel mai bun caz ameliorare, care în cazurile noastre s'a cifrat la 33%.

Rezultatul global se cifrează după cum urmează:

vindecare	43,3%
ameliorare	33,3%
fără rezultat	23,3%

Din acest tablou reiese în mod evident, că **rezultatele sunt cu atât mai satisfăcătoare, cu cât intervenţia se face într'o faţă mai precoce a boalei.** De altă parte din această statistică mai rezultă, că intervenţia are uneori sorţi de isbândă, chiar dacă se practică după 6 săptămâni dela începutul boalei, care după Volhard este termenul fatal, când nefrita devine cronică, iremediabilă. Ori după cum reiese din statistica specificată mai sus, procentul vindecărilor, în intervenţiile făcute între 2 şi 12 luni, se cifrează la 25%, iar a ameliorărilor la 50%. Mai mult, chiar dacă intervenţia se face între 1 şi 2 ani, ea este susceptibilă să determine nu numai ameliorări, ci într'un procent mai redus, chiar şi vindecarea. După 2 ani, însă, nu mai putem spera că obţinem decât stabilizarea procesului, sau în cazul cel mai bun o oarecare ameliorare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In baza acestor constatări, principial, eliminarea infecţiei de focar va trebui practicată **într'o fază cât mai timpurie a nefritei acute.** Mai recomandabil este, că ea să se facă îndată ce fenomene majore au fost influenţate în bine prin regimul sec sau declorurat. Ceea ce de obiceiu se obţine în timp de 2 săptămâni.

Pentru cazul, însă, când în acest interval nu reuşim să scădem tensiunea arterială, intervenţia este în mod imperios indicată, neexceptând doar cazurile, cari prezintă azotemie ridicată.

Infecţia de focar a avut sediul:

în 60% în amigdale
în 13,3% la dinţi
în 20% în amigdale şi dinţi
în 3,3% amigdale şi vegetaţi adenoide
în 3,3% vegetaţii adenoide.

După cum rezultă din acest tablou, infecţia de focar amigdaliană deţine majoritate absolută, fiind reprezentată cu 83,3%.

Din această cauză, în mod practic, **amigdalectomia este in-**

dicată chiar şi în cazul, când amigdalele par intacte, sau nu sunt mărite.

Merită să menţionăm că în 16,3% a cazurilor, după intervenţie, am înregistrat agravarea focarelor renale, precum şi reacţii febrile.

Remarcăm apoi, că nefrita în cazuistica noastră, a fost relativ deseori însoţită de reumatism articular acut. Această împrejurare, dat fiindcă reumatismul articular recunoaşte aceaşi cauză ca şi nefrita, pledează în favorul tezei susţinute de Veil, că nefrita este doar unul din multiplele sindrome, pe care le prezintă reumatismul, în calitatea lui de boală prin excelenţă proteiformă.

Alteraţiunile sangvine. Infecţia de focar determină reacţiuni importante, atât de natură umorală cât şi celulară, în sânge.

Cele de ordin umoral se manifestă prin modificarea stabilităţii suspensionale a globulelor roşii, care se trădează prin accelerarea vitezei de sedimentare a acestora. Pe de altă parte s'au mai descoperit tulburări remarcabile, în ceea ce priveşte metabolismul hidraţilor de carbon, precum şi a cuprului şi fierului. Tulburările din urmă explică, în parte, marea frecvenţă a anemiei în boala reumatismală. In fine, s'a mai constatat o considerabilă scădere a complementului din serul sangvin, din cauza întrebuinţării lui în reacţia antigen-anticorpi.

In cea ce priveşte modificările celulare, morfologice, ele sunt de asemeni multiple, interesând atât leucocitele cât şi globulele roşii, sau mai bine zis aparatul leucoblastic şi cel eritroblastic. Comportarea leucocitelor este foarte variabilă, ea fiind în funcţie de faza de luptă în care se află organismul cu agenţii infecţioşi, începând cu o leucocitoză mai mult sau mai puţin pronunţată, până la o leucopenie gravă. De asemeni sunt foarte diverse şi tablourile leucocitare, constatate în infecţia de focar şi determinările ei dela distanţă.

Infecţia de focar şi implicit reumatismul, foarte dese ori sunt însoţite de anemie (72%), chiar când fenomenele reumatice sunt complet absente sau sunt abia schiţate. Infecţia de focar în cazul din urmă determină, relativ adeseori, tabloul ematologic al anemiei aplastice, cu diminuarea numerică nu numai a globulelor roşii, ci concomitent şi a leucocitelor şi trombocitelor. Anemia aplastică determinată de infecţia de focar, se amendează în mod prompt după eliminarea infecţiei de focar.

Infecţia de focar poate deslănţui chiar şi tabloul clinic şi ematologic al panmieloftiziei, în cazul când starea alergică iperergică virează într'o stare de anergie negativă.

Substanţele de focar, în calitatea lor de endoalergene, pot deslănţui uneori chiar şi boli alergice clasice ca: astmul bronşial, migrena, urticaria. Rolul patogen al infecţiei de focar în aceste cazuri o dovedeşte rezultatul strălucit, obţinut după asanarea focarelor infecţioase.

S'au mai semnalat şi cazuri de boli endocrine, ca Boala lui Basedow, diabetul zaharat, cari s'au ameliorat sau chiar vindecât după eliminarea infecţiei de focar.

Unii autori mai încadrează între bolile condiţionate de infecţia de focar şi choreea, ipertonia esenţială şi ulcerul gastric şi duodenal.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

BIBLIOTECA UNIVERSITĂŢII CLUJ

Diagnosticul infecţiei de focar este o operaţie extrem de dificilă deoarece numai proba terapeutică este doveditoare. Până la această probă decisivă va trebui să ne mulţumim cu un diagnostic de probabilitate, care se institue în baza relaţiilor câştigate la interogatoriu, precum şi din simptomele generale şi locale. In cazurile grave, avansate, ireversibile, proba terapeutică — evident — nu ne poate servi nici un indiciu.

Se mai pot utiliza în scop diagnostic şi unele probe clinice şi de laborator, ca **determinarea vitezei de sedimentare, emograma, proba cu Diaphot şi proba picăturii groase**, apoi **intradermoreacţia** cu extracte de streptococi hemolitici, care în manifestaţiunile reumatice şi renale se dovedesc a fi pozitive într'un mare procent al cazurilor. Condiţia esenţială a unui diagnostic precis este **intima şi colegiala colaborare dintre internist şi specialiştii în oto-rino-laringologie şi stomatologie.**

In ceea ce priveşte tratamentul, principial trebue să ne bizuim să facem **asanarea totală**, sau cu alte cuvinte **eliminarea radicală a tuturor focarelor infecţioase, din organism, în faza iniţială a bolii** când leziunile nu sunt încă ireversibile. Chiar şi în cazurile acestea este recomandabil ca intervenţia să fie precedată de un tratament simptomatic, medicamentos (salicilat de sodiu, piramidon, causit, etc.). care creiază condiţii imuno-biologice mai favorabile pentru intervenţie.

Tratamentul simptomatic este apoi rezervat cazurilor, în care intervenţia este contra indicată (emofilie, ipertensiune arterială, arteroscleroză).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Rezultatele obţinute prin eliminarea infecţiei de focar, sunt în general foarte satisfăcătoare. Ele vor fi cu siguranţă şi mai bune în viitor, când se va câştiga o experienţă şi mai bogată în acest domeniu.

Dat fiind multiplele şi gravele leziuni, pe care le poate determina infecţia de focar, credem că întocmai ca şi în alte ţări a sosit momentul şi la noi, ca printr'o propagandă bine susţinută, făcută prin presă şi conferinţe, să fie avertizat marele public de frecvenţa mare a infecţiei de focar, precum şi de consecinţele grave, uneori iremediabile, ce se pot produce, dacă aceasta nu e asanată la timp. Evident că în prealabil este neapărat de lipsă, ca întreg corpul medical să fie pătruns de importanţa patogenă covârşitoare, ce o are infecţia de focar, care se situiază printre cele mai mari plăgi ale omenirei. Din acest motiv, Veil pretinde ca **„doctrina infecţiei de focar să fie pusă la temelia gândirii, atât a medicului format, cât şi a celui în devenire".**

FENOMENUL DE SUFLARE AL CAVERNELOR URMAT DE PERFORAŢIE, DUPĂ SECŢIONARE DE BRIDE

de

D-r ALEXIU I. GHEORGHE

Pentru orice formă de terapie, principiul „cu cât este mai de vreme aplicată, cu atât este mai folositoare bolnavului" rămâne valabilă, oricum am privi problema.

Nu vorbesc de acele întârzieri intenţionate, pe cari le aplică medicul cu anumite scopuri, din anumite motive bine determinate. Mă refer la acele întârzieri cari au ca explicaţie ignoranţa sau neglijenţa bolnavului, sau ignoranţa şi incorectitudinea medicului.

Tuberculoza pulmonară, afară de unele forme cari îmbracă o evoluţie acută, o evoluţie rapidă, căreia, de cele mai multe ori nu i se mai poate opune nici un mijloc terapeutic eficace, forme cari, se pare, le întâlnim din ce în ce mai rar, şi cari traduc o lipsă totală de rezistenţă din partea organismului, sau o virulenţă exagerată a microbului, — ducând repede la destrucţii parenchimatoase masive şi la o intoxicaţie profundă a organismului, tuberculoza pulmonară am spus, rămâne totuş o maladie cronică, cu debut mai mult sau mai puţin insidios, cu evoluţie lentă, câte odată foarte lentă, căreia, cunoscută din prim început, i se poate opune, astăzi, o serie întreagă, o gamă de mijloace terapeutice cari să ducă la vindecarea bolnavului.

Cu toată această încetineală pe care o pune maladia în diferitele modificări structurale şi biologice ce le poate imprima organului sau organismului, nu odată se întâmplă ca la un prim examen pe care-l cere bolnavul, medicul să constate alterări profunde în ţesutul pulmonar, alterări de cari pacientul să nu se fi sesizat de nici o manieră. Leziuni fibro-cazioase întinse, cu formaţiuni de caverne, cu peretele net conturat, cu teacă fibroasă net vizibilă scopic şi grafic, sunt leziuni pe cari pacientul le expune pentru prima dată examenului medicului care îşi dă bine seama că nu fac parte din acele leziuni precoce, cari duc în interval de zile la formaţiuni de caverne de a căror formaţie nu poate fi făcut responsabil pacientul, ele instalându-se şi evoluând în minimum de timp, fără o simptomatologie cari să atragă atenţia.

Cred că nu există medic care, propunându-şi să trateze un bolnav, pentru a-l vindeca, să nu fie comvins de dificultăţile enorme ce i se ivesc, atunci când întreprinde o acţiune terapeutică cu scopul pe care l-am numit. Pare bizar poate că vorbesc de **tratament cu scopul de a vindeca bolnavul** şi totuş aşa stau lucrurile, pentrucă în ultimul timp, deşi Phtiziologia, pune la îndemână celor care ştiu să se servească de ele, o serie de mijloace terapeutice cari pot duce la vindecare, sunt totuş o sumedenie de medici cari crezând că dacă recomandă sau aplică pacientului serii nesfârşite de injecţii cu Ca, Vitamina C., Neohepatrat şi altele, vor căpăta mai curând sau mai târziu o vindecare. Nu există maladie care să fie tratată cu mai multă uşurinţă de medici, ca T. B. C. pulmonară.

„Dacă, ca diagnostic, T. B. C. pulmonară poate fi privită prin prisma patologiei interne, din punct de vedere terapeutic, cum foarte bine spune D-l. Prof. Lupu, ea este apanajul specialistului, singurul care este în măsură să aleagă terapia ce convine fiecărui caz în parte".

Dacă aşa stau lucrurile, atunci, acea atitudine a medicilor care aşteaptă dela Calciterapie şi Vitaminoterapie o vindecare spontană a unor leziuni bacilare întinse este cel puţin bizară, iar acei medici nu cunosc tuberculoza şi bolnavul nu a câştigat nimic consultând un asemenea medic.

Am spus că existenţa de caverne, constituie, pentru terapia antitubercu'oasă, un stadiu aparte, o adevărată **„Maladie Cavitară"** a tuberculozei pulmonare, ea punând probleme terapeutice dintre ce'e mai complicate.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Este dela sine înţeles că nu mă refer la ace'e caverne de gr. I. sau II. cari au încă ţesut pulmonar nevidat, cu contur discontinuu sau cu contur abia trasat. Aceste caverne sunt singurele susceptibile de vindecări spontane, cu condiţia de a îndeplini toate elementele unei topografii favorabile.

Existenţa cavernelor vechi înseamnă simfisă pleurală sau cel puţin aderenţe la nivelul lor, atunci când (un Pneumotorace este posibil.

Şi fără aceste anomalii, de câte ori nu întâlnim cavităţi inerte, pe care pneumotoracele nu reuşeşte să le comprime, din cauza duritătii pereţilor? Aceste caverne nu numai că nu se vor micşora ci de contră, îşi vor mări diametrele, de aşa manieră încât ftiziologul îşi pune problema dacă nu este mai bine o abandonare a pneumotoracelui, urmată sau nu de o intervenţie suplimentară.

Revin la acele caverne pulmonare cari prin aderenţele pe cari pulmonul le-a contractat cu pleura parietală, ele obligă în mod expres secţionarea lor, căci altfel pneumotorace'e este un tratament cu efecte nocive.

Odată efectuată această secţionare de bride, putem asista la fenomenul de distensie a cavernelor care, din cauza presiunei prea mari pe care aerul intracavitar o exercită asupra pereţilor cavernei, ea poate duce la perforarea cavernei.

Asistăm prin urmare la un fenomen contrar celui pe care îl

aşteptam şi anume ca, în loc ca o cavernă ce se găseşte la baza de implantaţie viscerală a unei bride, să-şi micşoreze diametrele, în urma secţionării bridelor, ea să-şi mărească volumul în mod spontan, de multe ori la interval de ore sau zile dela data când a fost efectuată operaţia.

Acesta este fenomenul de suflare a cavernelor, după secţionarea de bride.

Primii autori cari să fi subliniat acest fapt, au fost Morin şi Waitz (1929) urmaţi fiind de Mantoux care descrie fenomenul, numind Caverne acordeon, apoi Jaquerod care le numeşte caverne suflate şi înfine Dumarest numindu-le caverne cu supapă. Această denumire, trezeşte în minte şi Anatomia patologică şi patogenia acestui fenomen.

Dela început trebuie să scindăm fenomenul. In primul rând este vorba de suflarea, de destinderea cavernei şi apoi de perforarea peretelui cavernei, care nu este obligator; atunci însă când ea se produce nu mai încape nici o îndoială că acea suprapresiune intracavitară a avut rolul ei principal în perforarea cavernei, chiar dacă au putut interveni ulterior şi alţi factori, cum ar fi efortul fizic sau un proces de necroză la nivelul peretelui cavernei.

Fenomenul de suflare, atunci când el se produce după tăierea aderenţelor şi la puţin timp după această operaţie este datorit în mod indubitabil, astupării parţiale a bronşiei de drenaj, datorită unui fenomen de cădere, de basculă a unui lob pulmonar, care duce la o cudare branşială. In timpul mişcării inspiratorii, în urma creşterii vidului pleural, lobul pulmonar are tendinţa de a reveni la o poziţie aproape de normal. Datorită acestui fapt care va duce la o atenuare a cudării bronşiei de drenaj şi datorită faptului că coloana de aer inspiratorie are o forţă mai mare, aerul va pătrunde şi în cavernă. In mişcarea expiratorie lobul pulmonar va avea tendinţa din nou la cădere, accentuând cudarea bronşiei, iar coloana expiratorie fiind mai slabă nu va putea învinge obstacolul cudării, astfel că din aerul ce a pătruns în cavitate, nu va mai putea eşi, sau va eşi într'o cantitate mai mică. **Această acumulare de aer în cavernă va duce la o suprapresiune intracavitară care se va traduce din punct de vedere radiologic, cu o mărire a diametrelor.**

Dacă fenomenul apare mai târziu, atunci această astupare parţială a bronşiei de drenaj se poate datora unei cauze intrabronşială. Ea ar fi acele granulaţii endobronşice studiate de Ameuille sau unele produse vâscoase cari sunt prezente pe lumenul bronşial.

Dacă acest proces de astupare ar merge până la complecta abstrucţie a bronşiei de drenaj, lucrul nu numai că nu ar avea un efect naciv ci din contră, ar naşte acea atelectazie la nivelul cavernei, fenomen studiat clinic şi experimental de Monaldi şi Coriyllos care ar avea ca rezultat închiderea cavernei.

La lumina acestui fenomen, trebuieşte revăzută problema Cavernelor inerte. Acest fenomen de diminuare a lumenului prin cudarea bronşiei de drenaj poate apare şi după instituirea unui pneumotorax terapeutic astfel, ca acele caverne cari apar mai evidente după pneumo-

BCU Iasi / Central University Library Iasi

torax să fie tot niște caverne cu suprapresiune, iar cavernele ăș zise inerte, pentru că, după pneumotorax, în loc să se comprime, rămân deschise, deși nu se observă aderene sau deformare a limitei pulmonului care să explice această persistență a lor, să fie în realitate tot caverne cu hipertensiune, prin acelaș mecanism, cel puțin la o parte din ele.

SIMPTOME

Din punct de vedere radiologic fenomenul apare concludent, mai cu seamă la cavernele cari și-au mărit diametrele datorită faptului c'au avut pereții elastici, lăsânduse destinși de presiunea intracavitară. Nivelul de lichid este deasemenea un semn radioscopic al acestor cudări. Din punct de vedere subiectiv, simptomele vor fi în raport cu retenția pe care o provoacă cudarea: tuse seacă obositoare, datorită iritației pereților cavernei de hiperpresiunea aerică și prezenței secrețiunilor acumulate, o diminuare sau o suprimare a expectorației, o stare subfebrilă mai mare decât cea anterioară, fapt pe care îl punem de multe ori pe seama iritației pleurale datorită cauterizării bridelor.

Dacă peretele cavității este suficient de dur ca să reziste hiperpresiunei și dacă procesul de necroză intracavitară nu este prea pronunțat, atunci fenomenul rămâne fără nici o consecință asupra evoluției maladiei. Cu timpul se va produce, fie o astupare complectă a bronșiei, urmată de o atelectazie cavitară, fie o redresare a cudurei bronșiei, stabilindu-se o permeabilitate normală a ei. Dacă lipsesc aceste două elemente, atunci se va întâmpla cel de al doilea fenomen, fenomenul de perforație a cavernei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Redăm **foaia de observație clinică** a unei paciente de 22 ani.

Pentru o leziune bicavitară a lobului superior drept îi institui un pneumotorax terapeutic. După 6 săptămâni propun secționarea a 2 bride cari țineau pulmonul fixat de peretele toracic, cu deformare a limitei pulmonului. A doua zi, după Iacoboeus, la radioscopie. lobul superior drept era redus la un triunghi opac băgat în mediastin, iar în masa lui, o imagine cavitară cu diametrele cel puțin duble. Această mărire a cavernei, într'un interval de timp așa de scurt, nu putea să fie decât fenomenul de suflare a cavernei, datorită modificării topografice a lobului superior drept care dusese la o cudare cu diminuarea lumenului bronșiei de drenaj. Cunoscând pericolul și nevoind să par surprins de fenomen îl fac cunoscut cumnatului pacientei.

Timpul mi-a dat dreptate.

Intr'o Duminecă la ora 3^{00} sunt chemat telefonic că pacienta are un junghi puternic la baza hemitoracelui drept, survenit în mod brusc cu o oră înainte, însoțit de un frison puternic și ascensie termică la 40°5.

Am știut sau am bănuit despre ce poate fi vorba.

Controlul manometric, singurul care-l puteam face la patul bolnavei, m'a liniștit într'o măsură oarecare, pentrucă presiunea era în jurul lui zero. Nu era o perforație cu supapă. Injecții și supozitoare de barbiturice au reușit să calmeze durerea. A doua zi, convoc un confrate la patul pacientei. împreună cu un aparat radiologic portativ.

Se constată o comprimare totală a pulmonului, un discret nivel de lichid la bază, iar imaginea cavitară din lobul superior, dispărută complect.

In cele 4 zile care urmează, lichidul atinsese un nivel suficient de ridicat astfel că fenomenele de compresie jenau respirația. Un vidaj de lichid sero-citric de 1.200 c.m.c. pune ordine în fenomenele mecanice. Fenomenele toxice continuă cu aceeași intensitate. Tachicardie 130 pe minut, hipertermie 398—40 polipnee, ina-

petenţa continuă să persişte. După alte 8 zile o nouă vidare pare necesară, fapt care mă determină să procedez la o nouă evacuare. De astă dată lichidul era purulent. Un examen de laborator arată prezenţa în cantitate mare a B.K. Culturile rămân sterile pentru flora banală. Această lipsă de floră banală şi faptul că nu făcuse nicio vomică mă îndreptăţeau să conclud că perforaţia fusese închisă. După vidarea a 900 cmc. puroi, fenomenele toxice diminuă, dar numai pentru 3 zile, ele aprinzându-se din nou. Decid să i se facă spălături pleurale bogate. Rezultatele au fost foarte bune. După alte 6 vidări şi 4 spălături pleurale puroiul nu s'a mai refăcut decât la bază, iar fenomenele toxice au dispărut complect, pacienta recâştigând în greutate.

Obs. II. — O altă pacientă în etate de 34 ani, prezintă o radiografie făcută cu 40 zile în urmă, pe care se observa un infiltrat mixt subclavicular stâng. Medicul curant pierde timp, aşteptând un lucru care întârzia să-şi facă apariţia - este vorba de procesul de resorbţie pe care sconta medicul, supunând pacienta la o cură de Ca de Vitamine şi extracte hepatice.

Examinând bolnava după aceste 40 zile, constat prezenţa unei excavaţii în dreptul claviculei stângi pentru care motiv, recomand pacienţei un pneumotorace pe care-l şi execut.

După a treia insuflaţie îmi dau seama că decolarea este totală, afară de regiunea axilară stângă, în dreptul căreia pulmonul prezenta multiple aderenţe de peretele toracic.

Şi aici cauterizarea aderenţelor s'a putut face total, deşi operaţia a fost extrem de laborioasă.

După 5 zile dela operaţie, deşi decolarea era totală, caverna avea dimensiunile mărite cu cel puţin jumătate din ceea ce era înainte de operaţie. Mă găseam prin urmare, în faţa unui acelaşi fenomen de destindere de hiperpresiune intracavitară, într'o perioadă când nici nu se terminase şi când nici nu ştiam cum se va termina primul caz.

Dramatismul fenomenelor la care asistasem cu câteva săptămâni înainte şi suferinţele pe cari le provocase acea perforaţie de cavernă nu-mi dădea linişte. Trebuia să întreprind ceva, dar nu ştiam ce să aleg. Acea punctionare a cavernei, cu extragerea de aer, era o operaţie nu prea comodă şi care în niciun caz nu poate fi făcută decât în mediul spitalicesc, mai cu seamă că operaţia ar fi putut necesita repetarea.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Nu-mi rămânea decât să încerc ceva care ar fi putut duce, fie la o obstruare totală a bronşiei de drenaj, printr'o cudare şi mai mare a bronşiei, fie la o dispariţie a cudurei, adică la o permeabilizare cât mai bună a bronşiei de drenaj.

M'am gândit să fac să nască o iritare a pleurei, căreia să-i urmeze acel proces de ratatinare şi eventual şi o declanşare a unui exudat pleural, ţinând seamă că-mi erau cunoscute acele pleurezii providenţiale cari, fie că năşteau pe cont propriu, fie că erau provocate de medic şi ţinând seama, după cum am expus patogenia că s'ar putea ca cel puţin o parte din acele caverne numite inerte, să nu fie în fond decât acelaş fenomen de caverne suflate.

Expun soţului pacientei situaţia, arătându-i pericolul şi ceea ce am putea face pentru a căpăta o eventuală modificare a acestei stări în care sabia lui Damocles rămânea suspendată deasupra capului.

Mă decid să introduc în pleură o fiolă de Solganal uleios care conţinea 0,20 ctg. sare de aur. A doua zi apare un fenomen de iritaţie pleurală care se traducea prin dureri în hemitoracele stâng, uşoară ascensiune termică (37°) care nu a durat decât 3 zile, fără niciun exudat pleural, imaginea cavernei rămânând aceeaşi.

In schimb a cincea zi dela injecţie apare o erupţie aftoasă pe marginile limbii, pe faţa internă a obrajilor şi pe gingii, erupţie extrem de dureroasă care a împiedecat pacienta de a se nutri timp de 4 zile; odată terminată această intoxicaţie aurică, introduc 20 cmc. Ol. Gomenolat 4%.

Şi după această operaţie rezultatele au fost aproape nule, din punct de vedere al exudaţiei pleurale şi a modificării imaginei cavităţii. O nouă tentativă este executată introducând de astădată, 200 cmc. ser fiziologic. Fie sensibilizarea anterioară a pleurei cu cele două tentative, fie prezenţa clorurei de Na, a făcut ca de data aceasta reacţia să fie mult mai puternică. Durerile pleurale în noaptea care a urmat injecţiei, au fost aşa de vii încât pacienta nu s'a putut odihni.

Temperatura s'a urcat la 38°, rămânând la acest nivel, timp de 4 zile. Pacienta simte prezenta apei, în mişcările pe care le face cu toracele. După 5 zile, controlată radioscopic, se constată prezenta lichidului care urcă până la al optulea arc posterior costal şi ceea ce mi-a dat o satisfacţie şi mai mare, a fost imaginea cavitară care, de data aceasta era redusă la o fantă care, până la urmă a sfârşit prin a dispare complect.

Ţinând seamă că în situaţia anterioară, viaţa bolnavei era imediat pusă în pericol şi că acest pericol fusese cu desăvârşire îndepărtat, medicina are un motiv în plus să înscrie în favoarea ei o pagină de succes.

In timp ce articolul îşi aştepta rândul pentru a fi publicat, o monografie cu titlul „Perforaţiile cavitare tardive după rezecţii de aderenţe intra-pleurale" publicată de Prof. Daniello, emeritul ftiziolog, titularul catedrei de Ftiziologie de la Facultatea de Medicină din Cluj şi valorosul său colaborator D-r. Bumbăcescu, îşi face apariţia. Această monografie scrisă într'un spirit didactic şi ştiinţific, demn de aceşti doi valoroşi ftiziologi aduce o bibliografie din cele mai complecte. O datorie de conştiinţă mă face să subliniez meritul de a fi primii cari fac o lucrare în acest sens, lucrare care, prin numărul de cazuri pe cari îl publică, modul cum au fost studiate acele cazuri, are o valoare absolută de nediscutat.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

O NOUĂ UTILIZARE DE DIAGNOSTIC A LICHIDULUI CEFALO-RACHIDIAN DELA EXANTEMATICI *)

de

C. BART

Intr'o lucrare anterioară arătasem că se poate utiliza lichidul cefalo-rachidian (l. c. r.) dela bolnavii de tifos-exantematic în aceiaşi măsură ca şi sângele pentru executarea reacţiei Weil-Felix (r. W. F.), — această reacţie arătându-se şi în această ocazie pozitivă în majoritatea cazurilor de boală. Mai mult încă: r. W. F. din l. c. r. ar prezenta şi avantajul faţă de r. W. F. din sânge, pentrucă se arată mai des pozitivă în cazuri abortive, atipice, sau în cazul cu r. W. F. negativă în sânge.

Cu ocazia epidemiei de tifos-exantematic din Ardeal şi mai ales din unele lagăre de prizonieri în iarna lui 1945, morbiditatea şi mortalitatea erau aşa de mari, că de multe ori nu se parvenia a se stabili diagnosticul precis şi complect în cursul vieţii şi nu rareori erau aduse la morga spitalului cadavre complect îngheţate şi cu lividităţi cadaverice, — moartea survenind fie în cursul primei săptămâni de boală, fie în convalescenţă. Bineînţeles că asemenea cazuri se proceda şi la necropsie, — dacă cadavrul nu era reclamat, — dar din lipsa unui

*) Lucrare executată în Spitalul militar din Alba-Iulia.

laborator bine utilat nu se ţinea seamă decât de leziunile macroscopice, — ceea ce era prea puţin pentru a stabili un diagnostic corect. De sigur că noţiunea de epidemie putea să ne conducă la un diagnostic de prezumţie, dar ne lipsea confirmarea laboratorului. Atunci la toate asemenea cazuri am procedat, înainte de necropsie, la punctie lombară. Cum era şi de aşteptat această punctie se făcea cu oarecare greutate din lipsa unei tensiuni cerebrale şi lichidul trebuia extras atunci cu o seringă. L. c. r. era apoi supus la centrifugare pentru a-l debarasa de elementele celulare; — acestea erau de altmintrelea destul de abundente, ca urmare pe de o parte a procesului morbid din cursul vieţii şi pe de altă parte a desquamaţiei endoteliale post-morten. Astfel l. c. r. clarificat servea de vechiul pentru o emulsie de b. Proteus X 19, — după care se lasă la termostat câteva ore. In toate cazurile r. W. F. era pozitivă şi de multe ori aglutinarea apărea spontan, nemai fiind nevoie de termostat şi astfel obţinând o confirmare de laborator precisă şi rapidă în cazuri în care ne lipsea un diagnostic clinic sau de laborator, — după cum se poate constata mai jos din rezumatul câtorva protocoale din zecele de cazuri întâlnite.

Protocol I: — caz Nr. 128 (V. V.) este adus la spital în stare muribundă a 16-a zi de boală cu febră moderată, colaps cardiovascular şi congestie la ambele baze. Moare după câteva ore de ospitalizare, parvenindu-se numai a se recolta puţin sânge în care r. W. F. este negativă.

La necropsie se constată următoarele leziuni macroscopice: congestie la ambele baze, cord mărit în toate diametrele, cu musculatură flască şi neprezentând nimic valvular. Ficat de aspect cardiac, capsulele suprarenale mărite şi friabile. L. c. r. este foarte tulbure; atât la examenul direct cât şi cel cultural nu prezintă elemente microbiene, dar centrifugat apar net xantocromic şi cu r. W. F. spontan şi masiv pozitivă.

Digitized by Central University Library, Cluj

Protocol II: Caz Nr. 363 (E. I.) adus la morgă, cu diagnosticul de dizenterie după 16 zile de boală.

La necropsie se constată tegumentele complect uscate în urma unei deschidratări probabil, — cu leziuni macroscopice de congestie pulmonară, cu hipertrofie a cordului stâng fără leziuni valvulare. In pericard circa 150 cc. lichid sero-citrin. Ficat şi splină mărite şi congestionate, — cea din urmă prezentând şi infarcte recente. Ambii rinichi măriţi de volum, cu corticala redusă şi descapsulându-se greu. Deasemenea şi capsulele suprarenale mărite şi friabile. Intestinul gros cu mucoasa congestionată şi proeminenţa vaselor; nimic particular la nivelul vaselor mezenterice. La punctia lombară l. c. r. uşor turbure, xantocromic şi cu r. W. F. spontan pozitivă.

Protocol III: Caz Nr. 372 (B. I.) este adus în spital în stare foarte gravă, cu hipertermie, limba arsă, dispnee şi erupţie tipică de tifos-exantematic. Moartea survine imediat după internare, fără a se putea efectua r. W. F. în sânge.

Se procedează totuşi la necropsie fiind adus dintr'un nou focar epidemic pentru mai ample detalii şi se constată următoarele: aderenţe şi focare broncho-pneumonice de ambele părţi. Cord hipertrofiat şi cu musculatură flască; nimic valvular. Deasemenea congestionate şi mărite ficatul, splina, rinichii şi capsulele suprarenale. L. c. r. uşor xantocromic şi cu r. W. F. spontan pozitivă.

Protocol IV: caz Nr. 486 (B. I.) adus în spital în complectă stare de prostatie, diaree, febră şi erupţie discretă pe torace şi abdomen. Prezintă însă r. W. F. negativă în sânge.

Familia reclamând cadavrul nu se poate face decât punctia lombară, care ne dă un lichid xantocromic şi cu r. W. F. intens pozitivă după câteva ore de termostat.

Protocol V: caz Nr. 686 (Z. M.) adus din lagăr în plină comă,

fără erupţie şi subfebril, încât moare la câteva ore după internare cu semne clinice mai mult de insuficienţă cardiacă şi stare de meningism. Nu s'a putut face din această cauză niciun examen de laborator.

In necropsie se constată macroscopic o congestie a tuturor organelor, — ficatul în plus fiind mult mărit. Nimic valvular la cord. Aceiaşi congestie intensă este la meninge iar în masa cerebrală, picheteu hemoragic pronunţat, — disiminat mai ales în substanţa albă. De remarcat încă şi o dilataţie accentuată a stomacului cu mucoasa congestionată şi cu sufuziuni sanguine în sub-mucoasă. L. c. r. foarte turbure şi net xântocromic după centrifugare. Nimic microbian la examenul direct şi cultural, iar r. W. F. este spontan pozitivă.

Protocol VI: caz Nr. 698 (I. L.) intră în spital în a 6-a zi de boală, complect adinamic, febră mare şi erupţie discretă pe torace şi abdomen. Moare a 9-a zi de boală, reprezentând r. W. F. în sânge slab pozitiv 1%.

Neputându-se face necropsia, ne reducem numai la puncţia lombară post-mortem care ne dă un lichid tulbure; după centrifugare l. c. r. apare xantocromic şi cu r. W. F. spontan pozitivă.

Protocol VII: caz Nr. 983 (I. I.) adus muribund din lagăr, în stare de caşexie, hipotermic şi cu gangrenă uscată la degetele picioarelor. Moare înainte de orice examen. Necropsia nu se face, dar puncţia lombară ne dă un lichid tulbure şi în care r. W. F. apare pozitivă după câteva ore de termostat.

Protocol VIII: Caz Nr. 1625 (B. Gh.) priveşte un soldat român care, deşi intră în spital cu semne clinice tipice de tifos exantematic, deşi vine dintr'un focar de t. ex. unde tatăl său murise de trei săptămâni, — r. W. F. în sânge rămâne negativă în tot cursul săptămânii ce a precedat moartea. Nefăcându-se nici puncţia lombară în cursul vieţii, nici permiţându-se autopsia, ne-am mărginit numai la puncţia lombară post-mortem, care ne dă un l. c. r. hemoragic; cu acesta centrifugat se execută r. W. F. care este spontan pozitivă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Din cele relatate mai sus se poate conchide:

1. Reacţia W. F. se poate efectua în l. c. r. nu numai în timpul boalei de tifos exantematic, dar şi după moarte cu acelaşi folos pentru precizarea diagnosticului.

2. In adevăr fie că e vorba de cazuri cari în cursul vieţii aparent prezentau simptome altele decât cele de t. ex. şi în orice caz nu au fost sub observaţia medicului (caz: 1, 2, 5 şi 7), fie că e vorbe de cazuri grave şi tipice de t. ex. dar cu r. W. F. în sânge negativă (caz. IV şi VIII) sau cel mult slab pozitivă (caz. VI), — la care s'ar putea adăuga şi acele cazuri aşa de grave (caz. III), încât lipseşte timpul material de a efectua vreun examen de laborator în cursul vieţii, — în toate aceste cazuri încă am avut şansă de a avea o precizare sau confirmare de diagnostic prin executarea r. W. F. în l. c. r. recoltat post-mortem.

3. Deci se recomandă că în cursul unei epidemii sau la cazuri excepţionale de tifos exantematic, când moartea ne surprinde fără un diagnostic clinic precis sau fără confirmarea lui prin laborator, să se facă o puncţie lombară; cu l. c. r. recoltat post-mortem încă se poate executa r. W. F. şi obţine retrospectiv un diagnostic corect.

BIBLIOGRAFIE

1) Bart C.: Ardealul Medical, IV, No. 12, pag 530—535, 1944.

Il s'agit d'une nouvelle application de la méthode que l'auteur a employe pour la premiére fois en 1944 et qui consiste dans l'utilisation céphalo-rachidienne pour le diagnostic du thyphus exanthématique.

La réaction Weil-Felix, faite de cette manière là, s'y montre aussi utile pendant la vie comme après la mort du malade

C'est surtout dans cette dernière occasion qu'on peut voir l'avantage de la méthode pour établir un diagnostic rétrospectif, manqué pendant la vie.

There are Swo avaiable application of this new method (use of the spinal fluid for Weil-Felix test) in regard to diagnosis of typhus fever:

a) Ne have abready reported for the first time in another papper all the opportunities using this test in the course of life.

b) But when death is occuring without any clinial or laboratory support of diagnosis the use of the spinal fluid for Weil-Felix test is yet sufficient to establish a correct diagnosis.

CONSIDERAŢIUNI ASUPRA VALORII CALORIGENE ŞI BIOLOGICE A SUBSTANŢELOR ALIMENTARE

de

D-r V. GASNAŞ şi **Ing. Chimist ATENA V. GASNAŞ**

Rubner a calculat cantitatea de căldură degajată de diferite alimente într'un calorimetru şi a găsit:

1 gr. albumină desvoltă 4,1 calorii.

1 gr. hidrocarbonate desvoltă 4,1 calorii.

1 gr. grăsime desvoltă 9,3 calorii.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pe baza acestor calcule s'au stabilit raţiile alimentare care să acopere nevoile energetice ale organismului în 24 de ore.

Tot pe baza acestor calcule diferitele alimente au fost înlocuite unele cu altele după valoarea calorigenă.

Dar socotelile în calorii au fost considerate practic ca insuficiente, fiindcă valorile de ardere ale alimentelor exprimate în calorii nu corespund valorilor de nutriţie biologică. Căldura de ardere, calculată de Rubner, nu este conţinută de alimente, ci se naşte din combinaţia chimică a acestora cu oxigenul.

Dacă atribuim oxigenului jumătate din caloriile degajate din arderea alimentelor, organismul primeşte prin hrană numai o jumătate din energia indicată de Rubner, iar cealaltă jumătate revine oxigenului inspirat.

Dar nici această jumătate nu exprimă adevăratele cantităţi de energie pe care hrana le aduce corpului nostru, căci prin digestie alimentele se descompun în componenţele lor biologice şi numai acestea sunt absorbite şi chiar din acestea parte sunt eliminate nedesfăcute prin fecale. Apoi unele componente nu sunt arse până la stadiul final şi nu eliberează energia care a fost calculată de Rubner (odată cu eliminarea ureei, care este un produs de ardere incomplect, se pierde o parte din cantitatea de energie ce a intrat). Deci aceste energii folositoare din alimente, care corespund la mai puţin de 1/2 (jumătate)

din 4,1 şi 9,3 calorii (Rubner), sunt insuficiente pentru a acoperi nevoile mari de energie, necesare procesului de asimilaţie şi dezasimilaţie a corpului cu multiplile şi desele sale procese de activitate. Prin urmare hrana nu este singura sursă de energie pentru organismul omenesc.

De altă parte energia introdusă în organism odată cu hrana, se află sub formă bio-chimică şi nu sub formă de calorii. Acestea din urmă se nasc prin arderea materiei, iar nu a substanţelor alimentare, ci a componenţilor care ajungând la celulă, înlocuesc şi complectează pe cei întrebuinţaţi de celulă la diferitele sale elaboraţiuni.

Nutriţia are deci rolul de a furniza celulei elementele de reconstrucţie. Hrana serveşte nutriţiei. Principiile nutritive nu sunt deci material de energie sau căldură, ci exclusiv material de construcţie. Abia substanţe celulare sunt material de ardere. In afara celulei nu se pot produce arderi. Arderea în celulă este posibilă numai graţie oxigenului inspirat şi adus la celulă, 2' fermentului de respiraţie (oxidaţie) conţinut de fiecare celulă. Căldura se degaje numai prin acest proces bio-chimic.

In interiorul celulei se naşte energie prin oxidaţiunea principiilor nutritive care au înlocuit aici pe cei deja întrebuinţaţi de celulă în acelaşi scop. Astfel oxigenul devine producător de energie cinetică şi calorică a celulei. Procesul principal al vieţii care este o transmitere de energie către celulă (Rubner) se face deci nu prin hrană, ci prin oxigenul inspirat.

Deci, respiraţia este sursa cea mai principală de energie în procesul de asimilare şi dezasimilare a corpului omenesc. Hrana este sursa 2-a. De hrană ne putem lipsi zile întregi, de oxigen nici măcar câteva minute.

Colegiul de Cultură Universitară Clujeană

1 gr. albumină degaje 4,1 calorii, atunci când a fost introdus în substanţa celulară şi s'a combinat cu 1,382 gr. oxigen.

1 gr. hidrocarbonate are nevoie de 1,185 gr. oxigen pentru a da 4,1 calorii.

1 gr. grăsime are nevoie de 2,887 gr. oxigen pentru a da 9,3 calorii. In procesul de asimilare şi dezasimilare putem distinge 3 stadii:

1. Schimbul de material nutritiv necesar asimilaţiei substanţelor nutritive şi refacerii substanţelor celulare. Acesta este o funcţie a nutriţiei.

2. Schimbul de material circulator necesar transformărilor interioare şi funcţiunilor substanţei celulare. Aceasta este o funcţie a circulaţiei.

3. Schimbul de material productiv, necesar lucrului energetic întrebuinţat la degradarea şi oxidarea substanţelor celulare vii, inclusiv la formarea căldurii corpului. Acesta este o funcţie a respiraţiei.

Toate aceste schimburi şi funcţiuni trebue să se satisfacă reciproc.

Deoarece arderea albuminelor şi hidrocarbonatelor în produşi finali, dă un acelaşi număr de calorii, nu însemnează că valoarea lor biologică poate fi identică. Albuminele sunt materialul de reconstrucţie cel mai important al organismului. De aceasta în înlocuirea alimentelor între ele — 1 gr. albumină nu poate fi înlocuit de 1 gr. hidrocarbonate. Tot astfel şi cu calculul de grăsimi.

100 gr. untură are teoretic 930 calorii,

13 ouă au teoretic 936 calorii (un ou = 72 calorii). Dar 13 ouă nu sunt egale cu valoarea biologică (constructivă) a 100 gr. grăsime.

Ca substanță nutritivă, deci grăsimea este mai puțin importantă decât albumina, dar prin arderile grăsimilor se limitează în celulă arderea albuminei și astfel grăsimea devine un cruțător de albumină. Grăsimile mai sunt apoi importante și pentru conținutul lor în vitamine, încât valoarea biologică a grăsimilor cu vitamine este mai mare decât a celor sterilizate.

Dacă am da 1 ca valoare biologică (nutritivă și constructivă) a hidratului de carbon, atunci ar trebui să dăm:

2 pentru grăsimile avitaminice,
3 pentru grăsimile cu vitamine,
4 pentru albumine.

In aceste proporții (la greutate) alimentele se pot înlocui unele cu altele cu mai mult succes decât pentru valoarea caloriilor (Rubner).

Valoarea calorifică trebue să fie deci înlocuită prin valoarea biologică a principiilor nutritive.

Valoarea calorigenă a alimentelor nu este o noțiune precisă; caloriile sunt o consecință târzie a respirației și nu măsoară capacitatea de energie și valoarea nutritivă a hranei. Nutriția este începutul și respirația sfârșitul schimbului de materie. Caloriile sunt produsul de colaborare energetică dintre materiile de ardere și oxigenul din aer și ele se desvoltă în celulă.

Deci:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

1. Determinarea capacității de energie a hranei în calorii este din punct de vedere științific eronată, fiindcă în cantitatea de căldură produsă prin arderea substanțelor nutritive este cuprinsă și energia produsă de oxigen, exprimată în calorii.

2. Cifrele calorice ale lui Rubner nu indică deci energia cuprinsă numai de către substanțele nutritive.

3. Caloriile nu sunt nici conținute de către substanțele nutritive și nici nu se degaje din acestea spre a fi atribuite corpului omenesc.

4. Caloriile se formează în corp abia la arderea substanțelor celulare, datorită oxigenului inspirat din aer, de aceea ele formează o funcție a respirației.

5. Nici schimbul de materie producător de energie nu este o funcție a nutriției ci a respirației. Nu hrana, ci oxigennul inspirat din aer în timpul respirației este, ca producător de energie cinetică și de calorii cel mai mare izvor de energie pentru organism.

6. Pentru albumină, substanță nutritivă importantă pentru viață, s'a determinat după teoria caloriilor — recunoscute ca insuficientă, aceeași valoare nutritivă ca și pentru hidrații de carbon, și mai puțină ca aceea determinată pentru grăsime. Aceasta însemnează o subevaluare a albuminei și o supraevaluare a grăsimei, ceea ce nu este întemeiat din punct de vedere științific și îngrijorător din punct de vedere higienic și economic.

7. Valoarea nutritivă a substanțelor alimentare nu este determinată de către valoarea lor de ardere, ci de către funcțiunile lor bio-

logice ca materii regeneratoare a ţesutului celular şi a procesului de asimilare şi dezasimilare.

8. Albumina este un element mai preţios pentru nutriţie decât hidraţii de carbon, cu valoare de ardere egală şi chiar decât grăsimea, cu valoarea de ardere mai mare de două ori

---

CONDUITA TERAPEUTICĂ IN ULCERELE GASTRO-DUODENALE PENETRANTE IN PANCREAS

de

D-r GHEORGHE I. GRAMA

Se cunoaşte desvoltarea mare, pe care a luat-o în ultimul timp chirurgia gastrică şi se cunosc deasemenea rezultatele bune, la care a ajuns. La noi în ţară, impulsul a fost dat de şcoala D-lui Prof. Iacobovici, care s'a ocupat de aproape de această problemă, aprofundând detaliile de tehnică şi de indicaţie şi aducând o contribuţie importantă, de care chirurgia românească poate fi mândră.

Nici un alt capitol de chirurgie n'a fost mai cercetat, ca acesta al chirurgiei gastrice. Deaceea, istoricul lucrărilor în acests sens este foarte bogat, dar şi confuz, uneori. Cu toate acestea, nu putem spune azi, că s'a rezolvat totul în această materie. Sunt încă chestiuni de rezolvat şi sperăm, că şi aceste amănunte vor fi puse la punct.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Mulţi se întreabă, dacă tratamentul actual este cel raţional în ulcerele gastro-duodenale. In stadiul actual al cunoştinţelor medico-chirurgicale trebuie să ne mulţumim cu posibilităţile ce avem şi nu putem spune, că suntem lipsiţi de mijloace eficace.

Ştim, că de când V. Haberer a arătat importanţa regiunei pilorice în recidivele ulcerului gastric se tinde a se face, ori de câte ori este posibil, numai rezecţie de stomac, care este urmată de rezultate bune, neprezentând posibilităţile de complicaţii ale gastro-enterostomiei. Evoluţia lungă a ulcerului, deobiceiu după doi ani, duce la calozitate, la interesarea organelor vecine, la perforaţii, hemoragii, transformări neoplazice etc. Aceasta face mai dificilă tehnica pe care o aplicăm. Cu toată desvoltarea mare a chirurgiei gastrice şi azi mai sunt bolnavi, care se prezintă pentru operaţie într'o fază înaintată a afecţiunei. In această situaţie şi rezultatele noastre vor fi mai puţin bune.

Imposibilitatea rezecţiei ulcerelor gastro-duodenale se datoreşte fie localizării prea jos, fie pătrunderii lor în pancreas.

D-l Prof. Iacobovici arată într'o lucrare, că din statistica făcută de către D-sa, pancreasul este organul, care suferă mai mult, în urma evoluţiei ulcerului gastro-duodenal, urmând apoi, căile biliare şi ficatul. Aceste leziuni secundare, pe care le produce ulcerul, în urma evoluţiei lui lungi fac ca operaţia radicală să fie mai dificilă, iar pronosticul post-operator mai grav.

Dacă se intervine înainte de apariţia fenomenelor secundare, rezultatele imediate şi tardive sunt foarte bune. Leziunile secundare produse de ulcer în organele vecine sunt însoţite de tulburări în funcţiunea organelor respective. Pancreasul este organul, care suferă mai frecvent în funcţiunea sa. De aceea se impune a se cerceta funcţiunea lui înainte de operaţie şi după aceea, pentru a se lua măsurile necesare de remediere.

Aplicaţiunea rezecţiei largi de stomac este în funcţiunea de condiţiile anatomo-patologice, pe care le găsim la deschiderea abdomenului. Frecvenţa cazurilor de ulcere nerezecabile depinde în mare măsură de operator şi procentul acestor ulcere este arătat în mod varabil de diferiţi autori, ca 50%—25%, depinzând de cele arătate mai sus.

Von Haberer, cel mai mare rezecţionist şi care are cea mai mare statistică de intervenţii pe stomac, are un procent foarte redus de ulcere nerezecabile. Am menţionat la început, că dificultatea unei rezecţii depinde de localizarea joasă a ulcerului şi de modificările anatomo-patologice pe care le-a produs în organele vecine. Localizarea joasă a ulcerului creiază mai puţine dificultăţi unei rezecţii, decât interesarea organelor vecine. De aici rezultă şi o diferenţă în tehnica rezecţiei într'un caz şi celălalt. Până în prezent dispunem de câteva procedee de a rezolva prima situaţie şi pe care le vom menţiona mai jos, pe când în cazul al doilea, chestiunea este mai puţin clarificată.

Finsterer, din 1685 rezecţii pentru ulcer are 358 pentru ulcere penetrante, cu o mortalitate de 4,7%. In manevra de separare a ulcerului de ţesutul pancreatic se pot leza canalele pancreatice şi deci se va produce digestia suturilor ulterior. Acest autor recomandă a se detaşa marginile stomacului sau duodenului de fundul ulcerului, pe care îl lasă pe loc. Riscurile teoretice ale deschiderii stomacului sau duodenului par iluzorii, deoarece fundul ulcerului reprezintă o barieră eficace faţă de deschiderea ţesutului pancreatic.

Se mai poate leza coledocul în traectul său retro-pancreatic, secţiunea canalului lui Santorini. In toate aceste cazuri, dacă decolarea duodenului a fost necesară, pentru a putea efectua înfundarea trebuie să drenăm, pentru a ajuta scurgerea secreţiei pancreatice.

Degajarea duodenului de pancreas sub ulcer este timpul cel mai important şi cel mai dificil al operaţiei. Fiecare vas trebuie legat separat. Finsterer a lezat coledocul şi de două ori ampula lui Vater, care se poate găsi anormal aproape de pilor. Necesitatea drenajului în ulcerele penetrante condamnă anastomozele gastro- duodenale şi deaceea este preferabilă gastro-jejunostomia Hofmeister-Finsterer.

In cazurile, în care rezecţia pare dificilă şi periculoasă, rezecţia de excludere dă peste 91% rezultate bune. Primejdia este mare de a leza pancreasul în intervenţiile pentru cancer gastric aderent şi mai ales pentru ulcer perforat acoperit al feţei posterioare a stomacului şi duodenului. Von Haberer recomandă în caz de ulcer

BCU Cluj / Central University Library Cluj

penetrant în pancreas, izolarea ulcerului, fără deschiderea lui, cu termocauterul și în caz că ulcerul este perforat în ficat sau pancreas a se păstra pe cât posibil, asepsia și a se înlătura să rămână infecția pe fundul ulcerului. Alți chirurgi, între care și Finsterer lasă fundul ulcerului pe loc, după ce îl izolează de restul organelor.

Posibilitatea redusă de infecție a fundului ulcerului poate fi înlăturată prin acoperirea lui cu o bucată de peritoneu sau epiploon. Lezarea țesutului pancreatic, chiar când acesta este modificat, poate să producă o eliminare de suc pancreatic și prin aceasta, o inflamație a peritoneului sau poate produce digerarea suturilor duodenale și uneori poate produce chiar o necroză acută gravă a pancreasului cu sfârșit letal.

Dificultăți, deasemenea mari, sunt în caz de pătrundere a ulcerului în epiploonul mic și ligamentul hepato-duodenal. In ulcerul aderent de pancreas, rezecția este posibilă, izolându-se ulcerul de fața anterioară a capului pancreatic, fără a ne teme de perforația stomacului, fundul ulcerului va fi termocauterizat și dacă este posibil, peritonizat. Tratamentul ulcerului duodenal aderent la capul pancreasului este mai dificil. Aci avem trei posibilități: 1. Putem face gastroentrostomie simplă. 2. Rezecție de excludere Finsterer sau 3. Excizia ulcerului. Prima este mai puțin periculoasă, dar prezintă dezavantajul de a lăsa ulcerul pe loc și deci de a persista riscurile ulcerului peptic, posibilitatea continuării evoluției ulcerului duodenal primitiv. Rezecția poate da mari dificultăți la închiderea bontului. Haberer și Nissen au propus totuși metode satisfăcătoare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pentru a înlătura riscurile unei înfundări slabe a bontului duodenal sau a lăsării ulcerului duodenal pe loc în ulcerele joase, D-l Prof. Iacobovici a imaginat un procedeu, care poartă numele de „Mucoclaza pilorului și duodenului", prin care se distruge ulcerul cu ajutorul termocauterului și înfundarea bontului duodenal se face mai ușor și mai sigur. Trebuie să notăm că această metodă se adresează ulcerelor gastro-duodenale situate jos.

In 1928, Ed. Hustinx a imaginat un procedeu de înfundare a bontului duodenal în caz de ulcer situat jos. Acest procedeu constă în secționarea sero-musculare sub ulcer, decolarea circulară a mucoasei primei porțiuni duodenale, rezultând un tub mucos, se secționează apoi tubul mucos sub ulcer între două pense. Se aplică un fir în bursă pe segmentul inferior și se înfundă bontul mucos. Se înfundă apoi complet bontul duodenal printr'o bursă a resturilor sero-musculoasei primei porțiuni duodenale.

Din cele menționate mai sus se vede, că dificultatea în rezecția gastrică o reprezintă localizarea joasă a ulcerului și cointeresarea organelor vecine în evoluția ulcerului. Localizările joase se pot rezolva prin procedeele citate mai înainte, pe când pătrunderea ulcerului în organele vecine, și în cazul nostru în pancreas, cere o experiență bogată și o notă personală, care variază dela caz la caz.

Din experiența noastră în materie de chirurgie gastrică am ajuns la concluzia, că chirurgul trebuie să depună toată oboseala să învingă toate dificultățile locale, pe care le creiază ulcerul în

evoluţia sa lungă şi să aplice operaţia radicală în toate cazurile, exceptând pe acelea, în care starea generală nu permite a efectua rezecţia. Se cunosc prea bine desavantagiile pe care le prezintă o simplă gastro-entero-stomie, ca să nu le mai enumărăm.

Pentru aceste motive, conduita noastră faţă de ulcerele gastro-duodenale penetrante în pancreas constă într'o forţare a rezecţiei de stomac şi aceasta o obţinem în modul următor:

Decolăm cu decolatorul Kocher, peretele duodenal, sculptând între acesta şi capul pancreasului şi evitând a leza artera pancreatico-duodenală. Hemoragiile mici, care se produc prin lezarea ţesutului pancreatic le stăpânim prin ligaturi izolate cu catgut. Păstrând cu cu strictete spaţiul decolabil dintre duoden şi pancreas, lezarea acestuia este evitată în mare măsură. Dacă avem de a face cu un ulcer calos, al cărui fund se găseşte situat pe capul pancreasului şi în timpul manevrei de separare de pancreas fundul are tendinţa de a se separa uşor de duoden şi deci nu putem obţine decolarea lui de pancreas, atunci îl izolăm de duoden, lăsându-l pe capul pancreasului. Infundăm orificiul creat în duoden cu meşe şi fundul ulcerului îl termo-sau electrocauterizăm. Cum în toate aceste cazuri, înfundarea bontului duodenal este anevoioasă, am folosit faţa anterioară a duodenului, mergând cu firul cu care facem bursa cât mai jos pe această faţă, iar pe faţa posterioară vam trece firul cât mai sus, atât cât ne permite ţesutul pancreatic. In aceste cazuri nu drenăm, dacă hemoragia produsă la nivelul pancreasului am stăpânit-o prin ligaturi.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

După operaţie vom recomanda bolnavului să zacă în decubit lateral stâng, pentru a degaja bontul duodenal de presiunea alimentelor şi sucurilor. Vom ajuta funcţiunea pancreasului prin administrare de ser glucozat intravenos şi insulină.

Dacă nu putem totuşi efectua rezecţia din cauza dificultăţilor tehnice locale mari, ne mulţumim cu o rezecţie de excludere Finsterer, care nu oferă avantagiile unei operaţii radicale, dar care este mai bună decât o gastro-enterostemie simplă.

Deaceea se impune, dacă starea generală a bolnavului permite, să forţăm rezecţia, uzând de unul din procedeele citate mai sus, în funcţie de modificările anatomo-patologice secundare produse de ulcer.

In cele de mai jos vom prezenta câteva din cazurile operate de noi, care ni s'au părut mai caracteristice:

Obs. 1. — S. Martin, 46 ani, negustor, cu antecedente gastrice de opt ani. Diagnosticul clinic şi, radiologic este de ulcer duodenal cu stenoză. Se intervine în 19 III. 1940 şi după deschiderea abdomenului se constată un ulcer duodenal cu stenoză, penetrant în pancreas. La prima inspecţie face impresia, că nu se pretează la o rezecţie gastrică, dar după o explorare mai amănunţită ne dăm seama, că aceasta este realizabilă cu oarecare dificultăţi. După ce facem ligatura pediculilor vasculari depe marea şi mica curbură a stomacului, începem separarea duodenului de capul pancreasului, pe care o obţinem relativ uşor. Facem rezecţia sub ulcer şi înfundăm duodenul în bursă. Terminăm prin o anastomoză Reichel şi închidem abdomenul fără drenaj. Decursul post-operator în condiţiuni normale.

Obs. 2. — N. Ciornei, 49 ani, căsătorit, măcelar, suferă de stomac de şase ani. A făcut tratament medical, după care a simţit ameliorări pentru scurt timp. Este transpus serviciului nostru de către serviciul medical cu diagnosticul de ulcer duodenal. In 29 III 1940 intervenim sub

anestezie locală şi constatăm un ulcer duodenal calos penetrant în pancreas, perigastrită posterioară. Decidem rezecţia de stomac. Intâmpinăm dificultăţi mari în manevra de separare a duodenului de ţesutul pancreatic. Cu multă precauţie reuşim să obţinem această izolare, iar înfundarea bontului duodenal o realizăm mergând mult jos pe faţa anterioară a lui. Anastomoză Reichel şi închiderea abdomenului fără drenaj. Evoluţia post-operatorie fără complicaţiuni.

Obs. 3. — C. Ion de 44 ani, tâmplar, cu antecedente gastrice de patru ani. Este adus cu salvarea de urgenţă. La examenul clinic stabilim, că este vorba de un ulcer duodenal perforat, cu peritonită generalizată. Perforaţia s'a produs cu opt ore în urmă. La intervenţie se constată un ulcer duodenal calos perforat, penetrant în pancreas, peritonită generalizată. Facem rezecţie largă de stomac, în cursul căreia reuşim să izolăm ulcerul de pancreas, fără a leza ţesutul pancreatic, iar înfundarea bontului duodenal o realizăm cu oarecare dificultăţi. Drenăm loja sub hepatică şi Douglas-ul printr'o incizie în fosa iliacă dreaptă. Bolnavul părăseşte spitalul după patru săptămâni.

Obs. 4. — R. Pascu, 23 ani, agricultor. Este internat de urgenţă. La ex. clinic constatăm că este vorba de un ulcer duodenal perforat cu peritonită. Perforaţia s'a produs, după afirmaţia bolnavului, cu şase ore în urmă. Intervenim sub narcoză cu eter şi constatăm un ulcer duodenal calos perforat, penetrant în vezicula biliară şi pancreas, perigastrită posterioară, peritonită. Decidem rezecţie de stomac. Izolăm ulcerul de vezicula biliară, separarea de capul pancreasului o obţinem foarte greu, după o manevră laborioasă. Infundarea bontului duodenal se face în condiţiuni bune. Se drenează şi se închide abdomenul în rest. Evoluţia post-operatorie fără nici o complicaţie.

Obs. 5. — C. Ion, 38 ani, agricultor, antecedente gastrice de cinci ani. Este trimis în serviciul nostru cu diagnosticul de ulcer duodenal cu stenoză. In 27 IV 1940 intervenim sub rachianestezie şi constatăm un ulcer duodenal calos cu stenoză, penetrant în vezicula biliară, ficat şi pancreas perigastrită posterioară. Izolarea ulcerului de ficat şi vezicula biliară se obţine cu uşurinţă, nu la fel de pancreas. Aci, fundul ulcerului se detaşează cu uşurinţă de duoden. Il lăsăm pe capul pancreasului şi-l electro-cauterizăm. Rezecăm sub ulcer şi înfundarea bontului duodenal o realizăm, folosindu-ne de faţa anterioară a lui. Decurs post-operator normal.

Obs. 6. — P. Romulus de 23 ani cismar este adus de urgenţă în serviciul nostru. La examenul bolnavului se constată, că este vorba de o perforaţie gastrică cu peritonită, care datează de aproximativ zece ore. Intervenim sub narcoză cu eter şi constatăm ulcer dublu duodenal calos perforat, penetrant în pancreas, peritonită. Perforaţia s'a produs în timpul manevrei de examinare radiologică. Duodenul pare amputat, menţinându-se într'o mică porţiune. Rezecţia este deci obligatorie. Trebuie să menţionăm, că acesta a fost cazul cel mai dificil din practica noastră de până acum. Rezecăm sub orificiul de perforaţie, după ce o parte din fundul ulcerului o izolăm şi o lăsăm pe capul pancreasului. Il acoperim cu o bucată de epiploon. Infundarea bontului duodenal se face cu mari dificultăţi. Drenăm şi închidem abdomenul în rest.

Mersul post-operator bun.

Obs. 7. — T. Aurelia, 32 ani, lucrătoare. Ex: clinic şi radiologic arată un ulcer piloric. Se intervine în 28 IV. 1944 sub narcoză cu eter şi constatăm un ulcer piloric, care penetrează în pancreas. Facem rezecţie largă de stomac, obţinând izolarea ulcerului de pancreas în condiţiuni bune. Se face anastomoză Reichel şi se închide abdomenul fără drenaj. Bolnava părăseşte serviciul după două săptămâni.

Obs. 8. — P. Gr. de 49 ani, antecedente gastrice de 12 ani, a făcut numeroase tratamente medicale, fără să obţină vre-un rezultat. Ex: radiologic confirmă diagnosticul de ulcer duodenal. Se intervine în 7 IX 945 sub narcoză cu eter şi se constată un ulcer duodenal calos pe mare întindere, penetrant în pancreas şi micul epiploon, perigastrită posterioară. Facem rezecţie largă de stomac, decolând ulcerul de pancreas cu mare

BCU Cluj / Central University Library Cluj

dificultate, secţionăm micul epiploon, fără a mai aplica ligaturi, pentru a evita coledocul. Infundarea bontului duodenal se face cu greutate, dar folosind mai mult din faţa anterioară a duodenului, reuşim să o obţinem. Inchidem abdomenul fără drenaj. După două săptămâni ieste din spital vindecat.

Am descris pe scurt câteva din cazurile de ulcer gastro-duodenal, care oferă dificultăţi mari de tehnică în cursul rezecţiei, şi pe care le putem înlătura, dacă uzăm de câteva artificii de tehnică.

Nu trebuie să ne temem de perforaţia duodenului sau stomacului în cursul eliberării ulcerului, deoarece la acest nivel, pericolul infecţiei nu este aşa de ridicat, iar o înfundare bună a bontului duodenal şi un drenaj pentru câteva zile, dacă este nevoie, asigură o evoluţie bună post-operatorie.

In acest mod, rezecţia de stomac va fi aplicată pe o scară mai întinsă, iar rezultatele urmărite vor fi mai bune.

Nu trebuie deci, să ne rezumăm a rezeca numai în cazurile în care rezecţia merge în mod clasic, ci să ne străduim a o face şi în cazurile dificile.

BIBLIOGRAFIE

Doberer: Pour éviter les désgâts pancréatiques au eours des intérventions gastriques. Wien. klin. Woch. 1933. — *Finsterer H.*: Chirurgischen Behandlung des nichtresezierbaren Ulcus Duodeni. Wr. klin. Woche 1923. — *Finsterer H.*: Les risques de la résection de l'ulcér de l'estomac ou du duodenum pénétrant dans le pancréas. Bull. et Mém. de la soc. Nat de Chir. 1938. — *Haberer*: Duodenal Resektion wegen Uleus. Wr. klin. Woche 1916. — *Prof. Iacobovici*: Stomacul 1940. — *Prof. Iacobovici şi D-r N. Onaca*: Ulcerul gastro-duodenal în clinica chirurgicală din Cluj, Bul. congr. naţ. de chir. 1933 Buc. — *Prof. D-r Konjetzny*: Grundsätzliches zur chirurgischen Behandlung des Magen-Duodenal-Ulcus. Deutsch. Med. Woch 1929. — *D-r Onaca N. şi D-r Rădulescu T.*: Consideraţiuni asupra a 226 cazuri de ulcere gastro-duodenale operate în serviciul de chirurgie. Clujul Medical No. 8/1938

Clinica dermato-sifiligrafică din Iaşi
Director: Prof. D-r Gh. Năstase

CONTRIBUŢIUNI LA TRATAMENTUL VERUCILOR VULGARI

de

D-r MIRCEA MUNTEANU
Medic secundar

Autorul, trecând în revistă tratamentele aplicate verucilor vulgari până în prezent, arată avantagiile şi deşavantagiile fiecăruia.

Expune apoi rezultatele frumoase obţinute prin utilizarea unei noi combinaţii de acid acetic glacial şi acetonă, în părţi egale şi combate în acelaşi timp cu argumente clasica teorie a sugestiei.

Verucii alcătuesc acele mici ridicături epidermice, popular numiţi negei, clasificaţi impropriu printre tumori, care apar indiferent de vârstă, mai frecvent la copii şi vârstă adultă, mai ales pe părţile

descoperite ale corpului, şi în deosebi pe segmentele terminale ale membrelor.

In secolul al XIX-lea prin progresul anatomiei patologice, **Rayer** le dă următoarea definiţie: „Sunt mici ridicături produse prin hipertrofia papilelor şi câte odată a tuturor straturilor pielei". **Wirchow**, a insistat asupra structurei histologice, demonstrând că la baza formărei verucilor rolul primordial îl joacă ţesutul conjuctiv.

Mărimea lor e diferită, după stadiul evoluţiei, putând uneori conglomera mai mulţi la un loc.

Când sunt situaţi la unghii şi pe plantă, sunt foarte dureroşi, îmbrăcând un caracter particular.

Toţi autorii, în toate timpurile, i-au considerat contagioşi, apărând de multe ori, cum s'a putut constata prin observaţie, din o verucă mamă, care se iveşte prima şi de la care par'că s'au însămânţat şi celelalte.

Insă încercările experimentale ale lui **Rayer**, de a-i reproduce, au rămas fără succes.

Majochi în 1882, descrise un bacil, bacterium pori, pe care l-a cultivat şi inoculat cu succes, prezentându-l drept agentul cauzal al verucilor.

Existenţa acestui bacil a fost confirmată de **Cornil** şi **Babeş**, iar **Kuhnemann** îl descrie în amănunţime. Insă, după aceşti autori, bacilul nu a mai putut fi regăsit de nimeni.

Sera, în 1907, credé cauza lor, un virus filtrant, iar concluziile la care ajung **Wile** şi **Kingery** mai târziu, în lucrările lor, sunt asemănătoare.

Cluj / Central University Library Cluj

Hardy în 1896, relativ la contagiozitatea verucilor, spune că dacă ea există, trebueşte demonstrată.

In 1891, **Pajne** citează cazul său de autoinoculare, iar **Varrat** în 1895, realizează experimental inocularea.

Iadassohn, în 1895, demonstrează contagiunea pe 74 de inoculări, din care 33 pozitive, având o perioadă de incubaţie dela 7 săptămâni la 3 luni şi chiar mai mult.

Toţi verucii însă, inoculaţi experimental, au rămas mici şi au persistat numai puţin timp.

In ce priveşte tratamentul, el a variat în decursul vremurilor, paralel cu desvoltarea ştiinţelor medicale, şi posibilităţile noi oferite de desvoltarea technicei medicale.

Din cele mai vechi timpuri au fost utilizate de către popor, cu o putere mare de convingere, formule fantastice şi mijloace de tratament extraordinare, ca: produse de animale, ierburi, sucuri de plante etc. care de foarte multe ori au reuşit foarte bine.

Procedeele ştiinţifice apar în secolul al XVI-lea, când **Ambroise Paré** a utilizat ablaţia cu bisturiul şi distrugerea lor prin foc.

Lorry, sub influenţa doctrinelor humorale, prescrie regim cu lapte de măgăriţă şi boi, considerându-i ca o boală constituţională.

Terapeutica aplicată acestor formaţiuni o putem împărţi:

1. Tratamentul intern.
2. Tratamentul extern.

3. Tratamentul chirurgical.
4. Autohemoterapia şi Autodermoterapia.
5. Sugestia.

Tratamentul intern. — 1. Magnezia dată în cantitate de 0.50 până la 1 gr. pe zi, per os, dă rezultate bune fiind utilizată de numeroşi autori. (Froussaguves, Gueniot, Cobrat).

Efectele ei au fost observate întâmplător de către **Lambert**, care tratând bolnavi de gastralgie, a observat că dispar verucii.

La cel de al II-lea congres de Dermatologie de la Strasbourg (1923, **Greco** din Buenos Aires, conchide că e un fel de tratament specific al verucilor (injecţie intrav. de clorură de magnezie).

2. Arsenicul — utilizat sub formă de arseniat de sodiu, liquor Fowler, — Sulfarsenol în injecţii intramusculare (**Suttai**) a fost utilizat prima oară de **Pollin** (1887) şi a fost găsit bun şi de **Iadassohn** şi Stelwag.

3. Mercurul, — utilizat de **White** (1915) sub formă de protoiodură de mercur, per os, cu rezultate bune, a fost confirmat de **Fox** în 1922.

Berguerre în 1928, preconizează salicilatul de mercur.

4. Bismutul — sub formă de salicilat, în injecţii intramusculare, a fost utilizat de **Curie** în 1932.

5. Cu t-ra de iod, **Imossi** în 1899, a raportat succesul sută în sută, pe 10 cazuri.

6. T-ra Thuya occidentalis, sub formă de picături, câte 40 pe zi; **Sicard** şi **Larne** (1904) o recomandă în injecţii, câteva picături „in situ".

BCU Cluj / Central University Library Cluj

7. Oleul de ricin — preconizat în 1905 de **Watson**, îşi datoreşte acţiunea sa purgaţiei, ca şi magnezia.

Tratamentul extern. 1. Prin aplicări de diferite substanţe:

a) Substanţe caustice: ca acidul azotic, nitratul de argint, acidul acetic, acidul cromic (sub formă de pomadă: acid cromic anhidru şi vaselină câte 2 gr.), acid salicilic, formolul, emplastrul mercurial.

Petges din Bourdeaux spune că acizii sunt de aplicaţie brutală şi insuficientă.

Cohen practică injecii intramusculare cu tartrat dublu de bismut şi sodiu, iar local aplicată t-ra de iod decolorată (iod 50 gr. + I. k. 25 gr. + apă de amoniu 100 c. m. c. + alcool Q. s. 1000 c. m. c.).

Nu este niciodată necesar de a face mai mult de 2 injecţii cu bismut, iar soluţia iodată aplicată de 3 ori pe zi 10 minute.

b) Sucuri de plante ca: Euphorbia, chelidonium majus, lactex de phicus.

2. **Prin agenţi fizici:** a) căldura — aplicată sub formă de termocauterizare, este cu efect bun, însă foarte dureroasă şi lasă pentru multă vreme cicatrice.

b) Cryotherapia — preconizată de **Lotart-Jacob** sub formă de crio-îmbibaţie. Se toarnă lent acetonă pe orificiul de încărcare a criocauterului, dînd ceia ce se chiamă „vârf înecat".

Sunt necesare multe şedinţe, iar rezultatele sunt inconstante.

c) Electricitatea, aplicată sub formă de: electroliză, radioterapie (8—10 H, fără filtru, veruca cade după 15—20 zile. Este indoloră, dar suntem ameninţaţi de pericolul radiodermitelor, recidivează şi rezultatele sunt inconstante), ionizarea cu magneziu (descrisă de **Nohan**), diatermocuagularea introdusă de **Ravaut**, când sunt veruci puţini. E dureroasă, dă recidive.

Letchevarre, distruge verucii prin diatermocuagulare, după anestezie cu novocain-adrenalin, metodă pe care o preferă tecnicii **Aurégan**. Când verucii sunt numeroşi se utilizează galvano-cauterul.

d) Procedee mecanice (azi părăsite), gratajul şi scarificaţiile.

Tratamentul chirurgical. — Are dezavantajul, că excizia chirurgicală, produce delabrări mari, e dureroasă şi lasă cicatrice.

Tzanck, descrie procedeul spitalului **Broca**, care constă în curetaj după anestezie şi aplicare de Hipermanganat de potasiu în pulbere (**Auregan**).

IV. **Autohemoterapia**, preconizată de **Sezary**, a fost utilizată cu bune rezultate de **Fischmann**.

Autodermoterapia, preconizată de Ravaut constă în surpriza plăcută a dispariţiei unor elemente de pe piele, atunci când tratăm alte elemente ale unei dermatoze.

In 1890 **Vidal** demonstrează ştiinţific existenţa unei veruce mame, de la care provin şi celelalte, iar **Roussel** mai târziu netratând decât veruca-mamă, scapă pe un pacient de toţi veruciii lui.

Unii o pun tot pe socoteala sugestiei.

Hutton tratează verucii prin injecţii sclerozante cu o soluţie ca pentru varice, fiind indicată ca cea mai bună sol. de glucoză 50%.

Templeton, tratează verucii prin lizate şi injectând în derm filtrate de veruci neîncălzite şi încălzite la diferite temperaturi, observă apariţia de veruci după 1/2 de an.

V. **Sugestia**, utilizată de multă vreme, a fost mult răspândită.

E cunoscut procedeul popular al numărării negeilor de către o altă persoană, care prin faptul că i-a numărat, îi ia, bolnavul scăpând de ei.

In 1883, **Gilbert** face o comunicare la Societatea de psihiatrie dovedind rolul sugestiei, la un copil, cu foarte numeroşi veruci pe mâini.

Darier, menţionează şi el sugestia ca tratament al verucilor.

Bonjour, medic elveţian, după o practică de 30 ani a ajuns la concluzia că verucii se vindecă în toate cazurile „fără excepţie" prin sugestie; închizând ochii pacientului şi atingând veruca cu mâna, îi spune „că nu îi va mai simţi şi că de azi vor dispărea".

Bruno Bloch, (1927) din **Zürich** dă o statistică de vindecare, prin acest procedeu, de 54%, chiar atunci când bolnavii au utilizat fără succes alte procedee, iar procentul este mai ridicat la copii decât la adult.

In 1929, **E. Gahan** în teza sa, conclude că tratamentul specific al verucilor rămâne încă de cercetat. Acelaşi agent terapeutic intern sau extern, medicamentos sau mecanic, dă rezultate variabile. Simpla sugestie se arată tot atât de eficace ca şi tratamentul fizic cel mai energic.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Totul este ca bolnavul să fie convins că urmează un tratament din cele mai energice.

In ce privește modul cum acționează sugestia, nu avem nici o explicația mulțumitoare până acum.

Rezultă, că în privința tratamentului verucilor, autorii nu sunt toți de acord asupra unui procedeu.

Am văzut pe rând proporțiile de vindecări, rezultatele obținute și avantajiile și dezavantajiile fiecărei metode.

Noi pe numeroase cazuri (peste 50) pe care am avut ocazie să le întâlnim în clinică, la serviciul de consultații a clinicei, la Dispensarul Atelierelor C. F. R. și a Asigurărilor Sociale, la Spitalul Z. I. 284, în școli, precum și în clientela civilă și militară, întrebuințând amestecul:

Acid acetic glacial } în părți egale.
Acetonă.

am obținut regulat și în totdeauna rezultate surprinzător de bune.

Pacientul atinge cu acest amestec de 7—8 ori pe zi verucii, (având sticluța cu el în buzunar).

Aplicarea tratamentului se face fără nici un fel de suferință din partea pacientului.

Persistând, în verucii mici am obținut vindecări în 6—7 zile, iar în cei mari în 15—25 zile.

In ce privește acțiunea acestui amestec asupra verucilor, credem că el produce o „topire" a țesutelor neoformate, fără să aibă nici o acțiune nocivă asupra țăsutelor sănătoase din jur.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Nu credem ca în joc să fie sugestia. Și iată motivele:

Unui soldat internat în anul 1942 în clinia Dermatologică, cu numeroși veruci hipertrofici pe ambele picioare și mâini, aplicându-i tratamentul de mai sus, însă numai pe mână și piciorul drept, verucii au început să devină poroși la suprafață și să se macine, astfel că la eșirea bolnavului din spital, cam după 20 zile de tratament, verucii de pe mâna dreaptă și piciorul drept deabia se mai cunoșteau pe când pe mâna stângă și pe piciorul stg. rămăseseră intacți. Dacă ar fi fost în joc sugestia, ar fi dispărut peste tot.

Al doilea fapt care ne face să excludem rolul sugestiei, este că verucii tratați, nu au dispărut imediat decât cei mici, pe când celor mari le-au trebuit 18 zile de tratament persistent, progresiunea vindecării mergând paralel cu aplicarea perseverentă a tratamentului.

Am verificat apoi acest fapt, în acest fel cu încă 6 cazuri, între care unul era însăși autorul, și în toate am ajuns la aceleași concluzii.

Rezumând, afirmăm, după numărul mare al cazurilor de veruci vulgari, tratați cu amestecul de părți egale de acid acetic glacial și acetonă, că acest procedeu constitue un foarte bun mijloc un tratament al verucilor vulgari, având următoarele avantaje:

1. nu este dureros, fiind acceptat de pacient cu ușurință.
2. Nu colorează (pătează) țăsutele sănătoase din jur.
3. Nu are nici o influență nocivă asupra țăsutelor sănătoase din jurul verucilor.

4. Este uşor de aplicat, tratându-se însuşi bolnavul.
5. Nu este costisitor, iar rezultatele sunt foarte bune, vindecărilor producându-se în timp relativ scurt.

BIBLIOGRAFIE

Arion — Thèse de Paris, 1925; *Cohen* — The treatement of verruca plana juvenilis with bismuth and iodine-The Urologie and Cutaneous Revieve, Janner 1938, pag. 26; *C. L. Etchevarre* — Tratamiento de las verrugas-Ecos Espanoles de Dermatologia y Sfiiliografia, an. 11, Nr. 115, Mai 1935, pag. 505; *E. Fischmann.* — Le traitement des verrues par l'auto-hemotherapie. Thèse de Paris, 1925, Nr. 141; *Em. Gahan* — Sur les divers traitements des verrues vulgaires-Thêse de Paris, 1929, Nr. 447; *Hutton* — Description of an original treatement for warts-The Cutaneus Reviev, Oct. 1937 pag. 723; *A. Peker* — Le traitement des verrues plataires par diathermocoagulation. Pars Acta Dermato-venerologica, vol. 18, fasc 4, din 1937, pag. 575; *Templeton* — Long incubation period of warts Arhives of Dermatology and Syphilology, vol. 32, Nr. 1, Iulie 1935, pag. 183; *Weissman Iteu Leiba* — Contribution à l'étude du traitement des verrues plantaires-Thèse de Paris.

D-r M. MUNTEANU: *Contribution au traitement des verrues vulgaires.*

L'auteur résume les moyens de traitement appliqués jusqu'à présent aux verrues vulgaires et montre les beaux résultats obtenus dans beaucoup des cas, en employant une combinaisen d'acide acétique glacial et acétone (parts égaux).

Il combat en même temps la classique théorie de la suggéstion.

D-r M. MUNTEANU: *Contribuzione al trattamento delle verruche volgari.*

L'autore esamina diversi trattamente applicati piu ora alle verruche volgari e mostra i beli resultati attenuti in porechi casi, utilizzando una combinazione di acido acetico glaciale e d'acetona in parti uguali.

Nello stesso tempo l'autore combatte la teoria classica della suggestione.

Biblioteca Universitară "Iuliu Haţieganu" Cluj

Spitalul de Stat „I. C. Brătianu", Piteşti

CONTRIBUŢIUNI LA TRATAMENTUL PLEUREZIILOR PURULENTE, DRENAJUL CU SONDA PEZZER IN TORACE INCHIS

de

D-r GHEORGHE NELEPCU şi **D-r EMILIAN GUŢU**

Medic primar — Medic secundar

Tratamentul pleureziilor purulente este una din chestiunile de mult timp şi mult desbătute. Hipocrate a descris prima tehnică a pleurotomiei, iar Galien a făcut prima toracenteză cu aspiraţia puroiului printr'un „pyulque", instrument precursor al seringei. Rezultatele mult timp şi după aceia au fost „ni plus ni moins que déplorables" cum declară T. Ferrier şi E. Reymond în 1899. Dupuytren pe la începutul secolului al 19-lea nu scotea măcar un singur succes în pleurotomiile operate de el şi atunci când el însuşi face o pleurezie

purulentă refuză să se opereze spunând: „je préfère mourir de la main de Dieu que de la main des chirurgiens". Sedillot şi Trousseau ameliorează tehnicele şi au oarecare succese, dar totuşi pleurotomia se discreditase atât de rău, că mulţi chirurgi precum Bouchut preferau punctiile pleurale repetate.

In 1873 Eward a făcut prima pleurotomie antiseptică şi de aici ca în orice metodă nouă s'a ajuns la exagerări, făcându-se spălături intrapleurale cu antiseptice ce făceau mai mult rău decât bine. Cabot la Boston a practicat prima pleurotomie aseptică fără lavaj. A fost deja un progres. Maurice Reymond în 1872 a aplicat pleurotomiei sifonul lui Potain, iar Robertson şi Peyrot modifică tehnica în sensul că nu-l mai aşează într'o plagă largă, ci într'o mică butonieră, operaţia ce se apropie de toracenteză. Tachard a căutat să obţină o aspiraţie continuă şi el fixează prin fire un tub la marginile plăgii. Procedeul din Geneva sau sifonul lui Revillod este asemănător şi tot în acelaş gen este şi procedeul lui Perthes. Astfel au evoluat procedeele până s'a ajuns la procedeul preconizat de Rovsing în 1910, de Iselin în 1916 iar la noi de Prof. D-r. Hortolomei.

Procedeul drenajului cu sonda Pezzer în torace închis, constă din introducerea unei sonde Pezzer printr'o pleurotomie mică la nivelul colecţiei purulente, în punctul decliv.

Iată tehnica instalării drenajului aşa cum o practicăm noi:

După o anestezie variind după caz şi preferinţă între locală şi generală pe care noi am întrebuinţat-o cel mai des, prin faptul că e uşor maniabilă, durata ei este foarte mică şi deci cantitatea de narcotic absorbită de organismul bolnavului este foarte redusă. Noi cel mai des ne-am folosit de anestezia generală de suprafaţă cu Kelen şi niciodată nu am avut motive să ne plângem de ea.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Trecem la alegerea spaţiului intercostal unde se va face punctia. Şi această chestiune a fost mult desbătută altă dată. Cu titlul de curiozitate citez câteva preferinţe: Walther preferă spaţiul al 4-lea intercostal; Fabrice d'Aquapendente al 5-lea; Scharp şi B. Bell al 6-lea; Heers al 7-lea; Lanfranc al 8-lea; Sabatier, Pelloton, Richerand, Chopart, Desault, Boyer preferau al 9-lea spaţiu la dreapta şi al 10-lea la stânga. Astăzi orice regulă ar fi nu numai inutilă, ba chiar periculoasă, căci cu ajutorul radioscopic este foarte uşor de stabilit limitele colecţiei purulente. Se poate repera punctul decliv şi mai bine utilizând procedeul Ameuille cu injecţii de aer şi lipiodol.

O punctie prealabilă va complecta diagnosticul nostru şi ne va ajuta la diagnosticul diferenţial cu un abces subfrenic (semnele lui Furbringer, Pfühl şi Scheurlein).

După alegerea punctului decliv, procedăm la o incizie cutanată $1\frac{1}{2}$ cm. — 2 cm., se va repera cu degetul marginea superioară a coastei şi apoi se va inciza aponevroza, muschii intercostali şi foiţa parietală a pleurei. Scurgerea de puroiu ne va indica că am ajuns pe colecţia purulentă.

Sonda Pezzer este introdusă după alungirea extremităţii cu ajutorul unei sonde canelate. Marginile plăgii se îndepărtează cu o pensă hemostatică deschisă.

La sonda Pezzer se racordează printr'un tub de sticlă, un tub de cauciuc ce se termină într'o sticlă cu oxicianură de mercur. Pe tubul racordat se pune un press-tub sau o pensă hemostatică pentru a întrerupe drenarea din când în când, aspirarea continuă fiind iritativă şi dăunătoare bolnavului.

Deobiceiu se dă drumul când se constată umplerea cu puroiu a sondei, privind tubul de racordaj.

Cu ajutorul acestui drenaj şi cu un tratament general adequat şi bine susţinut, s'a obţinut vindecarea într'un timp variind între 30—90 zile. Din 28 cazuri tratate prin acest procedeu, nu am avut decât două cazuri letale: un bărbat de 27 ani adus într'o stare de extremă epuizare organică şi care a făcut pleurezia purulentă ca o localizare piohemică şi un copil de 3 ani care face o difterie anghinoasă, maladie supra adăugată luată dela mama sa.

Toate cazurile au fost urmărite radioscopic în evoluţia lor, constatându-se progresiva scăderii a cavităţii interpleurale cu puroiu, iar ca rezultat general rămânea după câteva luni o simplă îngroşare pleurală şi nici urmă a cavităţii interpleurale.

Din aceste 28 cazuri, trei au fost consecutive plăgilor de război, la răniţi internaţi în spitalul Z. I. No. 121 Brătianu, de pe lângă secţia noastră.

Iaţă foile de observaţie a trei cazuri:

Obs. No. 1: P. V., de 18 ani, agricultor din Răteşti-Argeş, este adus în serviciul nostru la 24 Ianuarie 1944, pentru junghiuri în hemitoracele stâng, dispnee, febră şi stare generală proastă. Ca antecedente heredo-colaterale nimic important. Ca antecedente personale incriminează vechi dureri toracice. Declară că maladia datează de 10 zile şi că a fost tratat de un medic pentru pleurezie serofibrinoasă. Agravându-se s'a internat în spital. Starea generală la sosire este grav atinsă, facies teros, cearcăne la ochi, faţa acoperită cu sudori, limba uscată, slăbiciune extremă prostaţie. Temperatura ascilează în primele două zile între 38—39°. Puls depresibil, frecvenţa 110. Ca semne funcţionale, bolnavul acuză durere mare sub formă de junghiuri în hemitoracele stâng, care îl face să geamă la fiecare mişcare respiratorie. Are senzaţia de sufocare dacă stă prea jos culcat. Nu tuşeşte. Ca semne fizice: la inspecţie o uşoară boltire a hemitoracelui stâng; la palpare vibraţiile sunt abolite în hemitoracele stâng, afară de vârf unde se mai transmit puţin; la percuţie matitate ce se ridică în sus până la nivelul spinei omoplatului, la vârf sonoritate. Spaţiul lui Traube de asemeni mat la percuţie. La ascultaţie pe toată suprafaţa mată tăcere respiratorie, iar la nivelul spinei omoplatului (limita superioară a matităţii), un suflu pleuretic. Radioscopic, aspectul de cerneală în călimară pune diagnosticul de lichid pleural. Prin puncţie se scoate un puroiu galben verzui, foarte rău mirositor. Operat a 3-a zi dela intrarea în spital, cu anestezie de suprafaţă cu Kelen. Starea generală se ameliorează progresiv. Temperatura în în primele două zile după operaţie a crescut peste 39°, ca în a treia zi să scadă în jurul a 37° unde se menţine cu mici ridicări de temperatură mai mari din când în când. Un control radioscopic făcut la 2 Februarie 1944, constată lichid la bază, iar deasupra gaz. La 23 Martie 1944, iese, din spital complect vindecat. La controlul radioscopic ce i se face nu se mai constată cavitate interpleurală cu lichid, ci numai o îngroşare pleurală la baza stângă.

Obs. No. 2: Fetiţa E. M., de 2 ani, din Văleni-Muscel, este adusă de tatăl ei la 17 Decemvrie 1944. Antecedente heredo-colaterale fără importanţă. Ca antecedente personale interesant este numai o otită medie ce a avut fetiţa cu o lună mai înainte. Starea generală la sosire este destul de rea, astenie. Temperatura la intrarea în spital este 38,5, puls 130. La examenul pulmonar se constată o uşoară boltire a hemitoracelui stâng mai ales la bază. La palpare vibraţiile nu se transmit pe toată suprafaţa hemitoracelui stâng; la percuţie matitate a hemito-

racelui, întreg; la ascultaţie linişte respiratorie la nivelul matităţii, iar la vârf uşor suflu pleuretic. Radioscopic se confirmă diagnosticul de lichid în cavitatea pleurală din stânga. Prin punctie se scoate un puroiu filant gălbui. A doua zi dela intrare, în 18 Decemvrie 1944 este operată şi i se aplică drenajul.

După operaţie, temperatura scade la 37° şi se menţine în jurul acestei temperaturi în zilele ce urmează. La controlul radioscopic făcut la 1 Ianuarie 1945 se constată pleurită stângă şi puţin lichid la baza stângă. La 12 Ianuarie 1945 i se dă drumul la domiciliu cu tubul de dren. La 15 Fevruarie 1945 este adusă de părinţi pentru a i se scoate drenul. Tot atunci un control radioscopic ce i se face nu descoperă decât o îngroşare pleurală stângă.

Obs. No. 3: G. N., inginer agronom, de 43 ani, vine în spital la 17 Fevruarie 1945, cu un junghiu în hemitoracele stâng şi dispnee. La 29 Ianuarie 1945 a fost tamponat de o locomotivă de cale ferată, care i-a fracturat trei coaste în hemitoracele stâng. Dela 2 Fevruarie 1945 a fost tratat de un medic particular pentru congestie pulmonară, până în momentul când intră în spital. Antecedente heredo-colaterale fără importanţă. Antecedente personale: tabagic până la accident, furunculoză. Ca stare generală la sosire, astenic, temperatura 38°,3, dispnee de decubitus foarte accentuată. Puls 100. La examenul pulmonar, boltire uşoară a hemitoracelui stâng la inspecţie; la palpaţie vibraţii e abolite pe întreaga suprafaţă a hemitoracelui stâng afară de vârf unde se mai transmit puţin; la percuţie matitate lemnoasă pe toată suprafaţa hemitoracelui stâng până la spina omoplatului. La vârf sonoritate timpanică. La ascultaţie linişte respiratorie la nivelul întregei suprafeţe mate, iar la nivelul spinei omoplatului un suflu pleuretic. Examenul radioscopic dela 17 Fevruarie 1945 arată o pungă de gaz subclaviculară, iar în rest lichid. Operat a doua zi, 18 Fevruarie 1945, i se aplică drenajul arătat. Temperatura a 3-a zi 37°,9, a patra 37°,3, în zilele următoare scade sub 37° şi se menţine, afară de 3—4 exacerbări în toată evoluţia bolii. La controlul dela 28 Fevruarie 1945 se constată o pungă subţire de hidro-pneumotorax la baza stângă. La 27 Martie 1945 se constată la baza stângă numai pachipleurită şi trei coaste cu calus după fracturi. Drenul a fost scos la 28 Martie 1945, rămânând numai să se facă cicatrizarea de suprafaţă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Trecând în revistă accidentele şi complicaţiile ce sau întâmplat, sau s'ar fi putut întâmpla vis-a-vis de cazurile noastre constatăm:

1) Incizia uscată nu ni s'a întâmplat şi este exclusă cu un examen radioscopic anterior ce ne precizează diagnosticul clinic şi cu o punctie exploratrice prealabilă.

2) Rănirea diafragmului şi deschiderea peritoneului, accident ce poate fi uşor evitat nefăcând exces în alegerea limitei celei mai inferioare a colecţiei şi procedând cu precauţie, nu am avut.

3) Hemoragii ale arterei intercostale, care de fapt nu prezintă nici un pericol decât atunci când individul ar avea o hipocuagulabilitate sanguină, cu toate că artera este mai greu de pensat prin poziţia ei anatomică, noi nefăcând rezecţia parţială de coastă, nu am avut.

4) Nevralgiile rebele ale nervului intercostal prin compresiunea tubului de dren nu s'au constatat. Uşoare nevralgii locale sau reflexe dealungul nervului intercostal, au cedat destul de repede la simpla utilizare a antinevralgicelor.

5) Nu am avut infiltrări ale peretelui, fiindcă pleurotomia ce se face este foarte redusă şi fiindcă sonda Pezzer se mulează pe plagă şi foarte puţin puroiu mai poate trece între plagă şi sondă.

6) Necroză de coastă nu s'a constatat fiindcă denudarea coastei este minimă şi sonda Pezzer semirigidă nu exercită o presiune prea mare pe ea.

In plus marele avantaj, pe lângă scăderea mortalităţii este şi

scurtarea spitalizării, fiindcă nu numai că vindecarea este mai repede, dar la un moment dat starea generală a bolnavului îndreptându-se mult, el poate fi lăsat la domiciliu cu tubul de dren şi cu sticla de antiseptic, revenind din când în când pentru controluri radioscopice şi pentru scoaterea definitivă a tubului când scurgerea purulentă a încetat.

In concluzie, drenajul cu sonda Pezzer în torace închis s'a dovedit a fi cel mai bun mijloc de tratament al pleureziilor purulente, scăzând foarte mult mortalitatea, reducând mult evoluţia maladiei şi timpul spitalizării. Complicaţiile nu mai există aproape deloc şi sechelele lăsate sunt minime şi fără urmări desagreabile pentru viitorul bolnavului.

CONSIDERAŢIUNI ASUPRA UNEI METODE PERSONALE DE DESENSIBILIZARE A ORGANELOR DIGESTIVE, PRIN HISTAMINĂ

de

D-r V. PLĂTĂREANU

dela Academia de Stiinţe

Cercetările ultimelor decade au pus, din ce în ce mai mult, în lumină rolul anafilaxiei în patologia tubului digestiv. Intr'adevăr, ar trebui să ne gândim întotdeauna că ectodermul şi endodermul au embriologic o origine comună. Ele nu s'au diferenţiat decât în scopul de a asigura: cel dintâiu — paza împotriva elementelor nocive şi permeabilitatea celor favorabile, din lumea exterioară, —, iar cel de al doilea — primirea şi transformarea elementelor din mediul înconjurător, în elementele „vitale" — energetice şi plastice — necesare economiei organismului.

Privind diferitele fenomene fizio-patologice, care apar la nivelul organelor derivate din ectoderm (piele, sistem nervos, sistem neurovegetativ, etc.), precum şi cele care iau naştere din endoderm (tub digestiv şi anexele sale, aparat respirator, etc.), vom vedea că ele sunt nu numai foarte asemănătoare, dar chiar identice, recunoscând chiar o origine comună şi acelaş mecanism, ele putând apărea chiar simultan. Să ne gândim numai la persoanele care fac reacţiuni din intoleranţă pentru anumite substanţe chimice sau alimentare şi care-şi manifestă turburările în acelaş timp sub formă de erupţii cutanate, de turburări digestive, de crize astmatiforme, precum şi de migrenă.

Observarea mai atentă şi cercetarea mai adâncită a fenomenelor care au fost denumite „anafilactice" sau „alergice" au dus la concluzia că, atât în organele de origine ectodermică, cât şi în cele de origine endodermică se găsesc zone care sunt mai des locul manifestărilor de tip alergic.

In ceeace priveşte tubul digestiv, cele mai sensibile porţiuni sunt regiunea piloro-duodenală, regiunea ceco-apendiculară, colonul descendent şi ficatul.

Diferitele procese patologice duodenale, anumite forme de apendicită şi tiflită, crizele de colită muco-membranoase şi congestiile acute hepato-colecistice, sunt numai câteva din manifestările multiple de tip anafilactic. Procesul cel mai des întâlnit, însă, în clinică este cel apendiculo-duodenal. Incepând cu lucrările lui **Manchert** şi **Grekoff**, care arătau că într'o proporţie de 75%—100% duodenitele sunt de origine apendiculară şi până la cercetările lui **Hansen**, care arată că 30—40% din duodenite sunt de origine anafilactică, patologia duodenului a fost foarte obscură şi nici azi nu s'ar putea spune că este pe deplin luminată [1]).

Lucrările mai importante — care au fost de un netăgăduit folos în cunoaşterea afecţiunilor duodenale — sunt cele ale lui **Morris** (1905), care a atras atenţiunea asupra periduodenitelor; **P. Duval**; **I. Ch. Roux** şi **H. Béclère** (1924 — Etudes médico-radio-chirurgicales sur le duodenum), dar mai ales ale lui **Antoine Basset**, care a stabilit originea apendiculară a unor periduodenite.

Este locul să amintim că legăturile patologice dintre apendice şi duoden se fac nu numai pe cale limfatică, seroasă, mezenterică, subperitoneală, ci mai ales pe cale **anafilactică** (Hansen 30—40%).

Legăturile limfatice au fost descrise de Gerota-Berceanu — cele **nervoase** de Brodin şi Tedescu; cele **hormonale**, de: Byliss şi Sterling — „secretina"; Kokas şi Ludeny — „vilikina" şi „enterogastrina" —; Joy — „colecistokinaza", iar Curiquez, Halin, Zulzer şi Marxer au izolat — „hormonul duodeno-chinetic".

La noi în ţară lucrările lui Gerota, Poenaru-Căplescu, Berceanu, Pavel, Păunescu-Podeanu, Haţiegan şi elevii lor, dar mai ales ale dr-ului Cârstea, în monografia sa „Apendiculo-duodenita" au pus în lumină diferitele legături normale şi patologice dintre apendice şi duoden.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Acest din urmă autor, bazat pe observaţii clinice şi pe cercetări experimentale pe animale, dar mai ales pe un imens material clinic-chirurgical, pe care l-am studiat împreună pe nenumărate cazuri operate în Spitalul Dr. Cantacuzino, a ajuns să considere legăturile patologice dintre apendice şi duoden, atât de strâns legate şi atât de frequente, încât a propus denumirea de „apendiculo-duodenita" syndromului dat de turburările syncrone sau succesive ale acestor două organe.

Este bine să relevăm faptul că, până la lucrurile acestor autori, periduodenitele erau socotite de origine „esenţială" (?) sau congenitală.

Rolul anafilaxiei în patologia digestivă, şi mai ales al duodenului, poate fi socotit ca cel mai recent şi important descoperit al epocei noastre.

Este drept că el nu a pătruns, încă, complect în spiritul medical, dar faptul nu poate ascunde sau micşora marea sa importanţă.

---

1) Broussais (1825) a descris duodenita icterică, Barby, Bandin, Kulff, Hunter, Dupuytren, Maxon, Parry, Schaw, Lesage, Mayo, Gautier, Mac Carty, Kirklin, Nickel, etc s'au ocupat de duodenită din p. de vedere chirurgical; Judd şi Negel (1921) au descris duodenite urmate de ulcer.

In ce ne privește, socotim că, nu numai duodenul, dar și ficatul, colecistul, stomacul și intestinul gros sunt sediul a numeroase manifestări alergice, și că chiar pancreasul poate fi sediul unor violente crize de anafilaxie și nu ezităm a crede, până la proba contrarie, că așa zisa pancreatită hemoragică nu este decât o criză anafilactică la nivelul acestei complexe și delicate glande.

*

Ceeace constitue un capitol, care trebue din ce în ce mai bine cunoscut de către practicieni, sunt fenomenele care stau la baza așa ziselor stări anafilactice sau alergice.

Berger a definit aceste stări ca o „rezultantă a prezenței și prin intervenția antigenilor".

Înțelegând prin antigen orice substanță diferită de substanța vie, proprie a organismului, sfera noțiunei de antigen s'a mărit și cuprinde nu numai toxine microbiene, ci și substanța chimice organice sau anorganice (alimentare, medicamentoase, sau de ori ce altă natură).

In mod normal, pătrunderea unor astfel de substanțe în organism este imediat urmată de o serie de transformări, care o fac tolerată în economie. Alteori, însă, contactul dintre aceste substanțe și organism produce nu numai fenomene de iritație la nivelul organului sau țesuturilor cu care vine în contact, dar produce o stare de reacțiune, de apărare (adică de produse zise „anticorpi"), atât din partea regiunii interesate cât a întregului organism, stare ce ne este cunoscută sub denumirea de „șoc anafilactic". Fenomenele reacționale se petrec la nivelul rețelei de celule ce formează așa zisul „sistem reticulo-endotelial" al lui Aschoff, care se găsește diseminat în toate țesuturile și organele.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Celulele din sistemul reticulo-endotelial, și în special mastocitele, produc, prin iritație sau excitație, niște substanțe care au fost denumite „hormoni tisulari" și printre ele se numără: acetilcolina, histamina, heparina și adenosina. Cele mai importante însă sunt acetil-colina și histamina.

Aceste două substanțe iau naștere ori de câte ori o substanță străină (un antigen) pătrunde în organism, producând o stare de reacțiune. Acetilcolina, care se găsește în corp sub forma combinată de „anticorp + colină" (Danielopolu), este pusă în libertate în momentul când antigenul și anticorpii intră în contact în prezența alexinei.

Această eliberare în mare cantitate a acetilcolinei este fenomenul obișnuit în anafilaxie și de aceea Danielopolu a propus denumirea de „parafilaxie acetilcolinică".

Eliberarea de acetilcolină se produce mai ales la nivelul țesuturilor inervate de sistemul vegetativ și în fibrele mușculare netede (bronchice). In țesutul conjonctiv al organelor, dar mai ales la nivelul pielei și al mucoaselor (adică al organelor de origine ecto — și endodermică), ia naștere histamina. Mai mult chiar, histamina care ia naștere imediat, la cea mai mică iritație, din sistemul reticulo-

endotelial, este capabilă să excite terminațiile sensitive și reflexe, pe cale vaso-motorie, ale regiunii în stare de suferințe producând o stare de congestie și supraproducție de acetilcolină, dar și de histamină.

In felul acesta, ne dăm seama că, în fenomenele de apărare celulară, avem două fenomene: unul chimic — producția de histamină —, care excită terminațiile nervoase sensitive, — și al doilea, așa zisul „reflex de axon", datorită căruia se produce vaso-dilatația în zona corespunzătoare, urmată de un aport mai însemnat de celule din grupul leucocitar și a supraactivitate a mastocitelor, care produc substanțele de apărare (anticorpi).

Așa dar, acest proces intim de apărare, care este comun tuturor țesuturilor și în special la nivelul tegumentelor și mucoaselor, va avea loc și la nivelul duodenului. In procesele patologice care stau la baza syndromului „apendiculo-duodenită", D-r. Cârstea observă, cu multă dreptate, că la nivelul apendicelui predomină fenomenele de tip inflamator microbian, în timp ce zona duodenală — și, adăogăm noi, întregul complex organic care se varsă în această zonă —, sufere reacțiuni de tip alergic (anafilactic).

In consecință, tratamentul acestui sindrom apendiculo-duodenal devine rațional numai atunci când va căuta să suprime ambele elemente (inflamator dela nivelul apendicelui și anafilactic dela nivelul duodenului). Orice abatere dela această regulă aduce persistența sau repetarea turburărilor organelor digestive care, cu timpul, se transformă din „funcționale" deci „reversibile" în „organice și definitive".

BCU Cluj / Central University Library Cluj

*

Privite faptele prin această prismă, ne explicăm numărul cel mare de bolnavi de toate vârstele, care continuă să sufere după ce au fost operați de apendicită, dar ale căror turburări duodenale au rămas nesezisate de medici și chirurgi, și ca atare au rămas netratate.

In ceeace ne privește, de peste cinci ani am căutat să cercetăm starea duodenului și a organelor vecine, oridecâte ori am operat bolnavi suferinzi de apendicită, cu răsunet patologic în etajul superior abdominal. Este locul să afirmăm că numărul acestor bolnavi — când știm să-i examinăm — este impresionant de mare. El poate atinge un procent de aproape 90%. Nefiind mulțumiți numai cu acțiunea chirurgicală, de eliberarea a duodenului, colecistului, ficatului și pancreasului, din procesele de aderențe și bride care le turbura statica, dinamica și funcționarea normală, am căutat să practicăm o desensibilizare a regiunii duodenale și a zonelor suferinde învecinate.

In acest scop, am socotit logic ca la nivelul duodenului și al organelor vecine, odată eliberate chirurgical, să provocăm o stare de „șoc histaminic" regional, care să mărească puterea de toleranță a mucoasei și a fibrelor musculare netede.

Această metodă personală, pe care o aplicăm cu aceleași vădite succese și în procesele de tip anafilactic dela nivelul tegumentelor, se bazează pe fenomenul specific substanței vii, de a se adapta și a-și produce mijloace de apărare în raport cu violența și bruscheța suferinței. Cu cât substanța vie, și în special celulele destinate a-

părării organismului sunt atacate mai brutal, cu atât vor reacționa, după o perioadă de siderare, cu o violență mai mare. Este cunoscutul fenomen al „blocării" dela nivelul sistemului de apărare reticulo-endotelial.

In mod practic, metoda noastră constă în a injecta, în timpul operației, după ce am eliberat duodenul și organele învecinate de aderențele și vălurile de perivișcerită velamentoasă, direct în pereții duodenului, o soluțiune histaminică. In genere, noi am întrebuințat produsul „hista-dimilli" soluție $^{1}/_{10.000}$ al casei Beythout, cu rezultate deplin satisfăcătoare. Injectarea se face cu o seringă obișnuită de 1—2 cm., armată de un ac subțire cu care pătrunde oblic în grosimea peretelui duodenului. După senzația de rezistență și cu obișnuință căutăm să pătrundem până în stratul submucos. Injectăm câteva picături în locul fiecărei înțepături, iar numărul înțepăturilor care are loc pe întinsul suprafeței duodenale vizibile poate fi în raport cu gradul de suferință în care găsim acest organ. In general 5—10 înțepături sunt suficiente.

In multe cazuri, când procesul congestiv sau aderențial este extins, am îmbibat întreaga regiune cu această soluție, pe care am împrăștiat-o pe suprafața țesuturilor suferinde. In unele cazuri am injectat-o chiar în peretele colecistului, când îl găseam aton sau rămânea aton după desfacerea aderențelor sale. Fenomenul care se observă după această introducere a substanței hista-dimilli, este următorul: după câteva secunde, regiunea injectată devine palidă (albă), succedată de unde peristaltice violente și apoi de o congestie violentă, care durează mult timp (câteva ore). Pentru a întreține această stare de hiperfuncțiune a secreției histaminice naturale, printr'un șoc local, histaminic, artificial, continuăm, în zilele care urmează operației, tratamentul cu injecții de soluția de hista-dimilli, intradermic, la nivelul epigastrului, pe segmentul corespunzător proecției periferice a duretii duodenului (dermatome).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Mecanismul, pe care-l folosim aci, este acela denumit al „reacției de axon" (și a cărui importanță în fenomenul de vaso-dilatație histaminică l-am menționat), dar pe care îl aplicăm la extremitatea periferică a axonului, adică la nivelul terminațiilor cutanate ale nervilor sensitivi.

Prin introducerea în dermul cutanat corespunzător zonei duodenale, facem să se producă nu numai o hipersecreție de histamină în această regiune, dar facem, pe cale reflexă, să se producă o vaso-dilatație la nivelul regiunii duodenale și al organelor învecinate — și deci o stare de congestie care produce histamină, la nivelul acestor viscere.

Prelungim acest tratament circa 7—8 zile, până când puterea de producție de colină și histamină tisulară (mucoasă) ajunge la maximum, care să permită țesuturilor o stare de apărare (de mai mare rezistență) la nivelul mucoasei organelor digestive. Acest maximum de apărare se știe că ia naștere prin complexul antigen + anticorp + alexină și care în mod normal este de aprox. 8 zile. Pentru a evita, în tot acest timp de mărire la maximum a potențialului

secretar histaminic al mucoasei digestive, orice acţiune a substanţelor alimentare sau microbiene, supunem bolnavii la un regim fără albuminoide (cărnuri, ouă, lapte, etc) şi li se administrează zilnic dimineaţa, pe nemâncate 1—2 linguriţe de săruri de bismut sau caolin fin pulverizat. Se ştie că acţiunea acestor substanţe este izolatoare (între suprafaţa mucoasă şi mediul lumenului digestiv). Dintre preparatele specialităţii am întrebuinţat: Bis-Ka-Ma, Gastro-Sil, Sedogastrin, Bismut Desleaux, etc, cu aceleaşi rezultate.

In rezumat metoda noastră de desensibilizarea a duodenului şi a ţesuturilor şi organelor sale anexe, constă în injectarea intraoperatorie a unei soluţii de $^{1}/_{10\cdot000}$ de histamină, intra-mural, duodenal, după ce s'au desfăcut aderenţele şi brideie şi s'a scos apendicele — cu care sufere adesea concomitent.

Histaminoterapia o continuăm 7—8 zile intradermic la nivelul epigastrului, în zona de proecţie a duodenului.

Metoda noastră este menită să înlocuiască, în mod radical, metoda administrării subcutanate sau intramusculare, aşa cum se proceda până acuma şi ale cărei rezultate au fost nesigure şi de foarte multe ori negative, în afecţiunile inflamatorii şi ulceroase ale duodenului şi stomacului.

Rezultate obţinute şi urmărite de noi timp de 5 ani ne-au dus la ferma convingere că această metodă este superioară celor obişnuite.

Metoda noastră se poate apllica şi în cazurile nechirurgicale, adică la bolnavii care au fost deja operaţi de apendicită sau afecţiuni colecisto-duodenale, dar în asemenea circumstanţe se foloseşte numai „reacţia de axon" inversată, adică injecţiile de soluţie $^{1}/_{000}$ de Histamină intradermice în regiunea epigastrică dureroasă, la care se adaogă tratamentul bismutic per os şi regim fără albumine, timp de 8 zile.

In cazurile de recidive la aceste din urmă categorii de suferinzi — fapt de altfel observat destul de rar —, şi atunci cu fenomene mult atenuate —, repetarea injecţiilor tegumentare face să dispară foarte repede recrudescenţele de sensibilizare ale mucoasei digestive.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-r V. M. PLĂTĂREANU: *Refflections above a personnel method concerning the desensibilisation of the digestive tube, by histamine.*

Recent researches have shown that among the causes of affections of the digestive tube, anaphylaxis has a first rate part.

Among digestif anaphylactic troubles and the cutaneous troubles there is a great similitude, I dare say a close correlation.

The region of the digestif tube the most exposed to allergical phenomenons are: the phylorum, the duodenum, the appendix, the descending colon and the annex glands (liver, pancreas, a. s. o.).

The affections of the appendix are often accompagnied by troubles of the duodenum

To withstand those, the author proposes, in the same operatoiry sitting, the extirpation of the appendix, as well as the detachment of adherences of the duodenum and the injection of a few drops of a solution of hystamine (1/10.000). This substance, wich possess a most important capacity of desensibilisation, has to be injected all days following the operation.

This time, the injections have to be made in the cutaneous layers of the epigastric region, introducing a few drops of the above mentioned solution. The

therapeutical action of hystamine at the level of the duodenum is explained by the direct action as well as by a direct „axon-reflex".

She is always provoquing a congestion ot the tissues of the wall of the duodenum The dilatation of vessels is accompagnied by an afflux of leucocythes. especially of „mastocythes" and a rich secretion of hystamine, wich is assisting the processus of digestive desensibilisation.

D-r V. M. PLATĂREANU, Chirurgien en chef. Membre de l'Académie des Sciences: *Considerations sur une méthode personnelle, concernant la désensibilisation des organs digéstifs par histamine.*

Des recherches récentes ont démontré que, parmi les causes des affections du tube digestif, l'anaphylaxie joue un rôle de premier ordre.

Entre les troubles anaphylactiques digestifs et les troubles cutanés, il y a beaucoup de similitude, même une étroite correlation.

Les régions du tube digestif les plus exposées aux phénomènes allergiques sont: le pylore, le duodènum, l'appendice, le colon descendant et les glandes annexes (foie, pancréas).

Les affections de l'appendice s'accompagnent très souvent de troubles du duodénum.

Pour les combattre, l'auteur propose, dans la même séance opératoire, autant l'extirpation de l'appendice que le détachement des adhérences au duodenum et l'injection de quelques gouttes d'une solution 1/10 000 de histamine. Cette substance qui possède de très importantes qualités desensibilisantes doit être injectée tous les jours qui suivent l'opération.

Cette fois, les injections doivent être faites dans la couche dermique de la région épigastrique, en introduisant quelques gouttes de la solution indiquée ci-dessus. L'action thérapeutique de l'histamine au niveau du duodénum est expliquée autant par l'action directe que par un réflexen d'axon".

Elle provoque toujours une congestion des tissus de la paroi du duodénum. La vasodilatation est accompagnée par un afflux de leucocytes, spécialement des mastocites et une abondante secrétion d'histamine qui aide au procès de désensibilisation digestive.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

MUŞCHIUL CAROTICO-FARINGIAN.

de

Conf. D-r I. G. RUSSU şi **Drd. I. ANDERES**

Apariţia unor fascicole musculare supranumerare în vecinătatea muşchiului stilo-faringian a fost semnalată de o seamă de autori. **Sappey** notează: „multe alte fascicole musculare au fost semnalate, dar existenţa lor nu este destul de bine stabilită". **Riolan** prezintă un muşchi sfeno-faringian, **Winslow** muşchiul salpingo-faringian. Muşchiul stylo-faringian, alter a lui **Böhner** este situat dedesubtul şi înăuntru stilo-faringianului, căruia îi împărtăşeşte inserţiile **(Le Double)**. Muşchiul petro-faringian a lui **Albinus** naşte pe faţa inferioară a stâncii, înăuntru apofizei stiloide şi se pierde în general în pterigo-faringian, dar poate să se termine pe mucoasa faringiană, trecând între constrictorul superior şi mijlociu **(Albinus, Macalister, Le Double)** sau pe apenovroza faringiană **(Le Double)**. Muşchiul pterigo-faringian a lui Winslow reprezintă fascicole plecate de pe apofiza pterigoidă, care trec peste constrictorul superior şi se inseră pe partea mediană a aponevrozei faringiene.

Acestea sunt în rezumat fascicolele musculare, despre care am putut lua cunoştinţă din literatura anatomică.

Cu ocazia disecţiei unui cadavru bărbătesc (P. G. de 36 ani mort în Sanatoriul Clinicilor cu diagnosticul de: tuberculoză pulmonară cavitară, miocardită, insuficienţă circulatorie, tuberculoză laringiană) mi-a apărut însă un fascicol muscular cu o inserţie neobişnuită. Era vorba de un **muşchi carotico-faringian.**

De partea dreaptă numai, la 13 mm. sub orificiul inferior al canalului carotidian, pe partea anterioară a arterei carotide interne şi la nivelul unui cot (vezi fig. 1), se insera un muşchi de forma dreptun-

Fig. 1
1. apofiza stiloidă, 2. muşchiul stilo-hioidian, 3. muşchiul stiloglos, 4 muşchiul pterigoidian intern, 5. muşchiul carotico-faringian, 6. muşchiul stilo-faringian, 7 muşchiul constrictor superior al faringelui, 8. m. constrictor mijlociu, 9. m. constrictor inferior, 10. artera carotidă primitivă, 11. art. carotidă externă, 12. art. carotidă internă.

Fig. 2.
Săgeata indică locul inserţiei musculare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ghiulară, lat de 4 mm., lung de 3 cm. şi foarte bine constituit. De aci muschiul se îndrepta în jos şi înăuntru, atingea muşchiul stilo-faringian, înăuntru căruia era situat, i se juxtapunea cu marginea sa externă marginei interne a lui, pentru ca apoi să se fuzioneze şi să împărtăşească în jos inserţia stilo-faringianului, adică pe aponevroza faringelui, după ce trecuse printre cefalo-faringian şi hio-faringian.

Muşchiul stilo-faringian prezenta dispoziţia obişnuită, fiind lat de 9 mm.

Muşchiul carotico-faringian, găsit, era învelit într'o teacă celuloasă, dependentă de sistemul aponevrozei lui Toma Ionescu, copiind

fidel dispoziţia tecii muşchiului stilo-faringian în sus şi dându-le o teacă comună în partea infero-medială.

Cotul arterei carotide interne, dela inserţia superioară a muşchiului prezenta aspectul unui dublu unghi drept (fig. 2.) (cu un traect intermediar scurt, îndreptat dinainte înapoi), dintre care unghiul anterior (locul de inserţie) cu deschiderea în sus şi înapoi, iar unghiul posterior cu deschiderea înainte şi în jos.

Flexuozităţi descrie artera carotida internă numeroase în anumite cazuri; fără a vorbi de cele cari îi sunt impuse de traectul canalului carotidian şi în sinusul cavernos. Ea prezintă 2—3 incurbaţii înainte de a pătrunde în craniu, acestea pot fi adesea destul de accentuate pentru a proemina spre faringe (**Poirier**).

Gegenbaur notează că „artera carotida internă înainte de a intra în canalul carotidian poate face un cot, îndreptat când lateral când medial şi observat mai ales în partea dreaptă".

Importanţa practică a raporturilor, pe care le pot lua aceste flexuozităţi ale arterei carotide interne prin vecinătatea lojei amigdaliene, a fost arătată de **P. Sebileau, Fisher, Cairney**; iar **Buntaro Adachi, Edington, Fisher, Cairney** au studiat amănunţit această dispoziţie. Iată după **Buntaro Adachi** câteva date: „des întâlnit, traectul şerpuitor al carotidei interne se situează deobiceiu la nivelul vertebrei a II-a cervicale. El nu este deosebit de rar mai cu seamă la indivizii mai vârstnici".

In privinţa formei o şerpuire mare în formă de S s'a găsit destul de des, pe când o răsucire spirală mai circumscrisă numai la unele cadavre.

Ca frecvenţă relativă se admite că este mai deasă la bătrâni, cu toate ca **Cairney** a găsit-o şi la 4 foetuşi din 20. Localizarea în antimer este deasemeni neprecizată, fiind întâlnită de **Buntaro Adachi** mai mult în partea stângă, fapt comunicat şi de **Moorhead**; dar **Cairney** o găseşte de şase ori în dreapta, de două ori în stânga şi de două ori bilateral.

In consecinţă, din datele pe care le-am putut culege din literatura anatomică, se pare că acest muşchi carotico-faringian este un caz unic. Nu am putut deasemeni găsi vre-un corespondent muscular vasculo-organic. Explicaţia ne pare foarte dificilă, totuşi multiciplitatea fascicolelor musculare anormale descrise la acest nivel ar putea să servească de bază unei supoziţii; intervine însă şi prezenţa cotului arterial, punându-ne întrebarea: este cotul datorat acţiunii acestui fascicol muscular sau existenţa cotului în drumul acestui muşchi a determinat inserţia pe el? Inclinăm să credem în prima posibilitate

Această anamalie ne face însă să ne amintim sugestia D-lui Profesor **Papilian**, dată chirurgilor dar neaplicată, care a preconizat teoretic — în hemoragiile cerebrale — o intervenţie chirurgicală, prin care artera carotidă internă să fie introdusă într'un inel muşcular în vederea unei schimbări de direcţie a arterei şi diminuări a debitului sanguin.

Digitized by Biblioteca Universitatea "Lucian Blaga" Cluj-Napoca

BIBLIOGRAFIE

Sappey: Tr. d'Anatomie déscriptive. T. IV, Paris, ed. III, 1879. — *Cruveilhier*: Tr. d'Anatomie vol. II, ed. V, 1876. — *Poirier*: Tr. d'Anatomie humaine, T. II, p 692. — *Le Double*: Variations du systhème musculaire de l'homme, Paris 1897. — *Sebileau P.*: Les arteres carotides et les hémoragies cataclysmiques de l'amigdalectomie banale. Soc. de Chirurgie de Paris, 1945. — *Gegenbaur*: Lehrbuch d'Anatomie des Menschen. Ed. VI, 1896 p. 248. — *Testut*: Tr. d'Anatomie humaine vol. II, ed. VII, 1921. — *Buntaro Adachi*: Arteriensystem der Japaner. Kyoto 1928. — *Russu-Carandan*: Mușchiul petro-faringian. Rev. Științ. ORL. Sibiu, Nr. 1—2 1945.

CONSIDERAȚIUNI PRACTICE ASUPRA TRATAMENTULUI TIFOSULUI EXANTEMATIC

de

D-r C. SĂNDULESCU

Nu suntem încă în situația de a aprecia statistic epidemia de tifos exantematic din iarna anului 1944—1945 și din primăvara următoare, privită mai ales din punct de vedere al mortalității; avem însă câteva date provizorii, cari ne îndreptățesc să afirmăm că boala nu a pricinuit o mortalitate ridicată.

Variațiile de virulență ale sursei patogene, fapt care nu ne lămurește suficient, metodele terapeutice aplicate, cari nici ele nu trebuesc supraevaluate, dar mai ales o seamă de factori aparent secundari ca: spitalizarea și calitatea spitalizării, inclusiv îngrijirea de fiecare oră a bolnavului, precum și condițiile de tratament, higienice și constituționale anterioare internării, acesta este ansamblul elementelor decisive în evoluția și prognosticul tifosului exantematic. Sub raportul strict științific expresiuni ca: predispoziție constituțională, geniu epidemic și altele, sunt de-a-dreptul lipsite de preciziune; ele trebuesc totuși luate în considerare sub latura pozitivă, constatată de multă vreme în mod empiric.

In rândurile care urmează am consemnat rezultatele obținute prin tratamentul a 84 bolnavi de tifos exantematic, confirmat prin reacția Weil-Felix, dar mai ales am făcut câteva observațiuni practice bazate pe cercetarea acestor cazuri, cât și pe o experiență mai veche.

Pe cazurile de mai sus, cari au fost îngrijite într'un spital de campanie, am înregistrat numai cinci decese, adică un procent de 4,2 mortalitate, fapt care se încadrează în cifrele obținute și publicate de autori în ultimii ani. Trebue să mai adaog că era vorba de bolnavi aflați adeseori în stare de insuficiență circulatorie și de slăbire organică, cauzate de transportul dificil, spitalul fiind așezat departe de front.

Un tratament cauzal eficace nu este încă posibil în tifosul exantematic; cel puțin acestea sunt și se pare că vor fi multă vreme concluziile autorilor. De aci cunoscuta afirmație că tratamentul este simptomatic: se are în primul rând în vedere existența precoce a

leziunei vasculare caracteristică infecţiunei, tratându-se profilactic eventualul colaps, care odată ivit, dă impresia de ireductibilitate. In al doilea rând se tratează complicaţiile septice felurite, cari se produc cu concursul a diferiţi factori, inclusiv insuficienţa circulatorie.

Care a fost atitudinea terapeutică adoptată pe lotul de bolnavi citat, desigur neimpresionant numericeşte, dar suficient pentru a îndreptăţi unele concluzii? Mijloacele de tratament — pe care le arătăm mai jos — nu pot fi originale: există însă în problema tifosului exantematic câteva elemente practice, asupra cărora ne vom îndrepta atenţia în cursul acestei expuneri, deoarece ni se pare că ele au fost insuficient tratate.

In ceeace priveşte tratamentul medicamentos, am folosit în primul rând adrenalina şi în unele cazuri efedrina, în injecţii subcutanate executate zilnic, până departe în convalescenţă şi cu deosebire în această perioadă. După cum se ştie adrenalina a fost recomandată de multă vreme în terapeutica tifosului exantematic şi a boalelor infecţioase în general[1]).

In al doilea rând am administrat, deasemenea zilnic şi uneori de două ori pe zi, ser hiperclorurat 10% — în cantitate mică — 10 c. c. în venă. Nu insist asupra mecanismului de acţiune, observând numai că această terapeutică constant executată ajută la menţinerea unei stări satisfăcătoare a bolnavului.

Atenţia medicului trebue îndreptată, după cum se ştie, către susţinerea aparatului cardio-vascular, în care scop s'au folosit o serie întreagă de medicamente analeptice. Nu s'a intervenit cu tonice periferice de tipul oleului camforat, cardiazolului etc., decât în caz de insuficienţă circulatorie certă sau în perspectivă[2]).

In legătură cu acest fapt, am socotit că cercetarea zilnică a tensiunei arteriale este necesară pentru conducerea tratamentului. Măsurarea tensiunei dimineaţa şi seara, uneori şi înainte şi după serul clorurat mi-a fost de folos, deoarece am putut căpăta indicaţii — desigur relative — asupra tendinţei la colaps şi am putut proceda în consecinţă.

Valori scăzute de 10, 9, 8 şi chiar 7 au fost adesea întâlnite în cazurile noastre, iar scăderi ale minimei au fost deasemenea observate, acestea fiind după cum ştim, mai concludente clinic. Fără a acorda o valoare absolută acestui fapt, am luat totuşi obiceiul de a întocmi o curbă tensională zilnică, notată paralel pe fişa specială de temperatură, în mod vizibil.

In rândul al treilea am aplicat un tratament relativ al febrei,

---

1) Este util să ne amintim că *adrenalina*, derivat al pirocatechinei, are o acţiune dromotropă, chronotropă şi inotropă pozitive, afară de acţiunea asupra simpaticului: vasoconstricţie generală cu excepţia coronarelor,

Efedrina, sarea alcaloidului extras dintr'o plantă şi *efetonina*, produs sintetic, au aceeaşi acţiune ca adrenalina, însă mai lentă şi deci mai prelungită. In plus rezistă acţiunei sucului gastric, astfel că se pot administra şi pe cale bucală.

2) *Jagic* deosebeşte teoretic un colaps cardiac, unul vascular şi un al treilea neuro-central, cari îşi îmbină simptomele astfel că practic ne limităm la a recunoaşte dacă este vorba de o insuficienţă *vasculară* sau de una a *miocardului*, procedând în consecinţă.

dacă putem spune astfel într'o boală infecţioasă în care febra are semnificaţia de reacţie naturală organică. Mijloacele noastre s'au redus însă la administrarea unei singure jumătăţi de gram de piramidon zilnic şi aceasta până la defervescenţă.

Rezumând, obţinem următoarea schemă zilnică de tratament:

1) Piramidon 0,50 grame.
2) Ser hiperclorurat 10%. 10—20 c. c. în venă.
3) Adrenalină 0,001 gr. sub piele (Efedrină 0,005 gr.).
4) Analeptice, numai în caz de colaps.

La două zile după ultima ascensiune termică am suspendat serul clorurat, iar la 5—6 zile după febră am înlocuit adrenalina prin stricnină — nu însă în toate cazurile.

Stricnina 0,001—0,002 gr. a fost administrată până la aparenta restabilire clinică, ce se produce cu destulă greutate, bolnavii rămânând multă vreme fragili din punct de vedere vascular. Pe lângă acţiunea predominanţă, stricnina este şi un stimulent al funcţiilor endocrine, deci şi al secreţiei de adrenalină.

Acesta este aspectul tratamentului medicamentos aplicat pe cazurile citate, tratament care ne-a asigurat după cum am spus o mortalitate minimă. Faptul trebue luat în considerare, dacă ne gândim că procente de letalitate de 10% (minime) şi de 50% şi chiar mai mult (maxime) sunt citate în tratatele de specialitate: acest lucru se întâmplă în condiţii particulare de desvoltare a epidemiei şi de spitalizare în primul rând, de pildă în lagăre.

Comparând cu starea dezastruoasă de fapte din 1917 şi din anii următori, putem vorbi în prezent fără a discuta pricinile, de o situaţie net mai favorabilă. De altminteri problema tifosului exantematic a încetat de mult, — ca şi alte capitole ale patologiei — să mai constitue un fapt de interes exclusiv ştiinţific, devenind o chestiune de domeniul vast al higienei sociale, rezolvabilă integral în domeniul, poate numai în domeniul preocupărilor sistematice de profilaxie colectivă şi de asigurare a unui standard omogen de vieaţă civilizată. In cuvinte mai puţin ermetice, tifosul exantematic este cu deosebire o problemă de rufe şi săpun şi — să nu uităm — o problemă de bunăvoinţă din partea individului căzut de multe ori pradă unei splendide pasivităţi. Aci ne situăm însă în pură metafizică medico-socială.

Intr'adevăr, a deparazita realmente populaţia săracă, presupune două lucruri foarte lesne şi totuşi foarte greu de realizat: pe de o parte existenţa unor staţiuni regionale sistematizate până la cuerul de rufe, prevăzute cu băi şi cuptoare competent întreţinute şi în al doilea rând procurarea cel puţin de cămăşi, celor aflaţi în categoria fericitului tolstoian. Ar mai fi să vorbim despre obligaţia participărei conştiente a individului sărman la opera profilactică. D-l **Doctor Radovici** a sintetizat de curând minunat şi realist această problemă (vezi recenzia din Mişc. Med. Română, 1945, Nr. 5—7, pag. 315).

Dacă tratamentul medicamentos al tifosului exantematic, se prezintă rezumativ astfel — şi fiecare practician îşi poate întocmi schema respectivă — nu ştiu cum aş insista mai mult asupra faptului, că

BCU Cluj / Central University Library Cluj

nu acestei terapii — exclusiv — îi datorează tificul ieşirea din impasul cel greu. In egală măsură trebuesc avute în vedere îngrijirile propriu zise, date bolnavului de tifos exantematic, cari se rezumă în primul rând la tratamentul higienic şi profilactic al tegumentelor şi cavităţilor.

In consecinţă aş propune ca o normă imperioasă, existenţa în fiecare salon de bolnavi a unei truse speciale profilactice pentru gură, nas, urechi, prevăzută cu arsenalul medicamentos simplu necesar, căci oricare ar fi strădania medicului şi oricâtă ştiinţă şi conştiinţă ar folosi dânsul pentru binele bolnavilor şi eventual pentru creşterea numărului de publicaţii, restabilirea tificului mai depinde şi de îngrijitorul sau îngrijitoarea, cari rămân la patul lui după ce vizita zilnică a luat sfârşit.

Complicaţiile septice, otitele şi parotiditele frecvente şi de rău augur, nu apar dacă se desinfectează relativ, dar regulat cavitatea bucală, această sursă majoră de infecţii, odată cu dinţii şi cu limba iniţial paretică şi simptomatică.

Incă odată deci în preajma bolnavilor trebue să existe trusa cu oleu gomenolat, glicerină slab fenicată, soluţie acid boric, glicerină boraxată (în lipsa actuală a glicerinei, oleu de vaselină simplu), alături de tampoanele şi de instilatoarele necesare îngrijirei higienice a dinţilor, limbei, nasului, etc.

In mediu epidemic, când bolnavii aglomerează spitalele de contagioşi, îngreuind uneori peste măsură condiţiile de internare, sunt necesare măsuri de organizare speciale, menite să combată în mod eficace mortalitatea prin complicaţii [3]).

© Biblioteca Universitară "Iuliu Haţieganu" Cluj-Napoca Library Cluj

Ar fi indicat, între altele, ca infirmiera prevăzută cu cunoştinţe temeinice de îngrijirea bolnavilor şi cu conştiinţa necesară, să nu aibă mai mult de 15 tifici în supraveghere continuă de zi şi de noapte. Altfel rezultatele se resimt de insuficienţa organizărei. Deasemeni nu este inoportun să adaog că simţul redus gospodăresc al unei infirmiere mai puţin dotate moral, se răsfrânge tot asupra condiţiei higienice în care se află tificii, deci asupra prognosticului.

In cazurile noastre am înregistrat puţine complicaţii: cinci cazuri de parotidită, dintre cari numai una singură ajunsă în stadiul supurativ; două cazuri de erizipel, trei cazuri de congestie pulmonară şi unul de bronche-pneumonie (letal). Aparatul respirator pare a nu fi iniţial în ordine la bolnavii de tifos exantematic: uşoare congestii bazale, dar mai cu seamă bronşite mai mult ori mai puţin accentuate şi mai severe sunt de înregistrat, fapt care ni se pare de o valoare simptomatică. Lucrul acesta este în legătură cu condiţiile de sezon, care joacă în producerea însăşi a boalei un rol primordial.

Tratamentul aplicat în complicaţiile cazurilor noastre a fost următorul: parotiditele au fost tratate cu sulfamide, iar într'un caz

---

3) Din cercetarea unui respectabil număr de dosare. relative la epidemia din 1917—1918 din Moldova şi din cele constatate ulterior, rezultă că tifosul exantematic îşi are maximum epidemic în lunile de desghet, cu deosebire în luna Martie (summum de deficienţă organică, carenţă avitaminozică) reducându-se treptat numeric pe lunile de vară.

am obţinut rezultate foarte bune (retrocedare rapidă) injectând ½ c. c. de vaccin Delbet. Se pare că parotidita constitue un fenomen serios de adâncă impregnare toxică. Nu am înregistrat niciun caz de arterio-flebită: în schimb am avut două cazuri de complicaţii neurologice şi anume un caz de parapareză centrală şi altul de polinevrita membrelor inferioare, bolnav care a făcut şi erizipelul de care am vorbit; el s'a restabilit însă integral după trei luni de tratament într'un spital de specialitate, unde a fost urmărit de noi. Mai mult cu valoare simptomatică, decât complicativă, trebuesc citate accidentele vasculare şi cele psihice, frecvente şi caracteristice tifosului exantematic: delir, însoţit uneori de agitaţie.

Am avut impresia că accidentele psihice merg paralel cu intensitatea eruptiei; cu acest prilej notez că prezenţa intensă a exantemului pe umeri mi s'a părut caracteristică acestei boli: împroşcarea petechială a tegumentelor, minus faţa are după cum ştim caractere particulare, astfel că cine le-a observat cu atenţia cuvenită le recunoaşte cu uşurinţă, stabilindu-le relativ şi vârsta.

Tot în cadrul măsurilor de îngrijire generală trebuesc citate şi condiţiile de spitalizare, care comportă în primul rând aeraţie şi lumină, suficiente din punctul de vedere al higienei locuinţei [4]). Intr'adevăr este dela sine înţeles că nu se pot trata satisfăcător tifici în baraci insalubre, în case nehigienice sau bordee. O condiţie inerentă evoluţiei favorabile însăşi a boalei este absenţa prafului şi nu se va părea paradoxal să afirmăm că în mediu epidemic, ungerea zilnică a duşumelelor spitaliceşti cu petrol sau motorină face parte din capitolul prognosticului, influenţând apariţia complicaţiilor. Legea fundamentală a evoluţiei tifosului exantematic se poate concretiza în cuvintele: să se prevină sub orice formă şi pe orice cale ivirea complicaţiilor.

Acestea sunt în linii generale observaţiunile ce se pot face cu prilejul tratărei tifosului exantematic, observaţiuni care vor fi cu siguranţă de folos în împrejurări asemănătoare, boala având în regiunile noastre un autentic caracter endemic, anual.

BIBLIOGRAFIE:

Enriquez şi M. P. Weil: *Le Thyphus Exanthématique.* (Nouveau Traité de Pathol. Interne, l. 1, 585).

Prof. Danielopolu: *Le Thyphus Exanthématiques* etc. 1934.

G. Jürgens: *Fleckfieber* (Neue Deutsche Klinik, vol. 3. pag. 373).

H. Bruns: *Fleckfiebererfahrungen.* (Experienţe în tifosul exantematic). Deutsche med. Wochenschr. 1939, pag. 1763.

D. Combiescu: *Febrele exantematice.* Raport Congresul I de Boale contag. Craiova 1934.

4) Pentru ca luminaţia să fie fără cusur, trebue ca ferestrele să reprezinte o suprafaţă de 1/6 din duşumea: bunăoară la o cameră de 5/5 trebue să avem o fereastră înaltă de 2 5 şi lată de 2 m. raportul acesta minim, având valoare pentru parter şi micşorându-se cu etajul.

http://Biblioteca-Digitala.ro/ www.Library.Ro

ESTE POSIBILĂ RĂSPÂNDIREA ANOFELELOR INTR'O REGIUNE FĂRĂ MALARIE ȘI CONSECUTIV PANDEMII ȘI EPIDEMII RESPECTIVE, PRIN AVION?

de

Medicii Colonel D-r OD. APOSTOL și **Lt. Colonel D-r V. EMANOIL**
din Aeronautică

O problemă care merită atenţiunea mai ales acum când aviaţia a luat o desvoltare uimitoare într'un timp aşa de scurt.

Răspunsul întrebării de mai sus ni-l dă d-l D-r Pinto Cesar, şeful Laboratorului Inst. Oswaldo Cruz din Rio-de-Janeiro (Brazilia), în lucrarea sa intitulată: „**Dissemi mação da malaria pe la aviação; biologia do Anopheles gambiae e outros anofelineos do Brasil**" şi publicată în: Memoriile acestui institut, 1939 (pag. 295—430. T. 34. F. 3).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

* * *

1. **In 1922**: comandanţii Gago Continho şi Sacadura Cabral, au traversat **pentru prima oară pe calea aerului**, Oceanul Atlantic de Sud cu un hidroavion cu escale în insulele Canare, Porto-Praia (Capul Verde) şi insula S. Paulo.

2. **In 1926**, Ianuarie: Ramon Franco şi Ruiz de Alda leagă cu hidroavionul Spania cu Pernambuco—Brazilia.

3. **In 1927**, Februarie: De Pinedo, Del Prete şi Zachetti au străbătut cu un hidroavion Oceanul Atlantic, legând Italia cu Pernambuco, făcând escale la: Insula Bolama-Guineea portugheză, peste Dakar, Porto Praia şi insula Fernando Narouha.

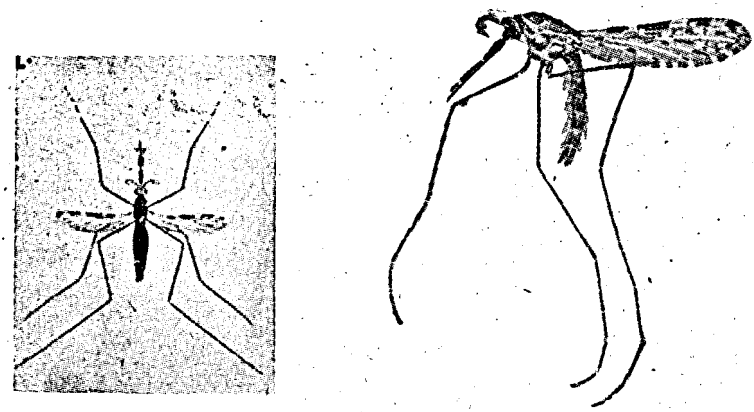
4. **In 1930**, Martie: Mermoz, Dabry şi Gimié cu hidro „Conte de la Vaux" au legat **fără escală** în 20 ore S. Luiz din Senegal cu Natal—Brazilia, stabilind prima oară cursa poştală aeriană Europa—Africa (Dakar) şi America-de-Sud.

Ne oprim la anul 1930, se va vedea mai jos motivul.

* * *

Începând din anul 1928 (Martie 1), Franţa a făcut **legătura poştală combinată** (avion-vase rapide numite de brazilieni „**Avisos**", care în mai puţin de 70 ore parcurg 3300 km.) prin Oceanul Atlantic: **Dakar** (Africa)—**Natal** (Brazilia).

D-r Juvenal Lamartine, fostul guvernator al statului Rio Grande de Norte, informează pe D-r C. Pinto, că în Iulie 1928, adică la trei luni după stabilirea rapidă a legăturei poştale combinată Dakar-Natal, eminentul entomologist Adolph Lutz a făcut cercetări entomologice în legătură cu înfiinţarea unei leprozerii în regiunea Natal. Nu a găsit atunci anofeli. Primele cazuri de malarie epidemică au apărut în 1930, deci după doi ani.



Total văzută din spate. *In profil.*

Fig. 1. — Exemplar de femelă de Myzomyia Anopheles *gambiai Giles, 1902. după A. M. Evans, 1927 (A short Ilustrated guide tothe Anophelines of tropical South Afrika. Mem. No. 3, Liverpool School of trop. Med. Pl. I.*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

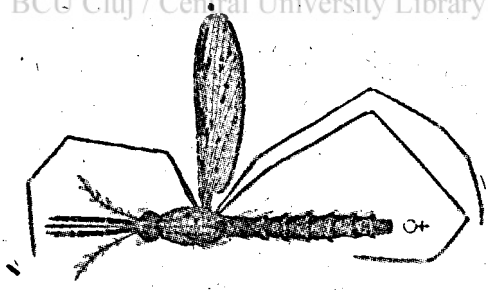


Fig. 2. — Exemplar de femelă de Anopheles *(Nyssorhynhus)* rondoni *(Neiva et Pinto, 1922) provenit din Rincão, Estado de S. Paulo-Brazilia Are o vastă distribuţie geografică începând din Jujuy Argentina nordică până la Estado de Mato Grosso — S Paolo — Brazilia In anumite epoci de vară apare brusc invadând casele locuitorilor. (După C. Pinto, 1938 : Zvoparasitos de interesse medico e veterinaric. Rio de Janeiro Est. 54).*

In zilele de 22—26 Martie 1930, vestitul entomolog nord-american D-r Raymond Shamon descoperi larve de Anopheles (Myzomya) gambiae (Fig. 1), la aerodroamele citadelei Natal, în statul Rio Grande de Norte şi Rio Potengi, la foarte mică distanţă de unde ancorau vasele „avisos".

In Aprilie 1930, a apărut o epidemie gravă de malarie cu mortalitate mare în acele regiuni, unde niciodată nu s'a înregistrat ma-

laria, Aceasta a pus pe gânduri pe medici şi oamenii de stat ai Americei, cu drept cuvânt.

In 1931, D-r Genserico de Souza Pinto, informează că nu a găsit nicio probă pozitivă că prin acele „avisos" s'ar putea transporta anofeli.

In 1938, aceasta o confirmă D-r Manoel José Ferreirra.

Ipoteza transportului anofelilor prin „avisos" şi aeronave o susţine prin cercetări entomologice, probe palpabile şi prin date necontestate biologice asupra vieţei anofelilor, D-r C. Pinto.

S'au cercetat avioane Fokker, Sikorsky şi Commodori dela Miami până la Natal şi s'au găsit în peste 20% din avioanele ce făceau curse aeriene, genul Culex, Stegomyia aegypti şi anofeli.

Iată şi un tabel de speciile vii şi moarte găsite în avioanele de transport ale Braziliei.

1. Aedes (Culicelsa) sollicitans, (în Florida, Texas, (Jersey mosquito), Bahamas, Antile).
2. Culex quinque fasciatus (Filariosa-Wuchereria Bancrofti).
3. Culex (Mochlostyras) inibitator. (Mississippi, Antile, Mexico, America Centrală, Panama, Columbia, Venezuela şi Guinea).
4. Taeniorhynchus (T.) indubitans. (Para, Amazone, Acre, Espirito Santo, Estado do Rio, Los Navajons Bolivia, Peru).
5. Taeniorhynchus (T.) titillans (dela Florida—Argentina).
6. Anopheles (Nyssorhynchus) Albimanus, şi
7. Anopheles Gambiae (Areia Branca din St. Rio G. de Nord, unde hidroavioanele Commodore din Panair făceau escală);

BCU Cluj / Central University Library Cluj

* * *

Welch E. V. a cercetat şi el posibilitatea transportărei anofelilor prin avioane dintr'o regiune într'alta sau dintr'un continent într'altul.

Rezultatul cercetărilor le-a publicat în „Public Health Reports" 7 Aprilie, 54, 14, 561—566 sub titlul: „Insects found on Airchraft at Miami, Fld., în 1938".

Toţi autorii pe care i-am pomenit mai sus s'au servit pentru determinarea insectelor găsite, de monografia magnifică a savantei engleze Miss Alwen M. Ewans, intitulată: „Mosquitoes of the Ethiopian Region. II. Anophelini. Adults and Early Stages", editată în Mai 1938 de British Museum, Natural History — Londra.

* * *

Concluziuni: Din expunerea succintă de mai sus a faptelor cunoscute de noi din lucrările citate, trebue să conchidem că răspunsul la întrebarea pusă de noi, drept titlu al acestei comunicări făcută şi la Soc. ştiinţifică a aeronauticei regale române în şed. II. (Mai 1945), este afirmativ, adică e posibilă răspândirea prin aeronavă a Anofelilor şi deci şi a Malariei.

Această constatare este foarte importantă din punct de vedere medico-social, mai ales acum când aviaţia de războiu îşi schimbă menirea devenind aviaţie comercială, de transport, etc. cu o desvoltare ce o să ne uimească pe toţi.

Legăturile dintre țări și continente se vor face rapid numai pe calea aerului, prin aeronave. Se impune deci să se ia din timp măsuri de **profilaxie antimalarică.**

Lupta contra malariei va cuprinde:

a) Pregătirea în acest sens a medicilor și sanitarilor aeronauticii, prin cursuri anuale de informație și practice de malariologie.

b) Studiul regiunilor învecinate aerodroamelor din punct de vedere **entomologic**, din acel al drenării apelor stătătoare (învecinate acestor aerodroame).

c) Punerea la punct a **hărții malariologice** a tuturor continentelor.

d) Controlul avioanelor după fiecare transport pentru depistarea anofelilor.

e) Chininizarea preventivă științifică a personalului aeronauticei.

f) Depistarea cazurilor de malarie din aeronautică.

LACUNELE ORGANIZĂRII SANITARE RURALE ASISTENȚA MEDICALĂ LA SATE ȘI MEDICUL DE PLASĂ

de

D-r PETRU I. COSAC și **ȘTEF. CÂRCIUMĂRESCU**

Digitized by Google Academia de Studii Economice din Bucureşti

In cadrul unei noui organizații ca acea a sindicatului sanitar, oameni cu răspundere cum e Domnul Profesor Mezincescu — au venit în mijlocul nostru dând semnalul de alarmă cu privire la situația sanitară a țării — la viitorul poporului nostru — mai ales astăzi când acest război sfârșit trebue să ne atragă serios atenția.

Nu este fără de interes să repet cum bine a subliniat Domnul Profesor că din 1941 încoace natalitatea a scăzut la 25‰ de locuitori și anume în mediul rural a fost de 27,9‰ iar în mediul urban de 17,2‰. Putem spune că am avut o organizare sanitară mai mult pentru orașele noastre și aproape inexistentă pentru țăranii noștri, așa se explică dece la sate majoritatea copiilor mor fără să fi fost văzuți de vreun medic și marea majoritate a femeilor mor de infecție puerperală imediat după naștere — din lipsă de asistență medicală.

Pericolul este îngrozitor, ceeace a determinat forurile noastre competente să studieze dificultățile ce le întâmpină medicii și ulterior printr'o rațională organizare sanitară să se facă împânzirea celor mai îndepărtate sate cu instituții sanitare pentru poporul nostru democrat unde capitalul biologic este o realitate — după ce va fi ascultat și glasul medicilor, al fiecăruia din noi, cari ne-am lovit pe teren de realitățile sociale.

Comunicarea prezentă este rezultatul modestei mele experiențe și practice în mediul rural, în regiuni disparate ale țării ca Bucovina,

Oltenia şi Muntenia şi din modificarea articolelor publicate de subsemnatul în revista „Tribuna Medicală" (Aprilie 1934; Aprilie-Iunie 1933; Noemvrie-Decemvrie 1934 şi Martie-Aprilie 1935), care a încercat punerea în practică a ideii sindicalizării medicilor români acum 10 ani — sub conducerea domnului Doctor Metaxa Jovin şi Marius Popescu, din articolele publicate în revista „Mişcarea Medicală Română" din Craiova (nr. 3—4 1935) şi din colaborarea cu d-r Stan Cârciumărescu.

Avem azi foarte multe şi diferite instituţii spitaliceşti, de profilaxie, de higenă, de eugenie, de ca itate şi ocrotire, — multe inspectorate sanitare, echipe volante pentru combaterea bolilor sociale, etc. înfiinţate după modelele celor din străinătate şi cari instituţii toate la un loc n'au putut să realizeze programul fixat şi nici să se adapteze celor mai imperioase nevoi ale populaţiei celei mai numeroase.

Acţiunea de combatere medico-socială trebue să pornească prin radicale măsuri împotriva morti-natalităţii (născuţi morţi şi prematuri) şi a mortalităţii din primele 8 zile dela naştere sau chiar din prima lună denumită mortalitatea precoce. Baza acestei acţiuni o constituie cunoaşterea „factorilor" cari o determină — „factori sociali ai regiunei" şi determinanţi ai manifestărilor biologice —, sau mai bine „realitatea socială" după regiune.

Realitatea socială nu este băgată în seamă. Intr'adevăr iată factorii biologici determinanţi ai mortalităţii:

— standardul de viaţă scăzut,
— nivel cultural înapoiat,
— stare materială precară,
— exploatarea primitivă a pământului,
— greşeli de higienă ca: supraîncălzirea sugarilor vara, subnutrire prin lipsa laptelui, zahărului, grişului, — lapte de proastă calitate,
— alimentarea artificială,
— înţărcarea vara,
— însfârşit, extenuarea fizică prin muncă, a femeii.

Babeş-Bolyai University Library Cluj

Ţăranca este obligată vara să presteze muncile agricole alături de soţ şi din această cauză lasă copilul acasă în seama fraţilor mai mărişori sau îl închide în casă lăsându-l în copaie; am avut ocazie să constat cu ocazia unor cercetări medico-legale, decesul unui copil lăsat fără pază în casă şi mâncat de porc. Nu rare sunt cazurile când copiii lăsaţi singuri, cad contractând prin traumatism tuberculosa osoasă, sau dacă ţăranca ia copilul cu dânsa la câmp îl pune sub căruţă la umbră şi nu-i dă sân decât atunci când îşi aduce aminte. — In această situaţie copilul poate uşor răci şi contracta pneumonia care adesea îi este fatală.

Iarna, realitatea socială la ţară, este alta:

— intemperii mari,
— viscole puternice,
— troiene de zăpadă,
— ger aspru,
— crivăţ intens,
— lipsa de combustibil,
— alimentaţie insuficientă,

— şosele impracticabile,
— lipsa de vehicule pentru bolnavii săteni, ca ambulanţe vara şi dogoare acoperite iarna, — bolnavi cari sunt nevoiţi să se transporte la spital cu căruţa pe distanţe de 25—45 km. iarna, când se îmbolnăvesc de pneumonie şi mor.

Alt aspect al realităţii sociale la sate care contribuie la răspândirea bolilor este şi:

— obiceiul ţăranilor de a dormi numeroşi într'o odaie—claie peste grămadă,
— ei nu cunosc utilitatea rufăriei, a cearceafurilor, se învelesc cu scoarţe şi bineînţeles dorm îmbrăcaţi, aşa că păduchii şi râia sunt regulă aproape generală — atât iarna cât şi vara, ceea ce constituie o ruşine naţională.
— lipsa de primenirea aerului iarna din cauza frigului, femei surmenate de muncă, singure cu grija gospodăriei, ce nu pot părăsi satul să meargă la spital cu copilul bolnav,

iar dacă mai adăogăm faptul că femeile mai tăinuiesc cazurile de boli epidemice ascunzându-le la vecini — avem tabloul complet al factorilor sociali, — al realităţii sociale — care contribuie la difuzarea maladiilor contagioase în mediul rural.

Menţionez şi lipsa băilor rurale care duc la necurăţenie.

Altă racilă este sărăcia care merge mână în mână cu promiscuitatea şi tuberculoza.

Pe de altă parte alimentaţia şi felul de viaţă al ţăranului, fiind extrem de înapoiate, ţara noastră are renumele, pe drept cuvânt, de ţară pelagroasă.

Cea mai importantă cauză care face ca ţăranul să aibă o hrană neîndestulătoare şi de slabă valoare nutritivă este faptul că-i lipseşte îndemnul sufletesc, convingerea că trebue să se hrănească altfel, — ceace înseamnă că el trebue să-şi schimbe întregul lui fel de viaţă.

Aceasta este realitatea socială la ţară şi la vieţii ţăranului român. — La fel şi medicul sanitar rural, coloana vertebrală a serviciului sanitar din M. Sănătăţii, duce o serie de lipsuri şi dureri.

Problema situaţiunii morale şi materiale a medicului de plasă — mereu amânată — se impune. Se impune a salva odată cu situaţia medicului de plasă şi sănătatea rurală atât de jeluită şi totuşi atât de puţin ajutată.

Viciul de structură bugetară la capitolul „salarizării medicului de plasă" şi al „dotării sanitare rurale" s'a tradus printr'o diminuare a capacităţii de muncă a acestuia în câmpul sănătăţii rurale.

Grija de sănătatea ţăranului înseamnă pe de o parte formularea unui program precis de înfăptuire, iar pe de altă parte — mijloace pentru a asigura o viaţă omenească unicului factor distribuitor de sănătatea în mediul rural, medicului de plasă.

S'a elogiat abnegaţia medicului de plasă şi s'a făcut continuu chemare la apostolatul său ca şi când acestea ar fi fost arme cu cari se pot stăvili flagelele. Jertfele consimţite de el nu au putut înlocui însă cu totul lipsa arsenalului sanitar, iar absenţa mijloacelor băneşti i-au restrâns sensibil câmpul de activare.

Multă lume face confuzie între „apostolat" şi „profesiune de medic rural". Să fie bine înţeles că „apostolatul" medicului de plasă, mânat spre carieră de sublime cerinţi sufleteşti, înseamnă

trecerea peste interesele personale ale medicului — acesta mulţumindu-se să trăiască la ţară, într'o regiune necorespunzătoare cu cerinţele sale intelectuale, unde este chemat să lecuiască şi povăţuiască, unde împarte cultura şi contribuie la înobilarea caracterelor, unde el îşi continuă voroava aşa cum a cules-o dela nobilii înaintaşi şi din sufletul lui mare.

Medicul asistă îngăduitor la micşorarea tot mai nemiloasă a drepturilor ce i se cuvin, călăuzit fiind de pasiunea îndeplinirii celei mai nobile dintre profesiuni.

„Profesiunea" însă este în legătură cu nevoile fizice ale vieţii — căci şi medicul trebue să mănânce, să se îmbrace şi să aibă un trai omenesc care să-i dea posibilitatea aşi îndeplini apostolatul său. Nu trebue să uităm că „primum vivere, deinde filozofare".

Concepţiile greşite şi apologia sacrificiului trebuiesc părăsite.

Intrucât legiuirile de până în prezent nu au isvorât din cunoaşterea nevoilor populaţiei rurale, cât şi a greutăţilor pe care le întâmpină medicul rural în exercitarea funcţiunii sale, bine înţeles că nu au putut da roadele aşteptate, ba mai mult, au contribuit la crearea unei situaţii nefaste în care se găseşte azi şi poporul şi medicul rural — supraîncărcat cu tot felul de îndatoriri, fără posibilităţi a face faţă obligaţiunilor impuse.

Dacă medicul atrage uneori atenţia forurilor superioare asupra greutăţilor materiale în care se sbate, aceasta o face numai din dorinţa de a nu-şi măcina râvna de înfăptuire în inacţiune şi a rămâne sceptic până la indiferenţă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Salvarea naţiei nu se realizează numai prin eterna soluţie de numiri noui de medici, câtă vreme cei vechi îşi strigă la toate colţurile mizeriile iremediabile ale carierei lor — într'un mediu protivnic, sărac şi distrus cum e cel dela ţară.

Trebuiesc bani şi iar bani, cel puţin atâţia bani câţi se cheltuiesc pentru armată cu muniţiile — fiindcă aceste muniţii spun pionii noştrii nu vor mai putea fi mânuite de generaţia nouă roasă de tuberculoză, sifilis, pelagră şi alte boli.

Gravitatea acestei probleme s'a ridicat ameninţătoare în văzduhul preocupărilor generale ale actualităţii. Trebue să se găsească un buget pentru medicamente, pentru mijloace de comunicaţie, pentru nenorocirile în care se află părăsită populaţia ţărănească, trădată întotdeauna politicește, iar ridicarea morală şi materială a medicului rural trebue înscrisă ca un prim punct pentru mântuirea cu un ceas mai de vreme a satelor noastre; un medic rural în condiţi omeneşti fiind prima garanţie a luptei sanitare la ţară.

Dar realitatea socială la sate are şi alte aspecte.

Ştim că sătenii în tot cursul săptămânii sunt ocupaţi cu muncile agricole, iar Duminica fiind liberi vin la vizita medicală, — deaceea medicul la ţară îşi are principala zi de consultaţie pe săptămână Duminica. Orice se întâmplă? Duminica se cere medicului să ţină conferinţe cu:

— premilitarii,
— extraşcolarii,
— conferinţe pentru cursuri ţărăneşti,

— să facă inspecția sanitară a jandarmilor, a muncitorilor dela diferite instituții,
— să ia parte la festivitățile religioase și naționale,
— să țină conferințe de propagandă,
— să participe la diferite colecte pentru strângere de fonduri materiale și scopuri filantropice sau naționale,
— și dacă mai adăogăm și formalismul biurocratic cu fel de fel de ordine de răspuns care mai de care mai urgente,

înțelegem cât de mult apasă pe umerii medicului aceste obligații anevoioase care răpesc și ziua de odihnă și higienă personală.

Slaba activitate a medicului rural isvorăște nu din vina medicului sanitar ci mai mult din desorganizarea serviciului sanitar rural și haosului în fața căruia medicul stă nedumerit, neștiind de ce să se apuce mai întâi.

Cum se poate cere medicului-sanitar să aibă o activitate care să nu lase nimic de dorit — în afară de epidemii în raza circumscripției sale — când munca medicului rural se mai dublează cu delegația de girant al unei circumscripții învecinate (care de fapt i se impune în mod oficial și bineînțeles gratuit) — circumscripție care uneori are și un spital. Acum medicul pe lângă serviciul circumscripției sale face și serviciul la noua circumscripție cu spital și bineînțeles și inspecții suplimentare, astfel că i se cere o muncă cu adevărat istovitoare, trebuind să facă zeci de km. pe zi cu dusul și înapoiatul dela o circ. la alta — percurgând în cursul unei luni sute de km. adică de 2 ori distanța Brăila-București.

Dacă delegația pentru acest serviciu suplimentar ține o lună sau și mai mult, atunci medicul este obligat să fie prezent la spital cel puțin din 2 în 2 zile — adică o zi să fie prezent la circa sa unde este titular, iar ziua următoare să facă serviciu la spitalul și circ. vecină.

In concluzie, acest medic este veșnic pe drum — lipsit de mijloace de transport, mișcându-se în permanență într'un chin și sdruncin, extenuat complet și mort de oboseală. In asemenea condiții medicul de plasă trebue:

— să muncească în spital,
— să facă vizita medicală examinând bolnavii,
— să treacă la sala de operații spre a face intervențiile necesare,
— să intervină la nașteri,
— să execute diversele tratamente,
— să vadă de contagioși,
— să treacă la consultații gratuite,
— să procedeze la expertize medico-legale,
— să supravegheze personalul subaltern și să fie vigilent în toate, căci asupra lui se îndreaptă toată răspunderea.

Cu toate încercările de până acum ca: ofensivă sanitară, dispensare mobile, săptămâna curățeniei lunare, cunoscuta îmbunătățire a situației materiale a medicilor, numiri de surori de ocrotire, înmulțirea circ. sanitare, mărirea personalului sanitar auxiliar, etc. **nu s'a putut îndrepta nimic la sate din punct de vedere sanitar.**

Mult trâmbițata îmbunătățire a situației materiale a medicului rural, prin radio și ziare, a avut de rezultat că fiecare țăran vede

în medicul său un nabab şi deci trebue să-i facă absolut totul gratuit, fiindcă este prea bine plătit. S'a ajuns şi la anachronismul că un medic rural primeşte un salariu egal cu acela al agentului sanitar, ba uneori şi mai mic, în cazul când se întâmplă ca acesta din urmă să aibă vechime şi copii.

Este explicabil deci faptul că medicii să nu se îmbulzească la ţară şi deşi s'a mărit numărul studenţilor în medicină aceştia vor rămâne tot la oraşe după obţinerea titlului de doctor.

Intr'adevăr medicul de azi dela ţară, deabia poate face faţă greutăţilor zilnice, necum să mai strângă ceva bani din actualul său salariu; deaceia nu mai poate să-şi cumpere nici o carte ştiinţifică care astăzi costă foarte mult şi nici nu are posibilitatea a se abona cel puţin la revistele medicale existente.

In aceste condiţii este normal ca acest medic să regreseze şi să nu poată face faţă la multilaterala medicină pe care o profesează.

Ţăranul nu are încredere în medicul său rural deoarece îşi dă seama că un om nu poate să îmbrăţişeze toate specialităţile medicale la un loc, ci numai acela care se ocupă de o singură ramură medicală ajunge specialist în materie.

Cum poate face medicul de circ. rurală medicină pură şi să ajungă specialist — când i se cere să facă faţă la următoarele obligaţii:

— să facă 10 inspecţii sanitare lunare la sate fără a avea un mijloc comod de transport, obligat fiind a merge pe jos, călare sau cu căruţa, pe viscol, pe ploaie şi noroaie. Desigur că seara acest medic se întoarce acasă obosit complet şi nu va mai fi în stare să citească nici ziarul, necum o carte ştiinţifică.

— să facă faţă celei mai vaste şi mai complicate corespondenţe de cancelarie:

— procese-verbale de inspecţie,
— acte de dare în judecată la legea sanitară.
— procese-verbale de constatarea abaterilor sanitare a localurilor publice.
— liste de vaccinări şi revaccinări,
— ştiinţe lunare,
— ştiinţe trimestriale,
— corespondenţa zilnică (ordine),
— fel de fel de statistici cerute de minister.

— să facă autopsii şi să redacteze actul medico legal în 4 exemplare

— să facă ofensive sanitare, săptămâni de curăţenie care necesită multă scriptologie şi pe care trebue să o execute tot el căci nu are secretar la comuna de reşedinţă

— să depisteze cazurile de boli contagioase, să le izoleze şi şi să le anunţe, făcând iarăşi corespondenţă.

Cum mai poate acest medic de circ. atât de supraglomerat şi hărţuit să mai facă şi medicină curativă bună, adică să mai fie la dispoziţia bolnavilor cari se bucură de gratuitate completă, cum sunt:

— premilitarii,
— invalizii, orfanii şi văduvele de război,
— toţi săracii declaraţi de primar şi cei nedeclaraţi cărora nu li se poate refuza ajutorul medical.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

— bolnavii de boli epidemice,
— bolnavii de boli sociale,
— jandarmii, grănicerii şi ostaşii,
— extraşcolarii,
— şcolarii cu fişele lor,
— asistenţa infantilă şi controlul copiilor separaţi de mamele lor în primii ani.
— verificarea deceselor şi naşterilor,
— vaccinările obligatorii contra variolei şi cele preventive contra bolilor epidemice,
— ridicarea probelor de alimente şi băuturi,
— controlul periodic al higienei şi salubrităţii publice.

Aceasta este deci realitatea socială a vieţii medicului şi săteanului la ţară. Ţăranul preferă să-şi vândă tot ce are în caz de boală şi să plece la medicii specialişti dela oraş sau dacă nu are ce vinde să recurgă tot la medicina populară ca în vechime, adică la descântece şi burueni.

Propuneri generale:

1) Problema sanitară este o problemă de educaţie şi cultură generală ce trebue difuzată metodic în populaţiunea rurală. Vin rând pe rând:

— ridicarea economică a ţărănimii,
— ameliorarea standardului de viaţă rurală,
— îmbunătăţirea locuinţii săteanului,
— stimularea culturii intensive a pământului cu vite bune şi inventar complet,
— ridicarea standardului cultural,
— reforma învăţământului primar,
— ocrotirea mamei şi a copilului, (preconcepţională şi post-partum).

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

2) Lucrurile nu se vor îndrepta decât prin o nouă organizare sanitară care nu poate fi alta decât diferenţierea şi la sate ca şi la minister a medicinii preventive de medicina curativă. Să existe şi la ţară, medicul sanitar higienist de circ. — care să fie nu numai un organ de control ci un organ executiv — şi medici de dispensar respectiv de dispensare — policlinice pe specialităţi, — adică un medic internist, un medic chirurg, un medic mamoş, un medic de laborator, un medic radiolog, etc.

3) Dreptul prin lege al medicilor curativi de a percepe o taxă dela cei cu dare de mână — taxă fixată de minister pe întreaga ţară, — din care se va vărsa ministerului o cotă necesară întreţinerii şi îmbunătăţirii dispensarului — policlinic.

4) Dispensarul — policlinic va fi situat la depărtare de circa 25 km. de spitalele mixte sau spitalul judeţean.

5) Toate spitalele cu paturi din judeţ vor fi organizate în sensul ca jumătate din paturile existente să fie rezervate exclusiv pentru bolnavii dela ţară trimişi de către dispensarul policlinic, — un sfert pentru săracii dela oraşe şi ultimul sfert pentru cei ce pot să plătească toate taxele integrale.

Bineînţeles pentru ca fiecare dispensar policlinic să ştie numărul liber al paturilor din spitalul judeţean sau mixt este nevoie de o evidenţă zilnică comunicată telefonic.

6) La consultaţii gratuite medicul nu are fixată ora ca la toate

gratuitățile dela oraș și bolnavul este adus la medic în orice oră din zi și din noapte, medicul mergând la domiciliul bolnavului — în orice împrejurări și prin orice mijloace. Să se reglementeze fixându-se orele de consultație gratuită.

7) In mod obligatoriu toți medicii dintr'un județ — respectiv toți medicii de dispensare policlinice se vor întruni cel puțin odată la 3 luni împreună cu medicii din spitalul județean sau muncipiu, cu medicii higienişti-sanitari și medicii practicieni din orașe unde vor discuta nouile metode și tratamente găsite și astfel vor lua ființă ședințele științifice ale acestora.

8) Pentru a atrage pe medici în mediul rural este nevoie ca statul să înființeze un număr anual de burse pentru tinerii doritori a urma medicina, obligându-i a rămâne cel puțin 12—15 ani la plasă după obținerea titlului de doctor în medicină.

9) In toate timpurile a persistat credința că medicii fac și clientelă particulară — astfel că duc o existență onorabilă. Odinioară poate a fost plauzibilă această credință, astăzi însă — din cauză că întreaga colectivitate de funcționari recurg pentru îngrijiri medicale la instituțiile de cari depind — la organizații medicale proprii, majoritatea medicilor se sbat cu mari și multe greutăți pentru existența zilnică. Medicii salarizați insuficient aleargă după 2 posturi, rezultatul fiind dezastruos căci nici ei nu au timpul necesar a se ocupa serios de vreunul din aceste posturi, — iar pe dealtă parte nemulțumiri între bolnavi. Este nedreaptă prigoana ce o depun comisiile de impuneri pentru faimoasele venituri profesionale ale medicului care sunt de domeniul fanteziei la țară, deoarece majoritatea medicilor rurali nu trăiesc decât din salariu. Reglementarea impunerilor prin suprimarea fiscului se impune căci consultațiunile în mare majoritate sunt gratuite.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

10) Socot că salariul minimum de bază pentru orice categorie de medici la standardul actual de viață să fie de 50.000 lei lunar, cu dreptul la gradații din 5 în 5 ani (în total 5 gradații) așa că după 25 ani să ajungă la 100.000 lei. La aceasta se adaogă separat ajutorul familiar, ajutorul de chirie, etc. ținându-se seama de averea personală a medicului. (După D-r I. Metaxa, „Miș. med. Rom." Craiova Ian. 1945 pag. 79).

11) Un singur om, un singur serviciu, deci un singur salariu, afară de cazuri excepționale.

12) Să se acorde prime de merit după valoarea și activitatea științifică sau technică a medicului.

13) Medicii cer să fie înaintați și la calcularea pensiilor încă dela primul an de serviciu bazați pe riscurile personale, cu mult mai frequente în medicină decât în celelalte profesiuni.

Medicina preventivă și higiena:

1) Medicul higienist de circ. — nu de plasă — va fi salarizat suficient avându-se în vedere că el nu va trăi decât din salariu, deoarece el nu va avea voie să dea ordonanțe medicale sau să trateze bolnavii.

2) Va fi improprietărit cu 5—10 pogoane de pământ sau

i se va da spre folosinţă proprie terenul arabil de 5 ha., aferent instituţiei pentru nevoile gospodăriei sale, graţie căreia îşi va putea întreţine o vacă de lapte şi oi precum şi hrana cailor dela dogcarul de inspecţii. Injghebând medicului higienist o mică gospodărie rurală numai astfel ministerul poate să-l atragă în mediul dela ţară.

3) Gospodăria medicului rural să fie dotată cu cele strict necesare vieţii la ţară, adică:

— o magazie încăpătoare drept remiză pt. mijloace de transport, etuvă şi lemne,
— un grajd pentru animale şi vite,
— un porumbar sau pătul pt. cereale,
— o bucătărie de vară în curte,
— o baie higienică şi practică,
— un closet şi haznale higienice,
— iar terenul instituţiei împrejmuit cu un gard de scânduri şi înconjurat de 3 ori cu sârmă ghimpată spre a nu fi deteriorat şi scândurile furate.
— telefon şi lumină electrică în satele cu energie electrică.

4) Pentru inspecţiile medicului să se prevadă mijloace moderne şi rapide de transport şi să fie în aşa fel puse la dispoziţia acestuia încât să-i dea prestigiul cuvenit faţă de populaţie. Am zis mijloace rapide de transport căci nu este în interesul serviciului a pierde timpul necesar dela reşedinţă şi nici a extenua medicul de oboseală.

Când îi vom da medicului mijloace de transport care să-i menajeze sănătatea să fie sigur statul că nu se va găsi vreun medic care să nu facă cu drag inspecţiile oficiale — condiţia sine qua non fiind achitarea fără întârziere a îndemnizaţiei de transport şi odată cu leafa. Ca să precizez este nevoie de 2 feluri de mijloace de transport.

Digitized by Romanian Academy Library Cluj

— vara o autocamionetă,
— iarna un dogcar acoperit pentru a putea răzbi pe şoselele impracticabile dela ţară şi troienile de zăpadă înalte cât gardul, — fie în inspecţie, fie pentru bolnavii grav sau epidemici — ce-ar merge pe ger, vânt sau ploaie la spitalele mixte sau spitalul judeţean — situate la o depărtare de 25—45 km.

La prima vedere ar părea un lux aceste 2 mijloace de transport, dar cine cunoaşte realitatea vieţii sociale dela ţară îşi dă seama că autocamioneta se poate utiliza numai vara iar dogcarul acoperit, cu 2 cai, numai iarna.

5) Diurna de transport să fie fixată la suma de 20.000 lei lunar deoarece pentru cele 10 inspecţii medicul plăteşte căruţa pentru deplasare pe ziua întreagă, hrana căraşului şi hrana sa proprie — căci nu e admisibil ca medicul să-şi cerşească hrana pe la diferiţi locuitori.

In cazul când medicul ar avea dogcar şi cai, această diurnă ar folosi la hrana animalelor şi procurarea materialului de înhămare. Să fie bine înţeles că diurna de deplasare a medicului nu este echivalentă cu diurna orelor suplimentare de muncă ale celorlalţi funcţionari ai statului, ele fiind îndemnizaţii de deplasare, speze ce medicul le plăteşte din buzunarul său propriu.

6) Diurnele „excepţionale" în caz de epidemii să fie deasemenea salarizate, statul ţinând cont de numărul şi marea lor cheltuială

— fiindcă numai astfel poate să încurajeze medicul care fiind plătit equitabil va putea face operă efectivă.

7) Pentru a atrage cu adevărat pe medic în mediul rural statul ar trebui să majoreze prima de încurajare — adică să fixeze diurna de reşedinţă rurală la 10.000 lei lunar.

8) Pentru chiria medicilor rurali, luminat şi încălzit să se fixeze o sumă globală şi uniformă pentru regiunile unde nu sunt locuinţe medicale în natură, şi această sumă precum şi lemnele necesare pentru încălzitul iernii să fie impuse de către ministerul sănătăţii autorităţilor comunei respective.

9) Medicul higienist să poată aplica amenzi sanitare pe loc, iar cu erarchie să fie egal în grad cu pretorul pentru a-i mări prestigiul.

10) Este imperios necesar un funcţionar administrativ de carieră — secretar — la comuna de reşedinţă a circ. pentru rezolvarea corespondenţei, lucrărilor de cancelarie, ordinelor M. Sănătăţii şi Serv. Sanitar Judeţean precum şi adresele celorlalte instituţii particulare sau sanitare, statistici, acte medico legale şi de propagandă.

11) Să se acorde periodic concedii de studii pentru reîmprospătarea cunoştinţelor medicului, astfel ca acesta să fie la curent cu progresele ştiinţifice, — concedii cu păstrarea salariilor, respectându-se toate drepturile medicului.

12) O ultimă chestiune şi de o importanţă capitală este eroarea ce domneşte şi azi la Minister în privinţa salarizării actuale a medicului de plasă prin interpretarea eronată a codului de salarizare din 1940 a funcţionarilor publici.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Intr'adevăr s'a fixat pentru medicul rural salariul de 11.000 lei lunar. Ori ce se întâmplă? Această salarizare fiind înglobată la un capitol împreună cu alţi funcţionari, capitol care se subdiviza în câteva grupe, s'a aplicat şi medicului rural această subdivizare şi anume s'a ajuns la anacronismul că avem medic rural de categoria Bucureşti cu 11.000 lei lunar, — medic rural de categorie urban cu 9.000 lei lunar, şi medic rural categoria rural cu 7046 lei lunar.

Această eronată interpretarea a salarizării medicului rural trebuie cât mai curând îndreptată fiindcă este inadmisibil ca un medic rural să aparţină la 3 categorii pe când în realitate nu aparţine decât unei singure categorii aşa cum titlul îl arată — categoria rurală — şi deci cu salarizarea de bază de 11.000 lei lunar fără sporuri de scumpete acordate în ultimul timp, fără gradaţii, fără alocaţie familiară, etc.

Este ridicol că s'a putut strecura o asemenea eroare şi trist în acelaşi timp căci de 5 ani medicii rurali îşi strigă la toate colţurile nedreptatea şi totuşi nu s'a găsit cineva care să o remedieze.

Până la noua salarizare preconizată (la capitolul „Propuneri generale" pct. 10) a medicilor sanitari rurali — facem un apel călduros la D-l Ministru al Sănătăţii, or care o fi, şi la forurile în drept arătat nedreptatea ce dăinueşte încă în paguba medicilor sanitari şi cerem corectarea automată a salarizării aşa fel încât un medic rural să nu mai primească salariul pe cele 3 categorii — ci pe o singură categorie — aşa cum e normal.

PROBLEMA MEDICO-SOCIALĂ

de

D-r ŞERBAN FLORIAN

Asistăm cu toţii astăzi la marele proces de frământare interioară şi exterioară prin care trece omenirea întreagă. Războiul recent care a cuprins întreg globul se pare că a grăbit desfăşurarea acestui proces, întocmai după cum căldura grăbeşte un proces inflamatoriu şi-l duce la abcedare. Am spus că l-a grăbit deoarece el există şi se desfăşura sub o formă latentă şi variată încă dela început, îmbrăcând în decursul timpului în diversele ţări culoarea specific locală.

In viaţa omenirei evoluţia acestui proces s'a strecurat dealungul anilor, întocmai ca apa de izvor la vale, sărind obstacole întâlnite în cale şi creindu-şi prin fenomene de evoluţie sau revoluţie, o structură bine precizată ca poziţie, dar cu forme diferite ce nuanţau caracterul vremurilor în care fiinţa, aceste forme de viaţă erau în directă legătură cu necesităţile oamenilor, doritori ca prin legea continuă a progresului să-şi construiască un ideal perfect de vieţuire.

Iată de ce această omenire în decursul timpului şi-a construit forme de viaţă şi a dat legi de conducere care pentru acele timpuri corespundeau poate mentalităţei şi dorinţelor lor.

Din era preistorică omul dela individualism s'a organizat treptat-treptat evoluând spre concepţii din ce în ce mai noi construindu-şi un mediu comun de existenţă, o colectivitate cu legi însă adaptate la această nouă formă de viaţă. Desigur creiarea colectivului, a societăţei reprezenta un real progres în evoluţia omenirii, dar problemele şi rezultatele în concepţiile organizărei, conducerei acestui colectiv erau din ce în ce mai dificile. Nu încercăm să abordăm o cronologie sau un istoric al fenomenului social dela început şi până astăzi; ne vom opri doar pe scurt a aminti că evoluţia progresistă a omenirei durează încă, iar fenomenul social este în plină criză. Acelaşi om în permanenţă a fost însetat de o altă viaţă care să-i asigure o existenţă mulţumitoare şi în care echilibrul social să fi fost atins. Această luptă continuă cu tendinţa spre perfecţiune, a creiat pentru diversele straturi ale societăţii, un fenomen aparte, fenomenul social. Acest fenomen a sguduit şi sguduie din temelii societatea cu toate straturile ei de câte ori echilibrul este în defect.

Este poate ce se întâmplă astăzi şi desigur că el va mai dura până când scopul propus nu va fi atins; şi atunci se va cristaliza sub o formă precisă pe care o înţelegem cu toţii a fi mai bună pentru întreaga colectivitate. Individualismul sălbatec asocial în tendinţă de dispariţie complectă cu trecerea anilor va lăsa loc unei societăţi bine organizate în care factor principal — interesul general va fi atins.

Dar în prezent această societate sub orice gen ar fi evoluat, ea nu a construit perfect ceeace ar fi trebuit. Factori diverşi au alterat noţiunea de colectiv, de societate şi deviaţia acestor diverse alteraţiuni

fiind expresia dureroasă a unor încercări de a reechilibra organizarea societăţii. Este ceeace timpurile trecute marcau transformarea fenomenului de evoluţie în acela de revoluţie.

Iată de ce socialul, acest factor de interes general pentru organizarea societăţii, a fost privit de multe ori sub prizma unor reflexiuni personale, eventual politice şi tratat ca fiind încercarea unor anumite părţi din societate de a o dărâma şi a o constitui în dauna interesului propriu.

Este conflictul trecutului şi al prezentului, este lupta de echilibru de care vorbeam mai înainte, este legea progresului în plin marş spre ţinta finală.

In general oricare ar fi fost genul de manifestare a societăţii, un lucru de căpetenie interesa individul luat în parte, sau colectivitatea în general — sănătatea.

Fără ea nu putea exista sau în orice caz existenţa ei ar fi fost şubredă dacă această problemă nu era pusă la punct. Sănătatea este cel mai mare dar al naturei şi de buna ei stare atârnă întreg complexul biologic al existenţei omenirei. După felul cum celula de bază a oricărei forme de organizare — familia sau însăşi naţia întreagă îşi va conserva acest capitol biologic, aşa îşi va asigura şi îşi va dura o existenţă valabilă pentru trăinicia viitorului. Legată de individ ea nu spune prea mult. Legată de colectivitate ea este totul. In interesul societăţei capătă alt aspect şi deschide o nouă problemă — *Asistenţa Socială.*

Omul în lupta lui cu viaţa este de multe ori obosit şi doborât.

In mijlocul acestei probleme colectivul intervine imediat sau nu şi omul va fi lăsat în prăbuşire, ori ridicat pentru a porni la drum din nou; şi atunci spunem că asistenţa socială funcţionează.

Dar au fost şi sunt organizări sociale în care problema aceasta nu a fost văzută prin prisma colectivului. Individul era în totul luat ca unitate de bază, iar legile şi organizarea acestei societăţi porneau dela această ideie. Deci fiecare pe cont propriu cu mijloace proprii.

Prea puţin se nuanţa un colectiv, dar cu totul în altă direcţie dependent de alt factor, factorul politic. Obiectivele societăţii erau altele, cu totul schimbate, iar la intervenţia celui de al treilea factor, *factorul economic* structura şi perspectiva societăţii erau deviate spre o complectă şi schimbată organizare. De aici desechilibrul social, diferenţa, monstruoase de clase, luptă şi instabilitate perpetuă.

In ce sens mai putea dăinui atunci Asistenţa Socială când factorul, de care era legată *factorul social,* era la discreţia celorlalţi doi! Sau poate că a existat dar, sub egida unei situaţiuni alta decât în realitate, greşită ca concepţie, greşită ca aplicare la mediul social.

Aşa au fost aşa sunt şi astăzi se pare sisteme de organizare a societăţii, cu factorul social dependent de ceilalţi doi. Nu putem pretinde acelora ce aplică sau ce încearcă să aplice metode de luptă şi asistenţă socială, un rezultat bun. Dibuim încă în întuneric, şi căutăm o

rază de lumină spre care să ne îndreptăm. Suntem în plină frământare şi cristalizarea fenomenului social într'o formă precisă nu a sosit încă.

Asistenţa socială însă are o parte bună şi o particularitate interesantă. Ea se poate adresa nu numai colectivului ci şi în unele cazuri individului. Să încercăm până la desăvârşirea unui ideal de luptă adequat, chiar imposibilul. Să ne adresăm individului şi cu el şi dela el să plecăm dela mic la mare realizând în parte dorinţa socială-colectivă Sănătatea lui de azi va fi a colectivului de mâine.

Să ne slujim de cele două elemente disponibile: Curativul şi Preventivul. Mai puţin de Curativ, element costisitor şi inoportun reprezentând uzura societăţei şi lipsa de îngrijire la timp, mai mult de Preventiv, element generator de viaţă.

La noi cum observă just d-l D-r Tocilescu într'un articol de cotidian şi mai înainte mulţi alţii, eroarea este gravă şi pune în primejdie existenţa de mâine a naţiei. Am persistat şi persistăm sprijinindu-ne pe curativ lăsând preventivul în uitare, indiferenţă sau incompetenţă.

Organizarea sănătăţei noastre suferă astăzi ca şi în trecut. Ne-am mulţumit doar cu superficialităţi materiale şi propagandistice cu statistici interminabile şi am uitat ideia, baza dela care trebuia să plecăm ajungând dela cauze greşite la efecte greşite. Nimeni nu a căutat răul la origine, şi nimeni nu l-a curmat dela rădăcină. Câteva balsamice materiale care serveau de anestezice—consultaţii medicale irosite inutil, curativ cât vrei, iată asistenţa noastră socială. Rezultatul se poate vedea astăzi. Să-l mai spunem? Ne doare!

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Desvoltarea asistenţei sociale cu obiectiv principal, preventivul, este astăzi mai mult ca oricând urgent necesară. Este o problemă de viaţă ce ni se pune pentru existenţa noastră. Ea reprezintă în afară de ideia de actualitate, socialul, o ideie de permanentizare a tot ce poate fi mai nobil ca materie şi suflet. Este o operă pusă în slujba omenirei întregi.

S'a născut odată cu ea şi va muri cu ea. Pentru aceasta va trebui devotament, conştiinţă socială competentă.

Acei ce vin dupe noi şi vor trebui să aplice aceste metode noi de luptă trebuiesc crescuţi în acest spirit.

Să li se încredinţeze prin legi toată autoritatea necesară, să li se ridice standardul de viaţă, să fie bine pregătiţi profesionalmente şi să ştie din timp că întregul lor efort va fi dirijat pentru ridicarea colectivului. Sunt chestiuni de amănunt care poate nu interesează. Privim lucrurile în mare şi aşteptăm omul creiaţiei.

Asta dorim şi este necesar; iar dacă timpurile ce vor veni vor ridica factorul-social la locul meritat şi-l vor aduce ca factor de conducere, atunci grăbirea procesului va fi mai rapidă şi rezultatele vor fi neîndoelnic fericite.

PE MARGINEA CAMPANIILOR SANITARE

de

D-r D. ZEANA
Medic primar—chirurg, Arad

In legătură cu lupta care se duce pentru combaterea plăgilor sociale, să-mi fie îngăduit şi mie să expun câteva considaraţiuni.

* * *

Fără îndoială că îmbunătăţirea stării materiale, culturale ca şi morale, a poporului, înlesneşte mult munca organelor care se străduesc să ridice valoarea biologică a neamului. Un standard de viaţă superior influenţează în bine şi sănătatea individului şi cea a societăţii.

* * *

Incă din 1927, lucrând la Vâlcea, am dat alarma, scriind în „România Medicală", despre starea sanitară rea dela noi. Apendicitele se prezentau la chirurg numai după ce perforau şi în ultimul stadiu de peritonită, herniile după strangulare şi cu mari întârzieri, fracturile numai cele complicate, naşterile anormale în stadiu de adevărată putrefacţie. Nu mai vorbesc de cancer şi de tuberculoză. Pe contul unui mic moluscum pendulum s'a desvoltat, cu timpul şi cu contribuţia neglijenţei şi a ignoranţei, o tumoră de 3-4 kgr. exulcerată, putridă, degenerată; pe contul unui mic nerv al pavilionului urechei, s'a desvoltat un epiteliom inoperabil al capului. Nu pot înşira aici lista cazurilor complicate şi neglijate, din care se degajează ignoranţa şi lipsa de mentalitate chirurgicală. Am dat alarma atunci, crezând că eram obligat, ca medic şi ca român, să aduc la cunoştinţa Ministerului această stare deplorabilă. Am dat alarma şi prin articole de gazetă locală, ca şi prin conferinţe, deoarece lupta trebuia dusă şi spre luminarea poporului, în sensul de a se creia o nouă mentalitate, pentru ca suferindul să se prezinte la medic şi la spital în timp util, când se pot salva aproape toţi bolnavii, iar nu un număr mic de bolnavi şi aceştia salvaţi prin încercări disperate, pot zice chiar eroice.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

* * *

In general, organele noastre sanitare se interesează în mod deosebit de plăgile sociale, recunoscute ca atare peste tot: tuberculoza, sifilisul, cancerul, alcoolismul, mortalitatea infantilă.....; în adevăr boli cari poartă mai de mult această titulatură, din cauza repercuţiunii pe care o au asupra descendenţilor şi asupra neamului, asupra omenirii.

Aşa privind lucrurile, s'ar părea absurd să consideri ca plagă socială chirurgia de urgenţă.

Lupta mea a fost dusă mai ,ales în această ultimă direcţie. Dela primii mei paşi, făcuţi pe drumul spinos al chirurgiei, am fost impresio-

nat de starea gravă în care se prezentau bolnavii la chirurg. Peste tot se comentau rezultatele obţinute în funcţie de timpul când s'a prezentat bolnavul. Cutare chirurg se laudă cu un caz disperat, smuls din ghiarele morţii prin luptă eroică; rezultatele proaste, mortale, de regulă nu se publică.

Această stare nu se poate îndrepta dacă nu vedem limpede situaţia actuală şi dacă nu pornim dela starea reală. Nu avem creiată încă nici mentalitatea de a se trata bolnavii la timp şi nu apreciem îndeajuns sănătatea noastră, fizică şi morală. N'am reuşit încă să încadrăm cu precizie atribuţiile şi orizontul medicinei preventive şi ale medicinei curative, sau, mai bine zis, să precizăm legătura strânsă care trebue să fie între aceste două drumuri de muncă şi de luptă.

Fiecare for medical, trebue să aibe atribuţii precise şi să se ţie strict de ele.

Indată ce medicul de circumscripţie alunecă pe panta medicinei curative, el devine prizonierul clientelei şi, vrând nevrând, neglijează rolul principal pe care trebue să-l joace. Pentru aceasta însă se cere ca medicul de circumscripţie să fie bine retribuit, să aibe locuinţă confortabilă, mijloace de deplasare, consideraţie şi autoritate. Toate circumscripţiile să fie organizate la fel, sacrificiile de ordin material, ca şi eforturile în luptă, pentru sănătatea neamului, trebuesc extinse intens şi uniform în toată ţara. Nu înţeleg de ce să se concentreze toate jertfele în anumite circumscripţii „model", neglijindu-se cele vecine.

Spitalele rurale, mixte, pot juca un rol foarte mare, pot fi foarte folositoare, mai ales pentru combaterea plăgilor sociale şi a bolilor contagioase şi acestora însă trebue să li se fixeze raza de acţiune, să aibe atribuţiuni precise. Unii medici de spitale mixte fac acolo mai mult chirurgie, fiindcă le place, sau fiindcă aceasta rentează. Alţii fac pe specialiştii în boli interne, în oto-rino-laringologie, dentistică etc. Desigur că un specialist găseşte material de lucru la ţară; dar nu acesta este rostul medicului de circumscripţie şi nici al medicului de spital mixt.

Pe umerii lor apasă problemele plăgilor sociale şi ale bolilor contagioase.

Spitalul judeţean este cel care trebue să aibe servicii cu diferitele specialităţi strict necesare, cu medici primari specializaţi: chirurgie, interne, obstetrică, venerice, copii, nas-gât-urechi, ochi, tuberculoză, laborator, rămânând ca unele secţii să figureze în centrele de provincie -neuro-psihiatrie, chirurgie, ortopedică, chirurgie urologică...

Insist asupra atribuţiunilor bine precizate pentru fiecare specialist, fiindcă la noi se face mult diletantism şi fiindcă fiecare face ce vrea, sunt servicii de obstetrică unde se operează în mod curent apendicite, hernii şi orice; sunt servicii de chirurgie ortopedică unde se operează mai mult stomacuri, guşi etc., ca şi servicii de chirurgie urologică unde se operează mai mult pe oase. Prin această libertate exagerată şi lipsă de încadrare strictă în specialitate, pierdem din toate punctele de vedere.

Este bine deasemenea ca medicii primari specialişti, egali şi autonomi din punct de vedere tehnic, să fie în permanentă colaborare, iar ca director al spitalului să fie cineva consacrat numai administraţiei. Este bine ca diferitele servicii dela spitalul judeţean, centralizate sub aceeaşi administraţie, să fie cu un număr suficient de paturi, spitalele să fie toate după acelaş tip, atât ca construcţie, cât şi ca înzestrare.

Care este situaţia actuală a spitalelor noastre în unele judeţe?

Un spital, sau chiar un serviciu al unui spital, are tot ce-i trebue, altele nu au nici strictul necesar. Un spital este nou, mare, confortabil şi perfect înzestrat, altul este neglijat. Nu vreau să enumăr motivele cari au dus la aceste diferenţieri.

Nu putem face operă sanitară complectă, totală, pe ţară, prin circumscripţii model; sau prin câteva spitale model; confortul strict necesar trebueşte repartizat în mod uniform peste tot.

* * *

Revin asupra *chirurgiei de urgenţă*, pe care eu, cel puţin pentru ţara noastră, *o plasez în rândul plăgilor sociale.*

Cazurile de chirurgie de urgenţă, prin faptul că sunt neglijate, din cauza lipsei de mentalitate chirurgicală, dau un mare procent de mortalitate. Cei salvaţi, cu mari sacrificii, rămân cu sechele şi invalidităţi cari apasă mult familia şi societatea, în toate privinţele. Cred că o lucrare statistică asupra stării tutulor accidentaţilor din ţară, prin numărul mare de morţi şi de invalizi, ne va face să dăm mult mai mare importanţă chirurgiei de urgenţă şi a accidentaţilor de pe câmpul muncii.

* * *

Lucrez de mai mulţi ani ca chirurg al Casei de Asigurări Sociale şi-mi dau seama de lipsurile mari şi multiple. Casa de Asigurări, în provincie mai ales, prezintă o hipertrofiere a aparatului administrativ, atât din punct de vedere bugetar, cât şi ca autoritate, s'au construit în unele centre industriale localuri mari, costisitoare şi confortabile pentru laturea administrătivă; partea medicală, care este principala, a rămas pe loc.

O casă de asigurări sociale, într'un centru cum este Aradul, spre exemplu, la atâta cheltuială, putea să aibe şi un serviciu spitalicesc cu 30—40 de paturi, pentru rezolvarea cazurilor de urgenţă. Din lipsa aceasta rezultă multe cicatrici vicioase, multe bonturi vicioase, multe redori articulare şi chiar anchiloze, multe calusuri patologice şi bolnavii accidentaţi bat pela multe porţi.

Capitolul rentelor de invaliditate este destul de edificator pentru a evidenţia necesitatea întronării unui nou sistem de a concepe tratamentul traumatizaţilor.

* * *

Stadiul în care se prezintă la specialist cazurile de urgenţă, ne pune pe gânduri.

Ne trebueşte o poliţie sanitară serioasă, din sat în sat, din casă în casă şi din om în om, pentru ca, la un moment dat, fiecare specialist, cu serviciu la spitalul judeţean, să ştie că în comuna cutare are de rezolvat atâtea apendicite, atâtea hernii, guşi etc. Această adnotare a cazurilor pe *harta sanitară a judeţului* nu se poate face decât în două condiţiuni:

a) Medicii de circumscripţie, cu personalul subaltern (moaşe, agenţi sanitari), dirijaţi de către medicul şef al judeţului, să îmbrăţişeze în ansamblu problema medicinei preventive, precum şi trierea şi îndrumarea bolnavilor, în timp util, spre centrul spitalicesc judeţean. Pentru aceasta serviciul de salvare trebue să funcţioneze în permanenţă şi până în cele mai îndepărtate colţuri ale judeţului.

b) A două problemă, cea a medicinei curative, trebueşte deasemenea îmbrăţişată în ansamblul ei, pe judeţ şi pe specialitate, de către medicii primari dela spitalul judeţean, fiecare în ramura lui de activitate. Spitalele judeţene trebue să fie bine înzestrate, cu laborator complect, cu bibliotecă, sală de conferinţe etc. Numai aşa un medic primar se va fixa în orice colţ al ţării, putându-se utiliza şi materialul pentru lucrări ştiinţifice importante.

* * *

Ne trebueşte o nouă mentalitate, un nou sistem de muncă, o înnoire sufletească, o solidarizare şi o colaborare sinceră a întregului corp medical, pentru atacarea şi rezolvarea problemelor sanitare cu caracter social şi naţional.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Numai prin disciplină severă, prin efort de muncă coordonată şi desinteresată, prin spirit de organizare în ritmul vremurilor de astăzi, putem scăpa de ruşinea plăgilor cari rod vlaga neamului nostru.

Ne trebueşte o campanie sanitară permanentă, susţinută.

ISTORIA MEDICINEI, PRIN CĂLĂTORI

de

D-r V. GOMOIU

Scrierea cronicilor noastre a început târziu și de aceia istoria românească propriu zisă, sau națională, este relativ foarte proaspătă; iar povestea trecutului nostru ceva mai îndepărtat, s'a reconstituit — destul de greu și cu aproximație, — după însemnările — mai mult sau mai puțin corespunzătoare realității, — lăsate de către unii din străinii care au călcat prin ținuturile noastre, ori le-au îmbrățișat dela distanță cu imaginația lor.

Pe deasupra celor scrise de erudiții Ureche, Gr. Tocilescu, N. Densușianu, V. Pârvan, etc., neîntrecutul iscoditor Nicolae Iorga ne-a lăsat chiar o „Istorie a Românilor, prin călători". Dar, fiind-că nu s'a insistat asupra medicilor care au trecut pe la noi, și latura medicală a trecutului nostru a rămas încă destul de umbrită, — am crezut că, în afară de celelalte lucrări medico-istorice pe care le-am alcătuit, poate să prezinte oare care interes înmănuchiarea informațiilor ce urmează, sperând că se va găsi cine să le folosească pentru complectarea istoriei de până acum.

Bizuindu-se pe niște texte vechi, D-r. H. Serafidi spune că, odată cu „Expediția Argonauților" (— pe la anul 1300 înainte de Christos), ar fi venit pe aici și un medic **Aclepeni Coronide** (fost elev al lui Chiron), care a și profesat medicina în Dobrogea. Nu știu dacă s'a înapoiat cu restul Argonauților ori și-a lăsat oasele pe aici, dar acest Aclepeni Coronide este primul medic și primul călător de care se pomenește prin părțile noastre.

Judecând după amănuntele medicale pe care le-a consemnat în Iliada, se bănuește că **Homer** ar fi fost medic de război, și se crede chiar că ar fi călătorit prin ținuturile noastre, dar nu s'a aflat încă nici-o confirmare.

In schimb, se știe sigur că pe aici a călătorit însuși marele **Hippocrat** — cel supranumit „părintele medicinei moderne", — care a trăit între anii 460—377 înainte de Christos. El ar fi deci cel mai vechi — despre care avem date pozitive — și, în ori ce caz, cel mai reputat dintre medicii care au călătorit pe la noi, cu intenția de a'și îmbogăți cunoștințele.

Din nefericire încă, informațiile medicale pe care le-a lăsat — sau, care cu ajuns până la noi, — se referă numai la Scythii din nordul Mării de Azov. Acele informații — care, de altfel sunt mai mult para-medicale, — se află consemnate în lucrarea sa „Despre aer, ape, și locuri", care intră în compunerea „Colecției Hipocratice".

Poate că după Hipocrate vor mai fi călătorit pe aici și alți medici, în secolele următoare, dar, n'am aflat nici-o urmă.

Nu știu ce calificativ s'ar potrivi mai bine numeroșilor „vulnerarii" (Aemilius Decimus, Titus Rascanius, Titus Attius Divixtus, Publius Corcolonius, etc.) care au însoțit oștirile romane în Dacia, căci, — exceptând pe Marcus Valerius Longinus, care a murit în Drubeta, — nu se cunoaște soarta lor.

In schimb, se știe bine că unul dintr'ânșii, **Pedanius Dioscuride** (care a trăit între anii 40—90) s'a înapoiat la Roma și a devenit celebru prin lucrarea sa „Despre materia medicală", care a servit de bază botanicei și farmacologiei moderne. El apare deci, ca un adevărat călător; ba încă, în prefața amintitei lucrări, spune singur, că a consemnat ceia ce a învățat prin Panonia și Moesia, pe unde a „călătorit cu trupele romane. Deși nu indică neamurile dela care și-a cules informațiile, apare sigur însă că printre ele s'a numărat și înaintașii noștri, de vreme ce limba noastră mai păstrează încă o seamă de numiri geto-dacice din acelea consemnate de Dioscuride, iar unele din plantele semnalate de el, mai au chiar astăzi aceleași întrebuințări populare ca cele arătate de el.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Nu avem o confirmare absolută, dar, se prea poate că în primul secol după Christos, să fi călătorit pe aici chiar celebrul **Athaeneus**, fondatorul școalei medicale pneumatice, — de oare ce într'una din scrierile sale („Ta Termata fainomena, etc."), spune că „Apele calde ale lui Hercule, care isvorăsc din pământ, sunt vindecătoare" (— ceia ce ar însemna că a văzut Băile Herculane).

A trecut apoi mai bine de o mie de ani până ce mai aflăm câteva nume de medici, ca acel „Decretorum Doctor" Demetrius Transilvanus, care a venit în Moldova odată cu armata lui Sigismund, și alții, care par a se fi stabilit prin părțile noastre (Maestrul Joane în 1460, Dorino Cataneo în 1465, etc.).

Abia în anul 1471, a venit în misiune diplomatică (în Moldova, la Vaslui), un anume **Isak Beg** („natione Hispanus, fide autem Hebraeus"), care era medic al Hanului Tătarilor. El era prevăzut cu o scrisoare de împuternicire generală „ad excelentissimos dominos Francorum" și venise să încheie alianță cu Ștefan cel Mare, în contra Turcilor. Cu acea ocazie, se pare că Isak Beg a dat Voevodului nostru și oare care îngrijiri medicale, dar și-a continuat călătoria diplomatică spre Buda și Roma, fără să fi lăsat altă urmă despre trecerea lui prin țară.

Poate că tot ca niște „călători" ar trebui considerați medicii Bartolomeus de Albricis, Niculaus Venetianus, Baldesar Perusianus (1475), H. și I. Klingenspom (1499), Matheus Murianus (1501), Georgius Piemontese, Girolamo de Cesena, Joannis de Aquila, A-

lessandro Veronese (1503), Leonardo Massari (1504), care au venit între timp în Moldova ca să îngrijească pe voevodul Ştefan cel Mare sau Girolamo Makhievich, care a venit la curtea lui Neagoe Basarab, etc. Dar, toţi au reintrat repede în obscuritatea din care ieşiseră, ne-lăsând altă amintire despre trecerea lor pe aici, de cât înregistrarea numelor, care nu spun nimic.

Unul singur din aceştia a purtat un nume mai sonor — Sicilianul **Branca** — aparţinând celebrei familii de specialişti în rinoplastie. El fusese recomandat de către împăratul Maximilian, dar dovedindu-se a nu fi nici pe departe la înălţimea reputaţiei familiare, a trebuit să plece repede, spre a'şi lega numele de istoria lui Matei Corvin, devenind medicul şi confesorul acestuia, iar în 1492 se găsea în Temişoara, unde a îngrijit pe Chinezu, zis „Ercule" al Banatului.

Ţinând seamă de graniţele de pe vremuri ale ţării, poate că ar trebui să considerăm tot ca pe nişte „călători" — străini, pe toţi medicii sau bărbierii care au venit din Ardeal, în interes profesional, dar, — pe lângă că nu li s'a păstrat de cât numele, trunchiat, — mi se pare că trebue să-i considerăm ca ai noştri.

Curând însă după cei amintiţi, a ajuns prin aceste părţi ale răsăritului european, celebrul Aureolus Thoephrastus Bombastus von Hohenheim, supranumit — sau, poreclit — **Paracelsus** (care a trăit între anii 1449—1541). In afară însă de informaţia vagă că a călătorit prin părţile Austriei şi Transilvaniei, nu s'a precizat pe unde a călcat dincoace de Viena, şi, poate că cea mai bună — dacă nu singura — dovadă despre acea călătorie, o constitue lucrarea sa despre „Boalele tartarice".

Abia se stinsese lumina celebrului călător — aproape vagabond — Paracelsus, şi, la orizontul nostru apare figura distinsului epidemiograf **Thomas Jordanus** care a studiat medicina la Paris, Wittenberg, Montpellier, Padova, Wiena, şi, între alte lucrări, a descris (sub numele de „Morbus Hungaricus" sau „Lues pannonica") tifosul exantematic care a bântuit Ungaria în anul 1566 (în timpul războiului cu Turcii). Nu ştiu dacă acest Toma Iordan trebue considerat ca un străin, căci s'a născut în Cluj (la 1535), dar este sigur că a trăit şi a murit (în 1585) ca un fiu al Moraviei.

Printre medicii care au trecut pe aici — într'un scop sau altul, — aşi putea să notez pe **Orazio Carrara** de care se pomeneşte cu ocazia morţii lui Petre Şchiopul, şi pe Rabi Joseph Solomon del Medigo, (evreu originar din Kandia), care, — călătorind (în 1619) de la Constantinopol spre Polonia, — s'a oprit la Iaşi (în Moldova), unde s'a întâlnit cu învăţatul rabin şi medic Solomon ben Arayo, — dar n'a scris nimic în legătură cu medicina sau cu istoria noastră.

De asemenea **Fridericus Monavius** (originar din Breslau), care frequentase mai toate universităţile europene, a fost în 1635 (câteva luni) medic şi profesor al şcoalelor săseşti în Braşov şi la Bistriţa, dar a plecat imediat (în 1636), fiind numit profesor la universitatea din Greifswald. Dela el a rămas o „Programma quo munus professorum Brasovi quam Coronam vocant", şi o „Programma Bistritiae Daco-Sacsorum".

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Doi călători a căror trecere prin țările noastre (Muntenia și Moldova) a stârnit oare care vâlvă, au fost călugărul ortodox **Paul din Alep** (care a însoțit pe patriarhul Macarie, în vizită canonică), și catolicul **Marcus Bandinus** (venit cu misiune bisericească, la Iași, și apoi izolat la Bacău). Deși nu erau medici, amândoi au profesat meseria și ne-au lăsat (— primul, în descrierea călătoriei, — iar al doilea în „codex bandinus") oare care însemnări care au interesat istoria medicinei noastre. Mai mult însă de cât pe al acestora, se cuvine reținut numele misionarului **Ph. Avril** din „compania lui Isus", care a publicat (la Paris, în 1692) „Voyage en divers états d'Europe et d'Asie entrepris pour découvrir un nouveau chemin à la Chine. Contenant plusieurs remarques de Pysique, de Geographie, d'Hydrographie et d'Histoire", — consacrând toată cartea V pentru „Voyage de Moldavie".

Revenind însă la medicii „călători" merită să amintesc că, împreună cu Grigore Ghica Vodă, a venit la noi— ca medic al său, de casă — un oare care „doftoriu **Timon**" sau Emanuel Timonis, care n'a fost înregistrat de istoria noastră de cât pentru faptul că în 1674, la Constantinopol, din îndemnul Cantacuziniștilor, a otrăvit pe fostul său stăpân. Totuși, el a intrat în istoria medicală, prin următoarea împrejurare:

Impreună cu Carol XII al Suediei, a „călătorit" pe aici — doctorul **Skragenstierna** care l-a însoțit la Tighina și la Varnița (în Basarabia) și apoi la Dimotika (în Turcia). Acolo a aflat el de la doctorul Timoni (de mai sus) tehnica variolizării — pe care probabil acesta a învățat-o chiar aici, sau poate în Constantinopol. Sesizând importanța chestiunei, Skragenstierna, în numele lui Carol XII, a cerut lui Timonis un memoriu, pe care i'l'a plătit bine, și l'a trimis în Suedia. La rândul său însă, Timonis înțelegând, din acest târg, valoarea variolizării — de care nu se ocupase nici odată până atunci, — a expediat imediat un memoriu similar la Academia din Halle și altul la Londra (adresat D-rului Woodward) și, astfel a devenit mare autor și membru al Societății regale de medicină din Londra, iar mai apoi (în 1713) a și publicat (în Constantinopol) o „Historia variolarum quae per insitionem excitantur" (Vezi: V. Gomoiu — Istoria variolizării — Mișcarea Medicală, 1939).

Impreună cu Skragenstierna se mai pomenește de un alt medic Martin Rolfer, care a însoțit pe Carol XII la Tighina și Varnița, despre acesta nu se știe nimic altceva.

Tot ca un călător trebue să'l considerăm și pe doctorul **Iacob Pylarino** (de origină greacă, din Cefalonia), care a fost adus în București, prima dată în 1684, de către Șerban Cantacuzino. A plecat în 1687, și — după ce a colindat prin Cefalonia, Germania, Rusia, Venezia, Anatolia, Belgrad, — a revenit (în 1695) în București devenind „doftorul cel mare" al lui Const. Brâncoveanu.

După uciderea acestuia, a plecat și a devenit (în 1709) consul al Veneziei, la Smirna, iar în 1715 — deci, tot târziu, ca și Timoni — a publicat o cărticică intitulată „Nova et tuta variolas excitandi per transplantationem methodus", care a fost tradusă apoi în mai

toate limbile. Pe mormântul lui (în Padova) se citeşte „I. P. nobil cefalon, doctor, bărbat renumit la Daci, Ruşi, şi Turci, în Asia şi în Egipt, pentru arta, înţelepciunea şi prudenţa lui cunoscută de toată lumea".

Având în vedere că mai nainte de a veni la noi, amândoi aceşti autori (Timonis şi Pylarino) practicaseră medicina atât în insulă cât şi în Constantinopol, şi totuşi n'au „descoperit" variolizarea, de cât după ce au plecat de la noi, — m'am socotit îndreptăţit să cred că au învăţat-o aici.

In anul 1691 a venit în Bucureşti, ca diplomat al Porţii (Otomane) şi a fost „conăcit de Domn, în casele din Curtea Domnească", D-rul **Alexandru Mavrocordat** — supranumit „exaporitul" (adică păstrătorul secretelor Sultanului). Deşi n'a mai scris altă lucrare de medicină, a fost înregistrat de „Journal de savants" graţie tezei sale de doctorat „De instrumento respirationis et circulatione sanguinis", — şi, desigur, că la această reputaţie a contribuit în bună măsură înalta sa situaţie pe lângă Poartă. Cu noi s'a legat foarte strâns prin căsătoria sa cu fiica D-rului Chrisocoleu (care era nepoata lui Ilieş Vodă), ca şi prin faptul că fiii săi „iatrofilosoful" Nicolae Mavrocordat şi Constantin M. au domnit în Muntenia şi Moldova.

Ne-fiind medic, nu ştiu dacă se cuvine să încadrez aici şi pe Antonio Maria del Chiaro, care a scris, în 1718 „Storia delle moderne rivoluzioni della Valachia", — dar, alături de atâţi medici străini, care au fost mai mult sau mai puţin trecători prin ţările noastre, se cuvine a menţiona pe **Michael Schendus** cavaler Vanderbech, care a venit în Oltenia, în 1718, (însoţind pe mareşalul austriac Cesar Campi) şi apoi în Bucureşti (chemat de Nicolae Mavrocordat). A cutreerat apoi prin Germania, Olanda, Portugalia, Italia şi Rusia; aci s'a angajat ca medic militar, şi, venind cu trupele în Dobrogea, a scris o carte (în latineşte) „Despre oraşul Tomis, unde a fost exilat şi a murit poetul Ovidiu". Mai apoi a revenit în Ardeal, dar nu se ştie pe unde — sau, cum — şi-a încheiat viaţa. Pe noi ne interesează însă mai ales pentru faptul că, în 1720, a scris (la „Albae Carolinae") o „Historico-physico-topographica Valachiae Austriacae subterranae descriptione", care se găseşte sub titlul „Valachiae Cis-alutane subterranae descriptione", împreunată ediţiei II a lucrării „Auraria Romano-Dacica" a lui Samuel Köleseri. Pe lângă frumuseţile naturii, bogăţia solului şi câteva chestiuni medicale, publicaţia lui Schendus mai cuprinde o scurtă biografie şi descrierea călătoriei sale prin Oltenia.

Cea mai importantă — sau, în ori ce caz, cea mai preţuită şi mai cunoscută — descriere a epocei, a fost „Voyage du Sr A. de la Motraye, en Europe, Asie et Afrique, où l'on trouve une grande variété de recherches geographiques, historiques et politiques, etc." — publicată în anul 1727, la Haye (în două volume) format mare, de 1030 pagini, având şi un „Appendix N. I" cu „Dissertation historique du docteur Timon sur l'inoculation de la petit verole".

Tot „călători" au fost în acea epocă medicii francezi Baptiste

Marie Demarest şi Exupère Joseph Bertin. Acesta din urmă a fost adus în Bucureşti, la 1741, de către Const. Mavrocordat, pe care l'a însoţit în Moldova şi apoi la Constantinopol, iar de acolo s'a înapoiat la Paris, unde a devenit anatomist reputat şi a fost ales membru asociat al Academiei de ştiinţe (secţia Anatomie).

In 1762 a trecut pe la noi învăţatul Roger **Joseph Boscowich**, însoţind pe diplomatul Porter în călătoria de la Constantinopol în Polonia. Deşi nu era medic, numele lui merită să fie reţinut căci ne-a lăsat o seamă de însemnări în publicaţia sa, tradusă (în 1779, din franceză) sub titlul „Des Abt Joseph Boscowich Reise von Constantinopol durch Romanien, Bulgarien und die Moldau nach Lemberg in Pohlen" şi apoi (în 1784) tipărită în italieneşte sub titlul „Giornale di un viaggia da Constantinopoli in Polonia dell'Abate Ruggiero Giuseope Boscowich".

In 1776, a venit în Banat, în călătorie de studiu, **Franz Griselini** „membru al mai multor Academii", — care, sub forma de scrisori (în total 20) a scris „Versuch einer politischen und natürlichen Geschichte des temeswarer Banats", — Wien, 1780 (două „părţi" sau volume în 436 pagini, din care al doilea „Natürliche Geschichte des Bannats" cuprinde două scrisori, către Lazăr Spallanzani). Intre altele, Griselini atrăgea atenţia lui Spallanzani (în scrisoarea primă) că încă din anul 1774 se instalase la Timişoara o maşină hydraulică graţie căreia apa era dusă în oraş, prin canale subterane, şi că atmosfera regiunii se însănătoşise graţie unor mari lucrări de drenare a mlaştinilor, iar în celelalte aminteşte istoria regiunii, şi arată bogăţia ei în vegetale, animale şi minerale. Enumerând anumite varietăţi, face apropiere între nordul Africei şi regiunea Banatului, pe care o numeşte „Dacia Mediteraniană", şi scrie unele specii sau genuri de animale, de care nu mai există astăzi. Citarea atâtor autori şi a lucrărilor lor, împrimă scrisorilor lui Griselini (către Spallanzani) valoarea unui studiu de mare importanţă.

Un alt călător — medic, de mare însemnătate, căruia nu'i s'a dat încă toată atenţia pe care o merită, a fost Balthasar sau **Belsazar Hacquet**, care studiase la Paris, Montpellier, Praga şi Wiena, unde a luat doctoratul prezentând teza „Nova methodus ani artefficialis in regione iliaca sinistra instituendi". In anul 1763, cu ocazia unei călătorii prin Polonia la Constantinopol, s'a oprit în Basarabia şi spune că „a întâlnit acolo un medic macedonian, din Silistra, care s'a îmbolnăvit de ciumă". In 1773 a fost numit profesor de anatomie, fiziologie, chirurgie şi obstetrică la lyceul medical din Lyublyana, dar în 1775 a revenit pe la noi, făcând excursii ştiinţifice în Banat. In 1788 a fost numit profesor de ştiinţele naturale la Lwow (Lemberg) şi, în acelaşi an a făcut excursii în Moldova de sus şi în Carpaţi.

Hacquet ne-a lăsat cele mai multe însemnări, — căci, în legătură cu excursiile făcute la noi, a scris: „Einige Bemerkungen über das Karpatische Gebirge", — „Neueste physicalischpolitische Reise durch die Dacischen und Sarmatischen oder nördlichen Kar-

pathen", — Uber einige Salzstöcke in der Moldau und Siebenbürgen", — „De salinis in Daciae et Sarmatiae montibus existentibus inquisitis; — „Etwas über die Karpatischen Gebrige und einge Minerlwässer", — etc. O întreagă serie de plante, de animale şi de minerale, descoperite de Hacquet, au fost botezate cu numele său.

Intre timp (prin Mai 1770, în timpul epidemiei de ciumă) a venit în Moldova (la Iaşi) medicul rus **Gustav Orraeus** (de origină finlandez), iar mai târziu a publicat (în Petropoli) o „Descriptio pestis quae anno 1770 in Iassia et 1771 in Moscva grassata est". Mai apoi, pe măsură ce s'a accentuat interesul politicei europene pentru ţările noastre, — s'a înmulţit numărul vizitatorilor şi al informaţiilor.

In 1778, „**Monsieur de B...**" (Generalul Bawr) a publicat (à Francfort et Leipsic) „Memoires historiques et geographiques sur la Valachie", iar în 1781 „M. C." (Monsieur **Carra**) „qui y a fait un long séjour" a publicat (a Neuchatel) o „Histoire de la Moldavie et de la Valachie avec une dissertation sur l'état actuel de ces deux Provinces". Şi, tot în 1781, fostul căpitan austriac şi „auditor" Franz Joseph **Sulzer** stabilit în România, a publicat (la Wiena) primul din cele trei volume (Geschichte des transalpinischen Daciens, — das ist — der Valachey, Moldau und Bessarabiens im Zusammenhange mit der Geschichte des übrigen Daciens als ein Versuch einer allgemeinen Dacischen Geschichte".

Intre timp, împreună cu Alexandru Ipsilante, a venit la noi (în 1775) şi chirurgul Ignatiu Ştefan **Raicevich** originar din Raguza, care a folosit une ori pseudonimul „**Guazo**". El a plecat apoi la Constantinopol (împreună cu Ipsilante) şi a revenit mai târziu (tot pentru scurt timp) ca agent consular austriac. Ca medic n'a însemnat nimic, dar numele lui ne interesează fiind-că în 1788 a publicat (la Neapole) „Osservazioni storiche naturali e politiche intorno la Valachia e Moldavia". In 1822 s'a publicat, la Milano a doua ediţia cu copertă verde, sub titlul „Viaggio in Valachia e Moldavia, con osservazioni stoeiche, naturali e politiche". Curios este că unele exemplare, tot din 1822, de la Milano, — identice ca conţinut, — au coperta exterioară roşie, pe care scrie: „Della biblioteca scelta N. 566. Viaggio in Valachia e Moldavia, con osservazioni storiche, naturali e politiche, di **Domenico Sestini** (— pe care îl von întâlni mai târziu).

In 1776 se pomeneşte de un doctor **Rosa** zis Edirneli care făcea parte din suita lui Melek Mehmed Paşa, iar în 1778 a venit în Bucureşti un **Rossi** Fiorentino, care a operat pe Banul Const. Caragea pentru cancer al sânului. (Nu ştiu însă dacă a plecat imediat sau dacă nu este acelaşi cu Giovani Iosef Rossi, care a fondat — în Bucureşti, la 1787 — spiţeria „La Vulturul de aur").

In anul 1786 ne-a vizitat şi marele fiziologist italian **Lazare Spallanzani**. Călătorind de la Constantinopol spre Viena, s'a oprit chiar în Bucureşti, dar însemnările lui nu se deosebesc de ale oricărui profan şi nu prezintă nici-un interes din punct de vedere medical, — afară numai dacă istoria Igienii nu ţine să înregistreze constatarea că „oraşul era murdar".

© Biblioteca Universitară "Carol I" Bucureşti

Această indiferenţă a lui Spallanzani apare cu atât mai inexplicabilă, de oare ce în afară de fiziologie, observaţiile sale îmbrăţişaseră şi alte probleme — fondând chiar un muzeu de ştiinţe naturale, — iar pe de altă parte văzurăm că încă din 1776 învăţatul cercetător Frantz Griselini îi atrăsese deja atenţia (prin două scrisori) asupra interesului pe care'l prezintă o călătorie prin aceste părţi.

Către sfârşitul secolului 18 şi începutul celui de al 19, orientul european intră tot mai mult în sfera preocupărilor politice ale occidentului, — şi, alături de misionari, atrage o seamă de curioşi, de diplomaţi, sau alţi funcţionari temporari, care publică impresiile lor din timpul călătoriei — la venire sau la înapoiere.

Comtele **d'Hauterive** secretarul lui Alex. Mavrocordat, a scris „Journal d'un voyage de Constantinople à Jassi, capitale de la Moldavie, dans l'hiver de 1785" (— care, a rămas ne publicat, iar, la plecare a scris un „Mémoire sur l' état ancien et actuel de la Moldavie, presenté a S. A. S. le prince Alex. Ipsilanti en 1787". (Acest memoriu — în manusscris — a fost dăruit Academiei Române de Regele Carol I, şi a fost tradus şi tipărit împreună cu „Jurnalul" de mai sus, abia în 1902; o parte din el fusese însă publicat de Ubicini).

N'am citit încă descrierile lui **Busbeck, De Tott şi Thornton,** dar în 1789 Miladi **Craven** a publicat (la Londra) „Voyage en Crimée et à Constantinople en 1786" (tradus în franceză de către Guédon de Berchère).

In 1794, abatele **Domenico Sestini,** „membru al multor Academii", a publicat (la Roma) „Viaggio de Constantinopoli a Bukoresti, fatto l'anno 1779", iar mai târziu (în 1815) a publicat (la Firenze) „Viaggio curioso-scientifico-antiquario per la Valachia, Transilvania e Ungheria fino a Vienna".

Nu cunosc lucrarea D-rului **Clarke,** dar în anul 1818 doctorul **Adam Neale** a publicat (la Paris) „Voyage en Allemagne, en Pologne, en Moldavie et en Turquie" (două volume, în traducere franceză de Charles-Auguste Def). Deşi autorul era medic şi se afla în misiune diplomatică spre Constantinopol, — a consemnat o seamă de informaţii, foarte interesante, dar prea puţine în legătură cu medicina.

Tot astfel D-rul **William Macmichael** publică (la Londra) în 1819 „Journey from Moscow to Constantinople, in the years 1817, 1818", care nu oferă aproape nici un interes pentru medicină.

Deşi nu sunt închinate medicinei şi nici autorii lor nu sunt medici, totuşi merită să amintesc şi următoarele publicaţii datorite unor călători, — dintre care, unii au pălătuit chiar mai mult timp prin ţările noastre:

— F. R. (Francois Recordon) — „Lettres sur la Valachie" — Paris, 1821.

— „Voyages des frères Bacheville, en Europe et en Asie" — Paris, 1822 Ediţia II).

— „Voyage en Valachie et en Moldavie" (traduit de l'italien... et augmenté par M. N. M. Lejeune) — Parris, 1822, (Pare să fie vorba de lucrările amintite mai sus, ale lui Ig. St. Raicevich cea din 1788 şi cea din 1822), semnate „Nihil admirari".

— Le comte De Lagarde — „Voyage de Moscou à Vienne, par Kiow, Odessa, Constantinople, Bucharest et Hermanstadt", — Paris, 1824.

— W. Wilkinson — „Tableau historique, geographique et politique de la Moldavie et de la Valache", — Paris, 1824 (Ediția II, în 414 pagini, tradusă din engleză, de către M. de la Rochette), care este cea mai prețuită pentru exactitatea datelor.

Interesant este că, nici D-rul **Marc-Philippe Zallony**, — care a funcționat cătva timp ca medic în București și aiurea, — n'a scris nimic privitor la medicină, dar a publicat (la Marseille) în același an (1824) „Essai sur les Fanariotes, où l'on voit les causes primitives de leur élévation aux hospodariats de la Valachie et de la Moldavie, etc.", iar în 1830 a revenit asupra aceleiași chestiuni publicând (la Paris) un „Traité sur les princes de la Valachie et de la Moldavie sortis de Constantinople, connus sous le nom: Fanariotes".

De aci nainte, țările noastre atrăgând tot mai mult atenția Europei, numărul călătorilor — oficiali, sau particulari, — a mai sporit încă dar mă limitez a cita numai pe aceia care au consemnat impresiile lor, și ale căror publicații au fost mai prețuite, ori sunt mai bine cunoscute.

— R. Walsch — „Voyage en Turquie et à Constantinople" — Paris, 1828 (traducere din engleză, de H. Vilmain et E. Rives).

— Michael Quin — „A steam voyage down the Danube. With sketches of Hungary, Wallach, Servia and Turkey, etc." — London, 1835, Ediția II, în două volume).

— Felix Colson — „De l'état présent et de l'avenir des principautés de Moldavie et de Valachie", — Paris, 1839.

— Conte Anatolio di Demidoff — „Viaggio nella Russia meridionale e nel Crimea, per l'Ungheria, la Moldavia e la Valachia, fato nel 1837" — Torino, 1814, (Traducere din franceză de Ales. Fontana, în format mare, de 382 pagini).

— Cavaler W. H. Bartlett — The Danube, its history, scenery, and topography", — London, 1844, (Lucrare de mare lux, despre care însuși autorul spune că este „splendidly illustrated" editată de doctorul William Beattie).

— Professor D-r Karl Koch — Reise längs der Donau nach Konstantinopel, — Weimar, 1846, (Lucrare de 450 pagini, în care — între altele — face o amănunțită descriere a Băilor Herculane și a împrejurimilor.

— J. H. Skeene — „The Danubian Principalities, the frontier lands of the Christian and the Turk" — (ediția III), London, 1854, (2 volume).

— A. Ubicini — „Valachie, Moldavie, Bukovine, Transylvanie, Bessarabie" (în volumul „Provinces Danubiennes et Roumaines", par M. M. Chopin et Upicini), Paris, 1856.

Firește că, cu timpul numărul călătorilor prin țările noastre a crescut mereu, dar, repet că pomenii numai pe acei mai cunoscuți sau ale căror scrieri le-am avut la îndemână, — și, de aceia închei amintind de călătoria marelui botanist elvețian **Charles Guébhard** care a scris „Enumeratio plantarum quae per annos 1847 ad 1858 in Moldavia collegit et observavit", și „Notice géographique et botanique sur la Moldavie pour servir d'introduction à la flore de ce pays". In 1854, M. I. **Caillat** a publicat, la Paris „Voyage médicale dans les Principautés Danubiennes"; în 1857, **C. Allard** a publicat, tot la Paris „Mission médicale dans la Tatarie-Dobroutcha"; etc.

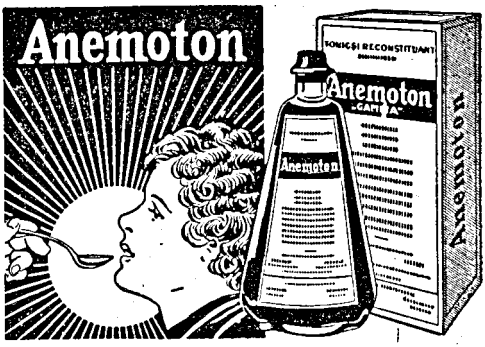
Poate că, printre „călători" ar trebui înscriși toți acei care au venit de aiurea, ori ne-au părăsit după un timp mai mult sau

mai puţin îndelungat, — ca de pildă: **A. I. Bechamp**, care a învăţat liceul la „Sf. Sava" (în Bucureşti) şi a ajuns farmacist (tot în Bucureşti, la 1834), iar după aceia a plecat la Strasbourg şi Paris, unde a devenit „marele chimist francez"; — sau, **J. Chr. St. von Czihack**, care, după ce a profesat atâţia ani în Moldova — unde a organizat serviciul sanitar şi a fondat prima asociaţie medicală de la noi (Societatea de medici şi naturalişti din Iaşi), a plecat să moară în ţara de unde venise. In felul aceste însă am ajunge să pomenim foarte mulţi din străinii care au profesat la noi, dar interesează prea puţin numele celor care n'au lăsat nici-o însemnare asupra epocii în care au trăit.

In schimb, un studiu mai amănunţit al publicaţiilor amintite — cu obligaţia „citire printre rânduri", — ajută mult la luminarea trecutului, care, până bine de curând părea aşa de întunecat.

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.

UN CAZ DE MIOSITĂ OSIFIANTĂ PROGRESIVĂ

de

Doc. D-r M. CÂNCIULESCU

Afecţiunea denumită de Münchmeyer în 1869 Miosită osifiantă progresivă se întâlneşte destul de rar. In literatura medicală românească care ne-a stat la dispoziţie, n'am întâlnit nicium caz; în literatura medicală streină sunt citate numai câteva zeci de cazuri; dar boala nu pare a fi excepţională, cu toate condiţiile neelucidate în care apare; atrăgându-se atenţie asupra ei, cazurile se vor înmulţi.

După J. Thiers[1]) afecţiunea debută în prima copilărie, de preferinţă la băieţi; de regulă în mod insidios; în muşchii cefei şi spatelui, în urmă în muşchii membrelor; jenează mişcările, imprimă cu timpul atitudini forţate, deformaţiuni care din cauza inextensibilităţii muşchilor merg până la imobilizare parţială şi rigiditate generalizată extensivă.

Evoluiază încet; din cauza jenii în alimentaţie şi respiratorie bolnavul se caşectizează, sucombă în inaniţie în urma unei afecţiuni inter-curente.

Anatomo-patologic, neoplazia osoasă trece printr'un stadiu de infiltraţie embrionară, un stadiu de induraţie fibroasă şi un stadiu de osificaţie.

Patogenic, boala poate fi datorată unei anomalii constituţionale, tradusă printr-o anomalie de desvoltare; unui proces de miosită cronică; sau unei turburări trofice sau trofo-nevrotice. In ultimul timp s'a atribuit inflamaţiei ţesutului interstiţial rolul primordial, leziunile musculare fiind secundare (Nissim şi Weil); dar şi celula musculară ar fi în stare să fabrice os (Durante); sau o hemoragie intervine în osificarea ţesutului conjonctiv, prin aportul de calciu (Rosenstein) — teorii şi autori citaţi de J. Thiers.

Pronosticul este grav, fatal, după o evoluţie mai scurtă sau prelungită. Diagnosticul este uşurat sub ecranul radioscopic, care descopere deplasarea porţiunilor osificate în timpul contracţiilor musculare sau mişcărilor tendinoase şi aponevrotice, alături de segmente imobilizate pe os; dar mai ales prin examenul biopsic. Tratamentul nu este pus la punct, nu şi-a dovedit eficacitatea; nu opreşte, poate întârzie evoluţia, mijloace noui terapeutice trebuiesc să intervină; sau pus în condiţiuni higenice şi alimentare bune, pacientul îşi prelungeşte viaţa în condiţiuni satisfăcătoare.

Redăm protocolul observaţiei:

1) Nouveau traité de médecine. Fasc. XXII, Masson, Paris, 1924.

ACTA MEDICA ROMANA
Nr. 8-10/1945

PLANȘA I

Fig. 1

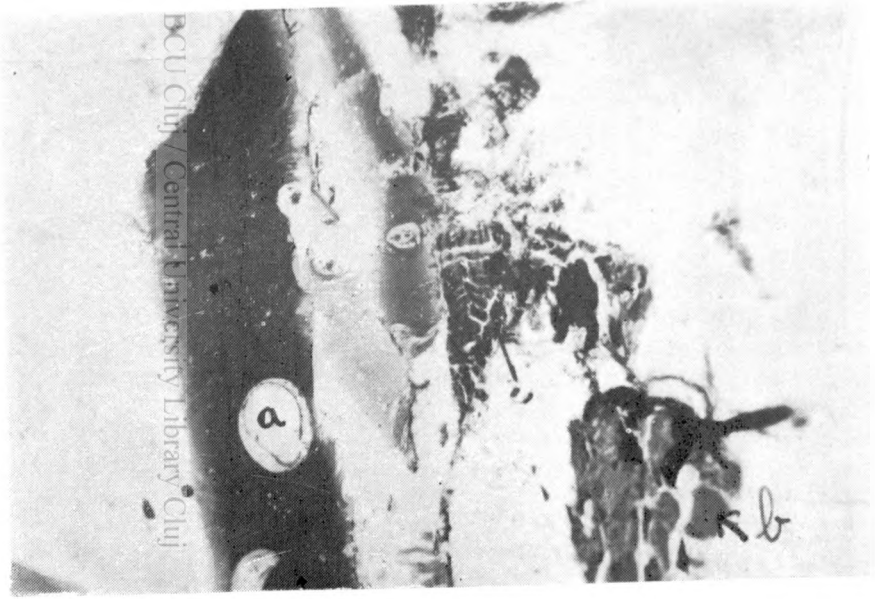


Fig. 1
Lamelă osoasă cu început de organizare haversiană cu capilare în lamele (a). Alături fibre musculare tăiate longitudinal și transversal, fibre cu protoplasma mult mai acidofilă și omogenă (b). Țesut conjonctiv (c).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

PLANŞA II

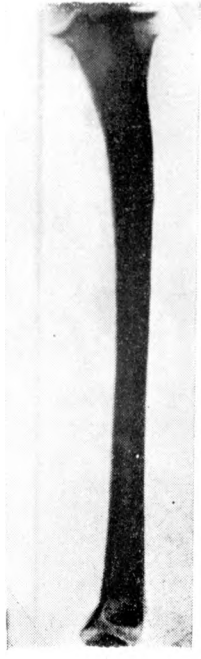


Fig 2

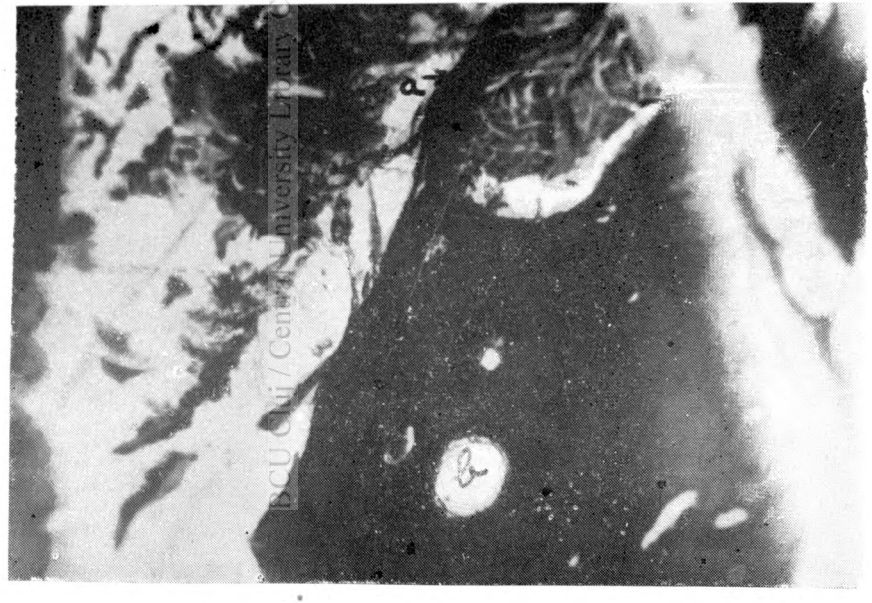


Fig. 2
Lamelă osoasă înconjurată de țesut conjonctiv și conținând cateva capilare pline cu hematii (b). Inceput de osificare endoconjonctivă (a)

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pacientul Gh. S., de 20 ani, din Banat. **Antecedente heredo-colateral:** O soră şi un frate mai mari, căsătoriţi; ambii sănătoşi; fratele face tăbăcărie mai de mult, nu prezintă niciun semn de afecţiune. In timpul sarcinei, dintr'o sperietură, mama lui ar fi făcut o afecţiune în abdomenul inferior pe care medicii curanţi n'au găsit cu cale să o opereze, socotind că se va vindeca dela sine, prin naştere.

Antecedente personale. Deci, de mic a putut suferi în viaţa intrauterină din cauza unui traumatism probabil al mamei. A început să vorbească târziu şi cu greutate; gângăvea; temperament liniştit, dar la supărare exagera prin lacrimi şi plâns. N'a avut tragere pentru învăţătură, dar pentru orice profesiune în general. A făcut 4 clase primare şi 2 secundare. Dela vârsta de 14 ani a lucrat în tăbăcăria tatălui său, situată în aceiaşi casă (de mic, deci, a trăit în atmosfera tăbăcăriei); a suferit de pojar; acum un an de blenoragie.

Istoricul boalei. La vârsta de 10 ani au apărut primele incrustaţiuni, pe antebraţul drept; după o lună, pe faţa internă a gambei stângi; în urmă, pe faţa externă a antebraţului stâng; apoi, în lomba stângă. Depunerile se făceau la interval de o lună una după alta; cu timpul creşteau prin depuneri succesive. In ultimul timp (de vreo 2 ani)) au început să apară incrustaţiuni pe faţa internă a coapsei drepte, pe faţa externă a coapsei stângi, la nivelul apofizei tibiei stângi; de trei zile, la nivelul stiloidei radiale stângi. Antebraţul drept a fost sediul primelor şi celor mai mari depuneri (este dreptaci)). Intr'o radiografie făcută acum 2 ani şi alta recentă există o foarte mare deosebire.

Stare prezentă. Faţa externă a antebraţului drept este acoperită de o adevărată carapace inextensivă, cu neregularităţi în continuitate şi incrustaţiuni discontinui cari ocupă masa muşchilor extensori ai antebraţului. In celelalte regiuni incrustaţiile sunt izolate sau prea puţin crescute, imobilizate pe os, sau mobile cu muşchii şi aponevrozele. Dureroase numai la apăsare forţată, de regulă indolore spontan.

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

Nu acuză decât jenă în manevrarea antebraţului drept, care îl împiedică la lucru, trebuind să facă mişcări de suplinire. Dispoziţie trupească şi sufletească de euforie. Talia 1.65 m; greutatea, 62 kg. Pulsul normal; tensiunea arterială la Vaquez 13—8½. Nimic somatic; reflexele normale; scaunele regulate.

Examene de laborator. Urina: date fizico-chimice normale (uşoară hiperclorurie). Sânge: glicemia, 1‰; urea, 0.53‰; cholesterina, 1.36‰. Reacţiile de specificitate. (Wasserman şi celelalte), negative. Calciu în serul sângelui., 102 mgr. ‰; în urină, 0.18‰. P. H-ul în plasma sângelui, 7,5; în urină, 6,8 — Laboratorul D-r Mogoş. Globule albe, 8.700 pe mmc.; globule roşii, 4.160.000 pe mmc.; hemoglobina, 90%. Limfocite, 14%; monocite, 20%; polinucleale neutrofile, 65%; eosinofile, 1%; nicio modificare morfologică. Coagulabilitatea, 12'; retracţia chiagului complectă după 10 ore; durata sângerării, 1'. V. S. după 30', 4 mm.; după 60', 8 mm.; după 2 ore 15 mm. (după Westergreen) — Laboratorul R. Hirşch.

Examen radiologic. A se considera cele 2 radio-grame ale oaselor antebraţului drept.

Examenul biopsic. Pe o porţiune de muşchi incrustat scoasă depe antebraţul stâng de către D-l D-r M. Baculescu, trimisă la laboratorul de Anatomie patologică al Facultăţii de Medicină din Bucureşti, D-l Prof. E. Crăciun descrie: Un fragment de os unit cu massa musculară vecină prin intermediul unui ţesut conjonctiv fibros, sărac în celule. In os câteva cavităţi pline cu hematii, cari sunt conţinute în capilare cu perete bine constituit. La marginea fragmentului osos se observă că e vorba de osificarea ţesutului conjonctiv. In acest ţesut conjonctiv sunt depozite mici de substanţă osoasă, în jurul unor cavităţi celulare şi vasculare: constitue deci spicule osoase microscopice apărute într'un ţesut conjonctiv hialinizat. Acest fragment minim nu conţine trunchiuri nervoase apreciabile; însă integritatea fibrelor musculare striate indică o inervaţie normală. Nu se observă depuneri de calciu libere, amorfe. Lipsesc leziuni rezorbtive, în afară de spicule. Diagnostic A. P.: **Noduli de metaplazie osoasă endo-conjonctivă.**

In esenţă, constatăm în acest caz un traumatism în viaţa intra-uterină care a putut servi drept cauză predisponzantă, de ordin constituţional; şi poate o cauză determinantă de ordin umoral, exercitată de atmosfera de tăbăcărie prin intermediul pH-ului (crescut în plasma sângelui şi în urină) şi a depunerii calciului (micşorat în urina examinată) în muşchii cu o mai mare activitate (dreptaciu) şi în regiunile aponevrotice sau osteo-tendinoase supuse la o mai mare frictiune.

Terapeutic, bolnavul se află sub observaţie.

UN CAZ DE DIABET INSIPID INFANTIL

de

D-r GABRIEL DONICEANU
Medic Spital Mălini-Baia

Diabetul insipid este o afecţiune bine cunoscută clinicește ca simptomatologie, evoluţie şi prognostic care se manifestă printr'o poliurie accentuată, fără prezenţa zahărului în urină. Ca frecvenţă este destul de rar întâlnit atât în clientela de spital cât şi în cea particulară la persoanele adulte, iar la copii devine o raritate ce cred că merită să fie obiectul unei comunicări.

Iată observaţia clinică a cazului nostru:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Bolnava Cornelia Z., de 6 ani, se prezintă la consultaţie în ziua de 20 Dec. 1943 pentru polidipsie, poliurie şi slăbire cu oprire în creştere.

Antec. heredo-colaterale: Părinţii sănătoşi, o soră mai mare sănătoasă şi bine desvoltată.

Antec. obstetrica'e şi f.ziologice: Mama a avut 2 sarcine duse la termen şi niciun avort. In timpul sarcinei cu această fetiţă, mama a avut vărsături incoercibile aproape toată durata sarcinei, iar către sfârşitul sarcinei a avut o intoxicaţie alimentară serioasă. Naşterea prezentei copile s'a făcut la termen şi în mod spontan. Alăptarea s'a făcut matern şi până la această vârstă s'a desvoltat relativ normal. A mers în picioare la 1 an şi 2 luni, a pronunţat primele cuvinte la 1 an şi 6 luni. Greutatea la naştere 1800 gr.

Antec. persona'e: A suferit de rugeolă, tusă convulsivă şi eritem nodos. Boala prezentă datează din luna Dec. 1943 şi a debutat cu o sete imperioasă, apetitul ceva mai desvoltat şi cu poliurie, chiar polachiurie cu nicturie şi slăbire. Pentru aceste simptome se adresează la consultaţiile Spitalului Mălini.

Starea prezentă: Talia 1,10 m, iar greutatea 16 kgr. Faţa palidă, ţesutul ce'ular subcutanat redus. E afebrilă. Limba uşor saburală, apetitul desvoltat.

La examenul toracic nimic de semnalat la pulmoni, cordul în limite normale cu zgomotele bradicardice, bine bătute, puls lent extremităţile reci umede. Abdomenul balonat cu pereţii contracturaţi, nimic de semnalat la palparea punctelor cistic, apendicular, epigastric. Micţiuni frecvente, urini abundente până la 12—15 lit. în 24 ore, urini limpezi şi inculore.

Ex. urinei: Efectuat de serviciul de higienă şi profilaxie No. 5 a dat următorul rezultat:

Albumină, urme nedozabile.—Glucoză, absentă.—Urobilină, absentă.—Cloruri, 11,6 gr. la mie.—Uree, 36 gr. la mie.—Fosfaţi, 4,24 gr. la mie.

Sediment urinar: Celule renale, prezente.—Leucocite, prezente.—Urat de sodiu, prezent.—Urat de amaniu, prezent.—Oxalat de calciu, f. rari.—Carbonat de ca'ciu, prezent.

Diagnostic: Diabet insipid azoturic.

Tratament: repaus fizic şi intelectual, regim alimentar bogat în albumine, grăsimi şi hidrocarbonate, vitamine.

Trat. medicamentos: Sedative ca: antipirină, t-ra valeriană, etc.
Trat. opoterapic: Inj. pituitrină, pitug'andol, tonefin, extracte post-hipofizare. Opoterapia influenţează favorabil poliuria, scăzându-i cantitatea, însă cu efect pasager.

Mi s'a părut important, să comunic acest caz pentru motivul că n'am mai întâlnit în clinică şi nici în literatura medicală pe care am avut-o la îndemână un caz similar. Diabetul insipid la adult este o afecţiune cronică benignă compatibilă cu viaţa şi relativ puţin supărătoare, deoarece nu le duce la tulburări grave în funcţiile vitale şi nu împedică activitatea bolnavului, pe când la copii, diabetul insipit are o evoluţie sumbră, prin faptul că organismul copilului nu a atins maximul de desvoltare şi puterea sa de rezistenţă este redusă.

Evoluţia diabetului inspid durează mai mulţi ani şi foarte rar duce la vindecare, în general moartea survine prin caşexie, marasm, t. b. c. pulmonar, etc.

In ce priveşte patogenia diabetului insipid s'au emis mai multe teorii:

Varietăţile de diabet insipid etichetate după prezenţa în urină a unuia din elementele anormale ca: albumină, exces de uree, fosfaţi, oxalaţi, inuzită, s'ar datora fie unei încetenirі a nutriţiei, fie din contra unei desasimilări exagerate.

Diabetul esenţial sau poliuria simplă, care nu este însoţită de elemente anormale în urină ar fi cauzată de trumatisme cerebrale, leziuni la baza creerului sau ventriculilor, hereditate, etc.

Schaeffer şi Franck consideră diabetul esenţial de natură hipofisară, bazaţi pe faptul că numai medicaţia hipofisară influenţează mai favorabil boala.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Songues, Alajouanine şi Lermoiez susţin că lobul intermediar al hipofisei secretă substanţă oligurică.

Opusă acestei teorii este teza lui Camus şi Roussy care susţin că ablaţia hipofisei nu produce decât o poliurie pasageră datorită leziunei concomitente a nucleelor tuber-cinereumului. Aceşti autori au realizat la câine prin înţeparea tuberului, după ablaţia hipofisei o poliurie ce a durat 6 luni.

Observaţiile anatomo-patologice ale diabetului insipid au arătat că se găsesc leziuni şi ale hipofisei şi ale centrelor înfundibulo-tuberieni.

Simmonds a observat că poliuria lipsea într'un caz de atrofie totală a hipofisei, iar Lhermite constată leziuni inferstiţiale a regiunei tuberiene, fără leziuni ale hipofizei.

Revenind la cazul nostru de diabet insipid infantil trebue să tragem concluzia că prognosticul acestui caz este întunecat, deoarece nu avem până în prezent o medicaţie specifică capabilă să-i asigure vindecarea. Medicaţia opoterapică hipofizară singura ce are o acţiune mai remarcabilă, pe lângă că este extrem de costisitoare are un efect pasager de 10—14 ore.

Din antecedente reesă că ar fi posibil ca intoxicaţia alimentară a mamei din timpul graviditătei să fi influenţat şi cauzat actuala maladie a copilei.

CONSIDERAŢIUNI ASUPRA UNUI CAZ DE HEMATOM PULSATIL DUPĂ RĂNIREA ARTEREI FEMORALE PRIN GLONŢ DE INFANTERIE

de

D-r D. DUMITRESCU, D-r G-HE COSTĂCHESCU,
D-r O. DOBRESCU şi D-r V. ALEXENCO

Hematomele pulsatile, consecinţa răniri!or vasculare, sunt pe atât de frequente în timp de războiu pe cât sunt de rare în timp de pace. Ceea ce este important la astfel de leziuni, din punct de vedere terapeutic, este chestiunea dacă intervenţia trebue făcută precoce sau întârziată până în momentul când hematomul pulsatil devine anevrism spurium.

Având ocazia să îngrijim în Spitalul nostru un caz de hematon pulsatil, după rănirea femoralei prin glonţ de infanterie — caz care prezintă gravitate deosebită, atât prin diametrul vasului rănit, cât şi prin volumul colecţiei sanguine — am putut să ne dăm seama de câtă importanţă are o intervenţiune relativ precoce, adică cât mai curând după ce am căpătat siguranţa instalării circulaţiei colaterale, pentru evitarea tulburărilor neuro-circulatorii în membrul lezat.

Este vorba de Lt. Z. B. dintr'un Regiment de Dorobanţi, care a fost rănit pe front, prin glonţ de infanterie la 26 Aprilie 1944. După primele îngrijiri date la postul Batalionar şi Ambulanţa Divizionară este evacuat cu avionul la un Spital de Campanie şi de aici cu trenul sanitar, ajunge în Spitalul nostru la 14 Maiu 1944, cu următoarea stare prezentă:

De talie medie, bine desvoltat, subfebril, cu impotenţă funcţională a membrului inferior stâng, după o plagă în seton cu orificiul de intrare punctiform pe faţa antero-internă a 1/3 inferioară a coapsei stângi, la nivelul canalului lui Hunter şi orificiul de ieşire la acelaşi nivel pe faţa externă 1/3 medie aceiaşi coapsă. Ambele plăgi sunt punctiforme şi cicatrizate.

Coapsa este tumefiată în întregime, având un aspect globulos mai pronunţat în jumătatea inferioară, cu tegumentele de culoare gălbuie, mai ales pe faţa internă a coapsei. Rănitul afirmă că anterior această regiune fusese de culoare vânătă-violacee.

Tumefacţia este dură, sub tensiune, relativ dureroasă, cu tegumentele întinse şi ocupând întreaga regiune anterioară şi internă a jumătăţii inferioare coapsei. La palpare nu sunt semne de fluctuenţă nici temperatură locală, iar tegumentele nu sunt modificate ci numai întinse de tumefacţie cu tendinţe la progresiune. Această tumefacţie nu are mişcări sincrone cu pulsul şi nici nu se simt vibraţiile pulsului la palpare, însă la ascultaţie cu stetoscopul se aude un suflu bine perceţibil către centrul tumorei.

Rănitul ţine membrul inferior stâng în semi-flexiunea gambei pe coapsă are parestezii şi pareze la nivelul gambei şi uşoare turburări circulatorii ale întregului membru aflat sub tumefacţie.

In restul organelor şi aparatelor nimic deosebit de semnalat afară de o hernie inguino-scrotală dreaptă.

Analizele de urină, uree, timp de sângerare şi coagulare sunt normale.

Având fixat diagnosticul de hematom al arterei femorale după rănire prin glonţ de infanterie, ţinem bolnavul sub observaţie câteva zile. In acest timp, hematomul continuă să crească de volum, rănitul acuză dureri din ce în ce mai vii, concomitent cu această compresiune prin creşterea hematomului şi îi apar şi câteva puncte de gangrenă la nivelul malei peroniere.

Constatăm şi semnul lui Von Haberer, adică dispariţia pulsului periferic.

In faţa acestei situaţii ne hotărîm să nu mai aşteptăm şi, operăm la 28 Mai 1944, sub rahi-anestezie cu novocaină 8%—0, 14 ctg. După anestezie se exprimă sângele din picior şi gambă cu trei benzi elastice Esmarsch.

Apoi se face incizie pentru descoperirea femoralei la baza triunghiului lui Scarpa. După ce se descopere artera şi se izolează, se trece pe sub ea un „fil d'attente" de catgut Nr. 3 pentru hemostază.

Incizia tegumentelor pe faţa internă a coapsei stângi, jumătatea inferioară, lungă de aproximativ 20 cm., excizându-se şi cicatricea plăgei produsă de glonţ, precum şi tegumentele aderente din vecinătate; sub ţesutul excitat la nivelul cicatricei glonţului se găseşte un traect obstruat de cheaguri care merge până la punctul în care marginea externă a croitorului încrucişează canalul lui Hunter. Se secţionează fascia fibroasă şi apoi cu degetele se îndepărtează straturile musculare, intrând într'o cavitate de mărimea unui cap de copil, burată cu cheaguri de sânge. Se scot mai toate cheagurile şi se constată pe peretele extern al cavităţii un punct care dă câteva picături de sânge. Când se relaxează firul d'attente, sângele iese în jet la acest nivel. Acest punct este capătul proximal al plăgei arteriale, plagă ce interesează jumătatea internă a arterei pe o lungime de 3 cm. Se prinde cu o pensă capătul cardiac al arterei şi se observă la o distanţă de circa 3 cm. sânge ieşind în jet destul de slab — este capătul distal al arterei. Cu mare greutate, din cauza aderenţelor se izolează vasul şi se leagă deasupra şi dedesuptul plăgei la 1 cm. distanţă de ea.

Se izolează vena la acelaşi nivel şi se face dubla ligatură a ei.

Se ridică benzile Esmarch, se relaxează firul d'attente şi se constată că nu mai vine sânge în cavitate prin niciun vas.

Se închide plaga — după prealabilă spălare cu ether — în două planuri fibroase şi piele; lăsându-se câte un dren de meşe în cavitate, la fiecare extremitate a inciziei.

Se închide plaga făcută pentru descoperirea femoralei la baza triunghiului lui Scarpe în două planuri, fibroasă şi piele, fără drenaj.

Urmările operatorii au fost din cele mai fericite. Se administrează rănitului prontozil timp de 5 zile. Evoluţia se face fără febră, se scot agrafele la 8 zile şi rănitul începe a-şi mişca uşor membrul inferior.

Tulburările neuro-circulatorii mai persistă un timp, pentru aceştea administrăm injecţii cu stricnotonin şi betaxin.

Din cauza unei congestii pulmonare intercurente este nevoit să-şi prelungească şederea în Spital, pe care îl părăseşte la 11 Septembrie 1944, cu un foarte uşor stepaj al piciorului stâng.

Cazul nostru fiind un hematom pulsatil cu punctul de plecare — o rănire a arterei femorale, ar fi unul din cele mai dese după clasificaţia lui Rudolf Stich, iar agentul vulnerant — glonţul de infanterie — constituie iarăşi una din condiţiunile producerii unor astfel de leziuni (proectil mic). In cursul operaţiunei ne-am convins că şi o altă condiţiune pentru formarea hematomului pulsatil a fost îndeplinită, adică rănirea parţială a vasului, iar nu secţionarea lui completă.

De altfel, Kütner, găseşte vasul secţionat complect numai într'o proporţie de 20%, în cazuri similare. Volumul extraordinar de mare al acestui hematom care transformase într'o vastă pungă mai mult de jumătate de coapsă — socotind longitudinal — tensiunea enormă cu care erau ţesuturile comprimate şi care au dus la transformarea coapsei într'o cavitate prin comprimarea şi implicit dislocarea ţesuturilor, precum şi tulburările de natură circulatorie şi nervoasă, atât imediate cât şi persistente, — justifică importanţa pe care o dăm momentului intervenţiunei chirurgicale.

Biblioteca Universităţii Cluj / Central University Library Cluj

Este vorba de un hematom pulsatil, după clasificaţia lui Kütner, un hematom animat, care din cauza enormei tensiuni inferioare nu prezintă mişcări sincrone cu pulsul, ci numai suflul şi vibraţiile concomitente, cu sistola.

Durerile, peresteziile şi pareza, precum şi oedemul şi punctele de gangrenă erau de sigur datorite comprimărei ţesuturilor de sângele colectat în hematom.

Dintre toate semnele care arată stadiul în care se găseşte o circulaţie colaterală, numai semnul lui Von-Haberer se putea constata, semn care ştim că este dispariţia pulsului periferic în segmentul rănit. Este important de ştiut că această circulaţie colaterală se poate ajuta în instalarea ei prin compresia digitală, după cum este recomandată de Brunzel, Fromme, Moskovicz, Rubriţius, — comprimare, care trebueşte efectuată nu asupra pungei, căci Kutner arată că, aplicată aici, ar înmuia şi mobiliza chiagurile şi ar modifica ţesuturile făcând operaţia grea, ci, compresia e bine să se facă pe vas după cum o recomandă Iacobovici şi Fromme.

In cazul acesta, având în vedere volumul enorm al colecţiei de sigur că nu ne puteam aştepta la o vindecare spontană, aşa cum Hotz şi Kütner admit că se poate întâmpla în plus suferinţele produse de compresiune, precum şi punctele de gangrenă — datorită tot ei, după cum arată Hahn — ne-au silit să nu mai aşteptăm. De astfel, aşteptarea nu ar mai fi avut niciun rost, pentrucă admiţând chiar că s'ar fi format un perete prin organizarea ţesuturilor comprimate din jurul hematomului pulsatil, adică am ajunge la un anevrism spurium, tratamentul ar fi fost, având în vedere cazul nostru, mult mai greu, iar urmările dacă ar fi trebuit să executăm cu quadruplă legătura cu excluderea pungei, de sigur mult mai grave prin marea porţiune de vas care s'ar fi pierdut. Ţinând seamă că instrumentarul necesar suturilor vasculare, este foarte rar şi în cazul nostru neavând ace şi fire speciale pentru suturile vasculare, noi nu am putut face altă intervenţie decât ligatura!

In cazul când, circulaţia colaterală este bine stabilită, socotind practic vorbind — ligatura preferabilă suturii, — sutura rămânând operaţia ideală, dar aceasta când avem instrumentar necesar.

Rudolf Stich şi mulţi alţii, opiniază că hematoamele pulsatile la membre, trebuesc operate precoce; prin acest termen înţelegând să intervenim fără a aştepta transformarea hematomului în anevrism spurium, de sigur din cauza că la membre, hemostaza preventivă se poate face uşor, fie cu ajutorul garotului, fie cu ajutorul unui fil d'attente, ultimul procedeu noi îl socotim ca preferabil, întrucât putem mai uşor în cursul operaţiunei să ne ghidăm în plagă prin jetul de sânge, uşor de obţinut şi gradat cu ajutorul fi-u'ui d'attente.

Pentru hematoamele vaselor cu hemostaza preventiv grea: carotidă, iliacă, vertebrală, subclaviculară, etc., se recomandă să aşteptăm formarea anevrismului, afară de câteva ocaziuni cari pun viaţa rănitului în pericol şi anume: mărirea rapidă a volumului hematomului, dureri insuportabile, pericol de perforaţii, hemoragie secundară, paralizii şi infecţia pungei.

Biblioteca Universitară "Carol I" Bucureşti

In ce priveşte tratamentul unei astfel de leziuni, ştim că el trebue să aibă două scopuri şi anume: suprimarea colecţiei hematomului şi înlăturarea tulburărilor de nutriţie. Aceste deziderate se pot obţine fie prin sutură vasculară, fie prin ligatură. In ambele situaţiuni este imperios necesar să asigurăm o hemostază perfectă atât prin capătul cardiac cât şi segmentul periferic al vasului lezat, în timpul actului operator.

In general, sutura vasculară se poate face — având instrumentarul necesar — pentru pierderi de substanţe nu prea mari, putându-se sutura peretele fie total, fie numai media şi adventicia.

In ce privesc ligaturile, este prudent să le aplicăm după ce ne-am convins, căutând semnele lui Hänle, Lexer, Coenen că viaţa membrului nu este periclitată. Aceste semne sunt: Comprimând orificiul segmentului periferic, în pulsaţii ritmice. Al doilea, dacă se comprimă ambele orificii şi membrul rămâne marmorat şi anemic, timp de un sfert de oră, sunt semne că ligatura va fi urmată de tulburări ischemice; dacă însă membrul redevine roz, în acest interval de timp, avem proba că s'a instalat o bună circulaţie colaterală şi că nu vom avea tulburări de nutriţie.

După ce ne-am convins de existenţa unei bune circulaţii colaterale şi facem ligatura ambelor capete ale plăgei vasculare, operaţii aproape la fel cu cea a lui Kikuzi — în caz de anevrism — ne găsim în faţa unei alte probleme şi anume: Dacă trebue sau nu să legăm şi vena satelită.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Rudolf Stich, Fromme, Bier, Kutnner, Von Haberer şi alţii, cred că este logic să nu legăm şi vena suprimând un vas sănătos.

W. A. Oppel şi şcoala sa, leagă şi vena convinşi că, prin acest procedeu circulaţia colaterală se instalează mai uşor, iar pericolul necrozei este micşorat.

Sehrt leagă şi el vena sănătoasă spre a suprima discordanţa între sugerea energică a sângelui prin vasul sănătos faţă de debitul redus al circulaţiei colaterale şi care fapt, crede el, că duce la tulburările de ischemie. Propping şi Gilorteanu cred de asemenea că este util să se lege vena sănătoasă.

Socotim interesant acest caz, pentrucă ne-a dat ocazia să ne convingem că operând un hematom pulsatil enorm ca volum, datorit unei leziuni pe un vas cu un calibru aşa de mare ca al femoralei, operaţia a decurs destul de uşor, iar urmările post-operatorii au fost mulţumitor de bune şi credem, că respectând cele două percepte: 1. Operaţia să se facă totdeauna numai după ce circulaţia colaterală este bine instalată şi 2. Hemostaza preventivă să fie perfectă, permiţându-ne să lucrăm aproape „à sec" — este util pentru rănit ca ea să se facă cât mai precoce de acest fapt depinzând intensitatea tulburărilor de compresiune asupra organelor vecine, cu alte cuvinte asupra tulburărilor nervoase.

*
* *

Având în vedere situaţia de refugiaţi în care ne găsim, lipsa completă de izvoare de informaţie, ne cerem scuze autorilor români cari au publicat cazuri similare, de a nu-i fi citat, însă în Craiova nu am putut găsi nicio publicaţiune datorită unui român care să se ocupe de hematomul pulsatil.

Spitalul Militar Z. I. Nr. 284
Medic şef: Med. Lt.-Col. D-r I. Tuchilă

ICTER SIFILITIC PRESEROLOGIC[1])

de

Med. Sub-lt. D-r MIRCEA MUNTEANU
Şeful serviciului Dermato-veneric

D-r MIRCEA MUNTEANU: prezentând *un caz de icter sifilitic preserologic*, îi schiţează caracterele clinice şi atrage atenţia asupra freqvenţii lui, care după f. puţinele publicaţii apărute relativ la această chestiune ar părea că e f. rar.

Socoate cunoaşterea lui de o mare importanţă practică, deoarece acest icter beneficiind de tratamentul arsenical, permite de a aplica dintr'un început bolnavului sifilitic un tratament de asalt masiv şi susţinut.

Icterul poate apare în toate perioadele sifilisului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Gubler, Lancereaux, Ricord şi **Fournier** au arătat că în 95% din cazuri, icterul sifilitic survine la adult, în cursul infecţiunii secundare.

Dar şi în perioada primară ficatul este atins frequent. **Erich Hoffmann**, încă din 1905, a dovedit, prin inoculare la maimuţă, că treponema se află în circulaţie cu mult înaintea apariţiei accidentelor rozeolice.

Totuşi în literatură nu se citează decât foarte puţine cazuri de ictere în această perioadă.

Cel din'ntâi **Milian**[2]), încă din 1920, publică 3 observaţiuni asupra icterului sifilitic primar; In primul caz icterul coincidea cu prezenţa unui şancăr, în care spirocheta a fost pusă în evidenţă ultramicroscopic; In al 2-lea caz, reacţia B. Wassermann în sânge negativă, în momentul apariţiei icterului, se pozitivează ulterior; iar în al 3-lea caz, după apariţia icterului, apare o rozeolă sifilitică.

De atunci, încă alţi autori au raportat observaţiuni de acest fel:

Chattellier şi **Bonnetière**[3]), din Toulouse, în 1921, citează

---

1) Lucrarea a fost prezentată în şedinţa din 28 Oct. 1943 la Societatea de medici şi naturalişti din Iaşi, dar nu a fost publicată din cauza evenimentelor.

2) *G. Milian*: L'ictère syphylitique primaire—Paris Médical No. 34 din 21 Aug. 1920 p. 141—144.

3) *Chattellier et Bonnetière*: De l'ictère syphylitique antéserologique et des manifestations cliniques de la syphilis avant la roséole—Annales de dermatologie et de syph. Oct. 1921, Tom. II, p. 165—176.

cazul unei bolnave cu icter concomitent cu o reacţie B. Wassermann pozitivă în sânge şi cu prezenţa a 2 şancăre, pe cale de cicatrizare, situate pe labra mare.

Gastou şi **Tissot**[4]), în 1925, raportează cazul unui bolnav subicteric, în vârstă de 47 de ani, căruia i se pune diagnosticul de şancăr sifilitic în şanţul bolano-prepuţial, iar la 2 zile face un icter intens, fără ca reacţiunea B. Wassermann în sânge, pe care a urmărit-o, să se mai pozitiveze. Acest icter a cedat rapid la tratamentul antisifilitic.

Nicaud[5]), în 1926, redă observaţia unei bolnave „cu icter survenit în cursul evoluţiei unor şancăre anale şi care a precedat apariţiei accidentelor secundare şi a reacţiunilor humorale".

Tot el, mai publică un caz în 1927.

Lévine[6]), în 1934, descrie un caz de icter, survenit la un bolnav cu şancăr sifilitic în perioada prehumorală.

In literatura germană publică un caz **Lasch**[7]) în 1894 şi **Buscke**[8]) în 1910. **Fuchs, Weltmann** şi **Hoffmann**, publică câteva cazuri de ictere etichetate sifilitice precoce, dar de fapt erau ictere sifilitice secundare.

La noi în ţară **Cristea** şi **Blumenthal**[9]) citează un caz în 1922, iar **Sărăţeanu** şi **Blumenthal**[10]), în 1925, publică observaţia unui bolnav, la care, pe o cicatrice de şancăr moale, apare, la 25 de zile, un şancăr sifilitic, iar la 5 zile după acesta apare un icter. După 3 săptămâni dela apariţia icterului reacţia B. Wassermannn în sânge se pozitivează.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La acestea, adăogăm cazul nostru.

Este vorba de un soldat P. G., în etate de 39 de ani, internat în serviciul dermato-veneric al Spitalului Militar din Iaşi, în ziua de 14 Iulie 1943, cu diagnosticul de icter şi fimoză sifilitică.

Antecedente heredo-colaterale: tatăl mort de tuberculoză.

Antecedente personale: A avut blenoragie la 20 de ani; a suferit de piept şi a avut, acum un an, un abces rece în regiunea lombară dreaptă.

Istoric: Cu 2 săptămâni înainte de internare în spital — fără să poată preciza la cât timp după contagiune, — îi apare o mică erosiune în regiunea frenului, după care prepuţul se oedemaţiază.

Este tratat la unitate cu băi locale de hipermanganat de potasiu.

Cu 3 zile înainte de a intra în serviciul nostru, un camarad îi atrage atenţia că are ochii galbeni.

Incă cu câteva zile înainte de această întâmplare, bolnavul observase că urina era roşietică, fără să simtă însă nicio tulburare de ordin subiectiv.

Starea prezentă: Bolnavul este de statură mică. Uşor debil: Tegumentele, conjuctivele şi mucoasele sunt intens colorate în galben. **Nu acuză prurit. Este apiretic.**

---

4) *Gaston et Tissot*: L'ictère syphylitique primaire—Revue Francaise de dermatologie et vénérologie—An. 1, No. 1 Ian. 1921, p. 26.

5) *M. P. Nicaud:* Ictère syphylitique primaire—Bulletins et Memoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris No. 38, din 16 Dec. 1926, pag. 1704

6) *Lévine:* Ictère syphylitique en stade séronegatif du chancre indure—Annales des maladies vénériennes Dec. 1934, p. 889.

7) *Lasch*: Icter sifiliticus precox—Berliner Klinischer Wochenschrift 1894.

8) *Buscke*: Idem, idem 1910 (citat de Taschau).

9) *V. Cristea şi M. Blumenthal*; Icter sifilitic primar—Rev. Spitalul 1922 p. 187-190.

10) *Fl. Sărăţeanu şi M. Blumenthal:* Revista ştiinţelor medicale-Iunie 1925.

In regiunea lombară, la 2 laturi de deget sub rebordul costal, prezintă o cicatrice mare, în urma abcesului rece pe care l-a avut.

Examenul aparatului digestiv: Limba este curată, roșietică; ușoară anorexie. Nu a avut și nu are nici greață și nici vărsături. Scaunele sunt regulate și ușor decolorate.

Ficatul și splina sunt în limite normale și nedureroase la presiune.

Examenul pulmonar: tușește, neexpectorând aproape nimic. La ascultație se aud câteva raluri bronșice pe aria pulmonară stângă. La examenul radioscopic pulmonar nu se constată nimic deosebit.

Examenul aparat. cardio-vascular: La cord, nimic deosebit. **Puls normal;** are **76** pulsații pe minut.

Tensiunea arterială este normală.

Examenul aparatului uro-genital: Penisul este în fimoză, cu aspect de limbă de clopot, cu prepuțul infiltrat și cu ragade coronare, palpându-se prin grosimea lui o duritate în regiunea frenului, iar de sub el se scurge o secreție murdară.

Ganglionii inguinali sunt măriți de volum bilateral, dar mai pronunțat de partea stângă; duri, nedureroși, rulează sub deget. Pielea la nivelul lor se poate plisa, nu este aderentă sau modificată ca aspect și consistență.

Urina este de culoare **închisă-roșietică.**

EXAMENE DE LABORATOR:

1. **Examenul ultramicroscopic** arată **prezența spirochetei.**

2. **Reacțiile B. Wassermann și citochol** în sânge făcute la 15 Iulie 1943 și la 29 Iulie 1943, au fost **negative.**

3. **Examenul hematologic** arată:

Globule roșii 4.445.000 pe mm.c;

Globule albe 5.200 pe mm.c.;

Hemoglobină 135%.

Formula leucocitară: Polinucleare neutrofile 64%, Polinucleare eusinofile 7%, Polinucleare bazofile 1%, Limfocite 15%.

4. **Rezistență globulară:** 0.48—0.28%. Monocite 13%.

5. **Examenul urinei,** la 16. VII. 1943: albumină—urme **nedozabile** sânge—absent, glucoză—absent, acetonă—absent,

Pigmenți biliari—**prezent,** acizi biliari—**prezent,** urobilină—normală.

Sediment: **numeros urat de sodiu numeroase leucocite,** rare celule epiteliale plate.

Având în vedere dubla leziune organică (renală și hepatică), bolnavului i se administrează un **regim higienico-dietetic** adequat și în același timp se începe tratamentul antisifilitic, mai întâi cu **cianură de mercur** [11]), controlându-se regulat urina. După cinci zile dela instituirea acestui tratament se face o primă inj. 0,15 de **neosalvarsan.** Bolnavul simțindu-se bine la 2 zile se face o inj. 0.30 g, iar după alte 3 zile, una de 0.45 g. neos.

Bolnavul le **suporta pe toate bine** (continuându-se concomitent și inj. cu cianură de mercur), **iar icterul cedează** foarte mult, fiind pe cale de dispariție.

I se mai administrează încă 2 inj. cu neos. 0.45 și bolnavul părăsește spitalul cu leziunile sifilitice clinice și icterul vindecate, iar fimoza cedând foarte mult.

Inainte de a părăsi spitalul i se mai face o analiză de urină. Nu se mai găsește albumină și nici pigmenți și acizi biliari; în sediment — nimic deosebit.

De asemenea reacția B. Wassermann și cithochol, repetate în sânge, au fost găsite tot negative.

In fața tabloului clinic prezentat se schematizează **următoarele caractere** pentru ca icterul sifilitic să fie numit primar:

1) Să **coexiste cu un șancăr sifilitic,** diagnosticat clinic și confirmat ultramicroscopic.

---

11) D-r *G. Năstase:* Tratamentul sifilisului visceral—Revue medico-chirurgicale de Iassy No. 6 din 1936 pag. 421—423.

2) Reacţiile B. Wassermann, Meinicke, Citochol etc... în sânge, să fie negative, în momentul apariţiei icterului.

3) Absenţa tulburărilor gastrointestinale (fără greaţă, vărsături diaree sau constipaţie), sau să fie minime.

4) Icterul să apară rapid; materiile fecale să fie decolorate; iar în urină să apară pigmenţii biliari.

5) Să lipsească pruritul şi bradicardia.

6) Temperatură moderată sau deloc.

7) Starea generală a bolnavului să fie bună, iar evoluţia icterului să fie benignă.

8) Să se vindece rapid prin tratament antisifilitic. (Intr'un timp mai îndelungat se vindecă şi spontan).

In ce priveşte pathogenia lui, se ştie că sifilisul în perioada primară şi secundară este o septicemie şi că evoluţia infecţiunii sifilitice se face în 3 etape: 1) Limfatică, 2) venoasă şi 3) arterială.

Faza limfatică corespunde cu apariţia şancărului. Atunci Spirocheta trăeşte anaerob. Gaston şi Tissot cred că în acest moment sunt atinse limfaticile ficatului, având ca urmare o acţiune specială asupra canaliculelor biliare şi celulei hepatice sau o angiocholită treponemică ce determină tulburarea funcţiunei celulei hepatice, sau se produc leziuni ale venelor suprahepatice.

Toate acestea însă nu sunt decât pure ipoteze. Mecanismul intim şi real al producerii icterului prehumoral, ne scapă.

Ca diagnostic diferenţial, orientându-ne după caracterele schiţate mai sus, nu vom confunda icterul sifilitic primar cu:

1) Icterul catarat, apărut incidental la un sifilitic, — care se manifestă cu febră, tulburări gastrointestinale, bradicardie şi prurit şi stare saburală a limbei.

2) Icterul sifilitic secundar, coincide cu explozia cortegiului fenomenelor sifilitice secundare, iar reacţia B. Wassermann în sânge este pozitivă.

Dealtfel şi acesta beneficiază de acelaşi tratament ca şi cel primar.

3) De icter terapeutic sau biotropic, nu poate fi vorba în cazul nostru, deoarece înaintea apariţiei icterului, bolnavul nu făcuse nici un fel de tratament.

4) Nu poate fi vorba de un icter hemolitic, căci rezistenţa globulară am văzut-o că este în limite normale.

5) Se exclude orce alt icter cu evoluţie concomitentă incidentală (mecanic, infecţios benign etc...), deoarece nu îmbracă caracterele clinice ale acestora.

Dealtfel instalarea rapidă a icterului la bolnavul nostru şi dispariţia tot atât de rapidă prin aplicarea tratamentului antisifilitic, pe care bolnavul l-a suportat perfect de bine, confirmă în plus natura sifilitică a icterului.

Am atras atenţia asupra frequenţii mai mari decât ne-o închipuim noi a icterului sisfilitic în faza preserologică, deoarece cunoaşterea existenţii lui o socotim de o mare importanţă practică.

Pe deoparte, nerecunoscându-i natura, vom eziţa în utilizarea

preparatelor elective antisifilitice, lipsind astfel bolnavul de una din cele mai puternice arme de atac asupra acestei temute infecţiuni;

Pe dealtăparte, recunoscându-i natura, existenţa sa nu numai că nu contraindică administrarea unui tratament arsenical, dar beneficiind în gradul cel mai înalt de acţiunea acestuia, ne oferă posibilitatea instituirii unui tratament antisifilitic de asalt imediat precoce şi masiv, care ştim cât de mult valorează pentru viitorul bolnavului şi al societăţii.

D-r M. MUNTEANU: *L'ictère syphilitique présérologique (primaire).*

En présentant un cas d'ictère syphilitique primaire nous avons montré ses caractères cliniques.

Malgré les auteurs classiques qui n'ont mentionne que peu de cas d'ictère syphilitique primaire, nous avons attiré l'attention sur son apparition fréquente.

La connaissance de cette forme d'ictère a une grande importance pratique pour l'application du traitement antisiphilitique.

D-r M. MUNTEANU: *Itterizia sifilitica presierologica (primaria).*

Presentando un caso di itterizia sifilitica primaria habbiamo dimonstrato i suoi caratteri clinici.

Gli autori classici hanno menzionato pocchi casi di itterizia sifilitica pri maria habbiamo attratto l'attenzione sue fatto che questa malattia s'incontra frequetemente.

Le conoscenza di questo forma di itterizia ha una grande importanza practica per l'applicazione del trattamento antisifilitico.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Serviciul Chirurgical al Spit. „Predinger" Ploeşti

SECŢIUNE TOTALĂ A URETREI ŞI PARŢIALĂ A PENISULUI, PRIN LIGATURĂ STRÂNSĂ LA BAZA LUI INTERVENŢIE-VINDECARE

de

D-r TEOFIL PĂSCULESCU şi **D-r OCTAVIAN T. ILIESCU**

Prin curioasele accidente întâlnite la vârsta copilăriei, găsim interesant de a prezenta un caz de secţiune parţială a penisului şi totală a uretrei printr'o ligatură strânsă, cu sfoară, la baza lui.

Observaţia clinică este următoarea: copilul M. T. C. în etate de 6 ani, din Com. Petroşani Jud. Prahova, vine în serviciul nostru pentru secţiunea parţială a penisului şi totală a uretrei, prin ligatură strânsă la bază; — fistulă uretrală la baza penisului.

Ant. h. col. Fără importanţă.

Ant. pers. Neagă orice fel de boală infectocontagioasă sau de altă natură.

Istoric. Maladia actuală este datorită unei ligaturi, făcută cu sfoara la baza penisului.

Internat în serviciul nostru, după primele 3 zile de la accident, cu plagă infectată, i s'a secţionat firul de strangulare, făcându-se totodată toaleta

regiunei şi pansamente zilnice. Pacientul este trimis acasă pentru a-şi continua tratamentul local, până la cicatrizarea leziunilor, în vederea plastiei ulterioare.

După şase luni, revine în serviciu, cu penisul edemaţiat enorm prin stază consecutivă inelului de strangulare dela bază, menţinut doar printr'un pedicul, micţiunile sunt foarte dureroase, jetul de urină fiind posibil doar prin fistulă uretrală dela bază.

Starea prezentă: Bolnavul de constituţie medie, puţin desvoltat în raport cu vârsta, la examenul clinic pe aparate nu prezintă nimic deosebit.

Examen local: Penis pendular; fisu'ă uretrală la bază, inelul de strangulare interesează circomferinţa penisului la nivelul bazei lui. Pediculul este redus la dimensiunea unei macaroane cu diametrul de 0,50 cm.

Penisul edemaţiat, de culoare violacee, balant.

Jetul de urină apare la nivelul fistulei dela baza penisului iar ţesuturile în jur sunt iritate, provocând micţiuni dureroase.

Se hotărăşte intervenţia operatorie care are de scop corectarea inelului de strangulare şi plastia uretrei.

Se procedează succesiv la o serie de intervenţii plastice, după cum urmează:

— La 10. I. 1943, sub rachianestezie, se extirpă de jur împrejur inelul cicatricial; se mobilizează marginele plăgii şi se suturează circular prin fi e separate, făcând astfel să dispară şanţul de strangulare. Se procedează apoi la refacerea canalului uretral prin procedeul sacului, al lui Ombedanne, folosind tegumentele scrotului.

Urmări post operatorii: Cicatrizarea în bune condiţiuni a ine'ului de strangulare extirpat, cu restabilirea circulaţiei şi dispariţia aproape totală a edemului penisului.

Lamboul scrotal a plastiei uretrale, nu se coapteazâ în condiţii perfecte, prin cedarea unora din fire'e de sutură, pacientul rămânând cu o fistulă uretra'ă de dimensiuni reduse.

— La 27. II. 1943, tot sub rachianestezie, se circumscrie orificiul fistulos uretral, printr'o incizie. Marginele inciziei sunt imobilizate. Se face apoi o incizie ovalară la nivelul scrotului, cu un lambou spre orificiul fistulos. Se răstoarnă lamboul de piele ale cărui margini se fixează la incizia iniţială, creindu-se un planşeu, — uretrei. Peste suprafaţa sângerândă se alunecă pielea scrotală, care se fixează la acelaş nivel cu lamboul, creiat anterior.

Urmări post operatorii: Din nou câteva fire cedează şi orificiul fistulos se reface.

— La 5. V. 1943, sub rachianestezie, se disecă deasupra şi dedesubtul orificiului uretral, câte un lambou de piele patrulater, care se răstoarnă peste orificiul fistulos şi se suturează făcând un planşeu inferior uretral. Suprafaţa sângerândă rămasă, se acoperă cu un lambou de piele scrotală, pediculat.

Urmări post operatorii: Cedează câteva fire, însă lamboul este prins de jur împrejur.

Toate aceste intervenţii, au fost făcute folosindu-ne de o sondă uretrală „a demeure".

Din aceste motive în ziua de 29. VI. 1943, se procedează la o cistostomie prealabilă şi în aceiaş şedinţă la închiderea orificiului fistulos.

Pentru aceasta se circumscrie fistula uretrală printr'o incizie circulară la 0,50 cm. de marginele ei. Se disecă ţesuturile până la nivelul orificiului şi se suturează în bursă, dedesubtul lui. Peste suprafaţa sângerândă se alunecă din nou un lambou scrotal.

Urmări post operatorii: Vindecare per primam.

La câteva zile după ultima intervenţie, se suprimă sonda Petzer şi la 14. IX. 1934 se intervine pentru închiderea fistulei vezicale, rămasă în urma cistomiei prin epidermizarea traectului.

Revăzut câteva luni mai târziu, pacientul este complet sănătos, micţiunile sunt normale, turburările circulatorii au dispărut definitiv, iar penisul are un aspect normal.

Am prezentat acest caz, pentru succesul operator plastic, obţinut.

Penisul ca suport de uretră, este în prezent un organ perfect, în ceace priveşte însă funcţiunea de erecţie rămâne de văzut în viitor,

BCU Cluj / Central University Library Cluj

vârsta copilului nepermițându-ne a trage concluzii asupra calității corpilor cavernoși.

Procedeele plastice, întrebuințate de noi în cazul prezentat, au variat de fiecare ședință operatorie după diferitele metode indicate de Nordmann și Kirschner, atât prin alunecarea lambourilor de vecinătate, cât și prin lambouri pediculate, întrebuințând pielea scrotului.

Rezultatul definitiv se pare că a fost obținut și prin concursul cistostomiei prealabile făcută în ultima ședință, sondele „à demeure" uretrale întrebuințate anterior, fiind după părerea noastră, un motiv de supurație locală și cedarea firelor.

UN CAZ DE COMĂ BARBITURICĂ (PHANODORM) VINDECAT PRIN STRICHNOTERAPIE MASIVĂ

de

D-r N. ROȘIANU, **D-r VERONICA BACALBAȘA**

și

D-r ILARIE POPESCU

(Spit. Tg.-Jiu)

Biblioteca Universității "Ion Ionescu de la Brad"

In ziua de 27 Iunie a. c. este internat în spital, bolnavul I. P. în vârstă de 25 ani, în stare de comă, după informațiile culese, din familie, bolnavul ingerase cu scop de sinucidere, două tuburi de Phanodorm (34 pastile) cu aproximativ 9 ore înainte, adică pe la ora 11 seara. Dimineața a fost văzut la domiciliu, de un Medic chemat de urgență, care stabilind diagnosticul de Comă Barbiturică, i-a administrat intravenos 5 miligrame strichnină, și flebotomie. Până la internare, i s'a mai repetat încă o doză de 5 miligrame de strichnină intravenos. Bolnavul se prezintă la noi în stare de comă, cu respirație profundă, stertoroasă, cu rezoluție musculară, tegumentele cianozate la nivelul extremităților și feții, temperatură 39°, puls 130 pe minut. Se constată glob vezical, și se sondează, evacuându-se 400 gr. urină. Reflexele, corneen, osteotendinoase și cutanate sunt abolite. Bolnavul nu reacționează la nici-o excitație dureroasă. La examenul celorlalte aparate s'a constatat: aparât Respirător: Nu se percepe niciun sgomot supra adăugat. Aparat Cardio-Vascular: Matitate Cardiacă în limite normale, vârful cordului în spațiul 5-lea intercostal pe linia Medio-claviculară. Bătăile cardiace surde, se succed într'un ritm tachichardic (130 pe un minut) tensiunea 9 maxima 5 minima. Completăm examenul clinic cu următoarele analize de laborator: Examenul parțial al urinei: Albumină și Glucoză absentă. Sedimentul: Celule epiteliale plate, cristale de acid uric. Densitatea 1016. Hemogramă: 3.800.000 globule roșii, 6 400 Globule albe. Formula Leucocitară: 78% Polinucleare 20% Limfocite, 2 Mononucleare. In prima zi de spitalizare i se face următorul tratament:

1. Strichnină intravenos în doză de 5 miligrame la fiecare oră, atingând doza globală de 50 miligrame.

2. Ouobaină 1/8 miligrame diluată în 10 cc. ser glucozat hypertonic, pentru a tonifica miocardul.

3. Injecții cu cardiazol — efedrină Oleu Camforat și Cafeină, de două ori pe zi, pentru combaterea Colapsului Cardio-Vascular.

4. Ser Fisiologic 1000 cc. Subcutan, în scopul „Lavajului Sângelui 2, preconizat de Dastre și Loye.

5. Clismă evacuatoare, fără efect însă, din cauza lipsei de reacțiune și ser glucozat 47°/00 „goutte-à-goutte", în clismă 1000 cc.

6. In tot timpul acestui tratament, din prima zi, respirația s'a ame-

liorat, devenind mai puţin stertoroasă, tensiunea arterială, care la sosire era 9/5, s'a ridicat la 11/6, iar pulsul a scăzut la 100 pe minut. Bolnavul n'a prezentat niciun semn de eşire din comă, reflexele păstrându-se abolite. Ziua a doua, se repetă acelaş tratament, la care se adaugă injecţii cu Dagenan, şi ventuze uscate pe spate, pentru a preveni complicaţiile pulmonare, întrucât la ascultaţie se prindeau raluri crepitante la baza dreaptă. In cursul după mesei, bolnavul prezentând o respiraţie mai greoaie, şi expectoraţie spumoasă, se repetă flebopuncţia şi se suprimă serul fiziologic, pentru a înlătura fenomenele de oedem pulmonar. Către sfârşitul acestei zile, apar uşoare mişcări ale mâinilor cu ocazia înţepăturii făcute în momentul injecţiilor. Reflexul cornean începe a se schiţa. Clisma evacuatoare se face cu efect.

A 3-a zi Bolnavul scoate în tot decursul acestei zile, ţipete puternice inconştiente, şi prezintă uşor trismus, fapt care ne determină să micşorăm doza de strichnină la un total de 30 miligrame. In rest, se aplică acelaş tratament. La orele 4 p. m., reflexele osteo-tendinoase încep a se produce, deasemeni reflexu de apărare se accentuiază ca şi cel cornean. Febra scade la 38°. Către seară, deschide ochii şi îşi recunoaşte membrii familiei, însă se menţine într'o stare de somnolenţă.

A 4-a zi Bolnavul îşi revine complect, prezentând chiar o stare de bună dispoziţie. Temperatura scade la 37°, are poftă de mâncare şi se poate scula din pat cu oarecare fenomene de astenie. In această stare părăseşte spitalul

Am publicat acest caz, pentru a confirma odată mai mult, bunele rezultate obţinute prin strichnoterapie masivă în comele Barbiturice. Cazul ingerat 34 tablete Phanodorm (Etilciclohexenil Malonil Uree) a 0,20 gr. ceiace fac 6,8 gr. de barbiturice, doza mortală variind dela 2 gr. până la 14 gr. după cum afirmă diferşi autori. Doza de strichnină administrată de noi, în scop terapeutic a atins cifra de 0,130 gr. divizată în 50 mgr. prima zi, 50 mgr. a doua zi şi 30 mgr. a treia zi, făcute la fiecare oră în doze de câte 5 mgr.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Simptomatologia comei barbiturice, aşa cum e descrisă mai în toate cazurile publicate, a fost găsită, şi la cazul nostru: stare de somn profund cu respiraţie stertoroasă, areflexie. Insenzibilitate corneană, retenţie de urină, febră. Trebuie să menţionăm că sunt şi cazuri după cum relatează Tardieu în Jurnal Medical din Noembrie 1928, cu alternanţe de stări convulsive clonice sau tonice, uneori de aspect tetanic sau epileptic, cât şi delir acut ca în Psihoza alcolică.

Complicaţiile în cazul nostru au fost absente, cu excepţia uşoarelor semne de Oedem pulmonar, care ne-au determinat să suprimăm serul fiziologic, congestia bazelor şi tendinţa la colaps cardio-vascular, pe care am căutat să le ameliorăm prin injecţii cu dagenan, ouabaină, camfor, cafeină, efedrină. Cele mai frecvente complicaţii ce pot surveni sunt: afecţiunile pulmonare acute, colapsul cardio-vascular, complicaţiile renale (Oligurie, cilindrurie, albuminurie, hematoporfinurie) leziunile hepatice, uremia în cazuri grave, hemiplegiile tranziţiorii, amaurozele, erupţiile cutanate toxice.

Pronosticul în cazul nostru, la început a fost sombru, dat fiindcă trecuse un timp apreciabil, dela ingerarea toxicului până la darea primelor îngrijiri. Totuşi bolnavul fiind tânăr şi cu integritatea organică şi funcţională păstrată cât şi o probabilă toleranţă la toxic, evoluţia a fost favorabilă. Sunt cazuri unde vindecarea poate surveni dela 24 ore până la 6 zile, în mod spontan, după gravitatea comei. Elementele după care ne conducem pentru stabilirea pronosti-

cului sunt următoarele: Vârsta, terenul, temperatura, integritatea funcţiunilor hepatice renale, cardiovasculare şi respiratorii.

Tratament. Din cercetarea literaturii, începând cu primul caz comunicat în 1933 de Doamna Bertramd — Fontaine la Societatea spitalelor din Paris, putem vedea că scrichnoterapia este tratamentul de bază, în intoxicaţiile barbiturice. Modul de administrare al strichnoterapiei intra-venoase în coma barbiturică, este destul de maleabil, unii practicând doze ca în cazul nostru, moderate, de aprox., 50 mgr. în 24 ore, iar alţii, ca D-r Milcoveanu, Szebestyen mergând până la cifre cu totul temerare de 1,870 gr. strichnină în 66 ore, pe cale intrarachidiană, intravenoasă şi subcutană, producând instalare de tetanos strichninic. In general criteriul după care ne călăuzim pentru încetarea sau diminuarea dozelor în cursul tratamentului, este apariţia trismusului, pe care l-a prezentat şi bolnavul nostru. Indiferent care ar fi mecanismul de acţiunea strichninei în tratamentul comelor barbiturice — antidot, după cum susţine Ide antagonism farmacodinamic după Massonet şi Carierre — efectul ei salutar este neîndoios, ajungându-se la următoarele tratamente ajutătoare: evacuarea toxicului prin spălătură gastrică şi venisecţie, („Lavaj al sângelui" (Dastre şi Ioye), prin injecţiuni intravenoase şi subcutane de ser fiziologic, tonicardiace, sulfamide. Cităm următoarele alte tratamente în coma barbiturică, înlocuind strichnină: 40—50 cc. la fiecare oră de coramină (Sigismund Bloc), alcool intravenos 30 la sută câte 30 cc. la fiecare oră, (Le Loup, Carierre) şi în curs de cercetare, (Maloney) picrotoxina, un puternic excitant bulbomedular, extras din corculus indicus.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Stări de epuizare şi excitaţie nervoasă — **Insomnie nervoasă** — **Depresiuni**

Turburări vaso-motoare

CALCIBRONAT

(Ca — Br — Lactobionat)

Ambalaje aluminate cu 10 tablete
1—3 tablete pe zi

Cutii cu 100 gr. granulat
1—3 linguri pe zi

Ampule de 5 şi 10 ccm.

Bucureşti: Drogueria D. NESTOR
Str. Lipscani 102

SANDOZ S.A., Bâle, Suisse

ANALIZE

Antropologie

V. PAPILIAN: **Asupra orânduirii preventive în procesul evoluţiuni.** — Ardealul Medical No. 1/945.

Autorul reluând studiul asupra existenţei în orbita omului a două formaţiunile desluşite, o formaţie veche — rest al cercului orbitar dela mamiferele inferioare şi o formaţie nouă, supraadăogată, — după ce face incursiuni largi în anatomia comparată, ajunge la convingerea că evoluţia nu se mai poate explica prin adaptarea la mediu (Lamarck), nici prin selecţiunea naturală (Darwin), ci printr'un proces de mutaţiune. Aşa a evoluat craniul, prin mutaţiuni. Dela capul alungit al şoarecelui şi până la craniul înalt al omului, se pot constata o serie de mutaţiuni. Iar faţa s'a modificat după craniu, între forma feţei şi a craniului existând o corelaţiune.

Autorul ajunge la următoarele concluziuni generale: 1) Atât faţa cât şi craniul, în desvoltarea lor absorb elemente învecinate. 2) Sunt două cercuri cu semnificări asemănătoare, cercul zigomatic şi cercul orbitar, cu valoare de traectorii arhitectonice edificatoare. 3) Morfologicul precede funcţionalul printr'un proces de mutaţie. 4) In procesul evoluţiei există o orânduire preventivă a materialului morfologic.

M. C.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Biologie

GR. BENETTATO, L. ŞOVAILESCU şi I. BACIU: **Sistemul nervos central şi funcţiunea de apărare. Mecanismul central nervos al activităţii fagocitare.** — Contribuţiuni experimentale. Ardealul Medical No. 2/945.

Autorii studiind mai departe problema participări sistemului nervos central la funcţiunile de apărare ale organismului, au căutat să precizeze dacă centrii organo-vegetativi superiori participă la reacţiile fagocitare obişnuite provocate prin pătrunderea în organism a elementelor streine celulare sau amorfe. Au făcut cercetări pe iepuri adulţi de ambele sexe; reacţia fagocitară a fost provocată prin administrarea intravenos de pyrifer în doză de 50 de unităţi pe animal, conţinând o cantitate de proteine microbiene corăspunzătoare la 50 milioane de germeni; blocarea centrilor organo vegetativi hipotalamici s'a făcut cu dietilbarbiturat de sodiu, administrat intramuscular; separarea centrilor hipotalomici de părţile subjacente ale axului cerebro-spinal s'a făcut prin secţionarea măduvei la nivelul vertebrei 6 cervicale, operaţia fiind făcută sub narcoză. Rezultatele cercetărilor actuale concordă cu cele anterioare cari au arătat că excitarea faradică directă a regiunei hipotalamice stimulează fagocitoză. Aceste cercetări pledează pentru localizarea hipotalomică a centrilor fagocito-stimulatori.

M. C.

E. C. CRĂCIUN: **Grefele după metoda Filatow şi terapia de şoc tisular.** Spitalul 3-4/945.

Primele grefe practicate de Filatow asupra corneii au fost punctul de plecare al unor întregi serii de modificări care s'au ridicat la înălţimea unei metode de ordin biologic capitală. Filatow a descoperit prin influenţa grefelor locale posibilităţi de reactivare şi vindecare a unor ţesuturi bolnave subjacente sau situate la distanţă. Noile grefe izotisulare sau hetero-tisulare ajunse într'un anumit grad de autoliză aseptică sub influenţa unor produse noi provoacă în organism un şoc asupra ţesuturilor bolnave, urmat de reactivări, modificări locale şi vindecări. Primul fel de grefe aplicate de Filatow erau izotisulare, adică un disc de cornee vie venea să înlocuiască un fragment de aceleaşi dimensiuni scos cu trepanul de pe corneea opacifiată.

Se impunea ca grefarea să se facă în cel mai scurt timp dela enucleare. In afară de riscul că grefa nu se prindea sau era eliminată, se adăuga şi riscul opacifierii parţiale sau totale prin pătrunderea vaselor venite din părţile vecine. Al doilea fel de grefe se face cu cornee de cadavru care era păstrată la răcitor la $+2^0 - +4^0$, timp de 4-6 zile, la întuneric şi inanţie, ceea ce determina o clarificare mai rapidă şi mai desăvârşită, de asemenea aceste grefe nu mai erau invadate de vase de neoformaţie locală, riscul de opacifiere secundară dispărând. A treia etapă a cercetărilor permite tratarea leziunilor corneene bilaterale, grefa pe un ochi prin reacţie de simpatie provocând vindecarea şi a celuilalt ochi. A patra etapă încearcă prin grefă tratarea altor leziuni decât cele corneene, anume leziuni profunde (precum atrofia nervului optic) sau leziuni superficiale (precum cheratita tuberculoasă, blefarita, trahomul); ca grefon se foloseau nu numai fragmente de cornee ci şi alte ţesături precum cartilagiu, glanda lacrimală, placentă, ţesut celular. In a cincea etapă s'au obţinut vindecarea ulceraţiilor tuberculoase în parte cicatrizate la o lună după extiparea unei ulceraţii şi înlocuirea ei cu o grefă cutană. La fel cu gomele sifilitice, ulcerele torpide după arsuri ale pielei, furunculoza rebelă. Aceleaşi rezultate bune au fost obţinute în tratamentul nevritelor şi radiculitelor, al unor afecţii ginecologice, în ulcerul duodenal şi gastric. A şasea etapă constă în înlocuirea unui grefon corneean cu un suc extras din aloes. Este vorba deci de aceleaşi rezultate obţinute cu grefe de ţesuturi vegetale.

Grefele lui Filatow evoluând astfel au permis vindecarea a milioane de orbi. Grefele corneene luate dela animale fiind constant negative, au trebuit să fie luate de la cadavre fiind tratate câteva zile la frig şi întuneric, până când fragmentul de cornee pierde 75% din greutatea lor. In sfertul rămas s'au elaborat în acest timp (momentul optim este între 5-6 zile) anumite substanţe speciale, cărora li s'ar datora efectele de activatoare ale nutriţii celulare şi implicit de modificatoare prin stimulare a ţesuturilor bolnave. Aceste noui substanţe favorabile, un fel de necro-hormoni produşi în ţesuturile pe cale de distrugere, s'ar apropia de „Trefone" care sunt substanţele azotate reduse la un anume grad de simplitate chimică, care se desvoltă din sucul embrionar cu care Alexis Carrel a întreţinut la infinit viaţa culturilor din ţesuturi în vitro. Aceste substanţe desvoltate printr'o autoliză înaintată pot fi direct asimilate de celulele ţesuturilor bolnave, care se transformă în celule noui cu protoplasmă vie.

Autorul explică prin acest fel de şoc tisular proteic rezultatele obţinute de diferiţii cercetători în domeniul biologiei celulare şi tisulare ca Filatow, Haberlandt (necro-hormoni), Carrel şi Gurvitsch (razele mitogenetice). Autorul propune ca acest fel de terapie după cercetările lui Filatow (prin anume autoliză aseptică) să fie denumită **terapie prin şoc tisular,** spre deosebire de terapia prin şoc umoral care se adresează stărilor coloidoclasice umorale.

M. C.

Biochimie

Prof. M. CIUCĂ: **Penicilina şi alte produse antibiotice de origină microbiană.** — Rev. Şt. Med., No 1—6/1945.

Intr'un articol editorial autorul face o prezentare de ansamblu bazat pe cunoştinţele care au putut ajunge până la noi în prezent. Se prezintă istoricul, acţiunea bacteriostatică şi bactericidă a penicillinei, cercetările terapeutice, alte produse abiotice extrase din penicillium, produse antibiotice elaborate de diferite organisme. La sfârşit se dau Instrucţiunile oficiale redactate de departamentul Medical al Armatei şi al Flotei Statelor Unite în colaborare cu Comitetul Medical de Cercetări al Oficiului de Cercetări Ştiinţifice în ceea ce priveşte farmacologia, modul de păstrare, prepararea soluţiunilor, tratamentul cu penicillină şi diferitele căi de administrare.

*

In Rusia Sovietică Penicillina se fabrică în cantităţi mari în diferite uzine la Moscova, Leningrad, ş. a. Academicianul rus N. Burdenco a expus stadiul studiilor actuale asupra întrebuinţării penicillinei, în afecţiunile streptococice şi stafilococice. Se urmăreşte concentraţia maximă în sânge. Se foloseşte metoda introducerii în carotidă în diferitele cazuri de infecţiuni ale creerului. Chiar mai înainte de 1942 specialiştii sovietici foloseau calea carotidei pentru o soluţie de streptocid alb. Ulterior în locul streptocidului au început să introducă în carotidă câte 20 cmc., de soluţie 10% sulfidină sau sulfazol, zilnic, timp de 4—5 zile. Din 1944 specialiştii sovietici au început să introducă în carotidă penicillina, obţinând rezultate bune în clinică şi pe front în complicaţiile infecţioase de pe urma rănilor cerebro-craniene. Penicillina se introducea în carotidă în doze de 10.000 unităţi odată la 24 ore, împreună cu o inoculare intramusculară de 40.000 unităţi pe zi. Metoda inocularii intraarteriale a fost aplicată în orice complicaţiuni infecţioase provenite din răniri cu arme de foc. Penicillina eliminându-se repede de organism, diferiţi autori au urmărit să studieze Metoda reţinerii ritmurilor de eliminare ale Penicillinei din organism, pentru a se obţine o cât mai durabilă concentrare a preparatului în sânge. S'a obţinut aceasta pe calea depunerii simultane a substanţei care se numeşte diotrast (aceasta mai cu seamă în America). In Rusia la Institutul pentru profilaxia biologică a infecţiilor condus de Profesoara Z. V. Ermolieva, colaboratoarea sa A. P. Urazova a obţinut mărirea concentrării Penicillinei în sânge prin înlocuirea injecţiilor intramusculare sau intravenoase repetate de mai multe ori pe zi printr'o singură injecţie intramusculară pe zi. Metoda sovietică de introducere combinată a Penicillinei: 10.000 unităţi pe cale intrarterială, 40. 000 unităţi pe cale intramusculară, cu o inoculare simultană intravenoasă de 10 cmc soluţie sare de bucătărie şi regim uscat — a mărit concentrarea Penicillinei în sânge precum şi durata reţinerii acestei concentrări în sânge de 2—3 ori. Metoda aceasta sovietică egalează eficacitatea metodei de inoculare cu diotrast. Rezultatele obţinute prin metodele sovietice au dat foarte favorabile rezultate Doctorului Paramonov care a obţinut în tratarea infecţiilor cerebrale o mortalitate globală de 15% prin metoda introducerii sulfamidelor în carotidă, o mortalitate de 8% prin metoda combinată a introducerii intraarteriale şi intramusculare şi de 2% prin aplicarea ultimei metode.

M. C.

Circulator

P. ŢÂRLEA: **Sindromul varicos.** — Ardealul Medical, No. 2şi3/1945.

Autorul face un studiu de ansamblu al „Sindromului varicos" (Complexul varicos al Şcoalei Germane) care constituie o adevărată plagă socială. Se expune tratamentul general şi local al afecţiunei, insistându-se asupra metodei Clinicei Dermato-Venerice din Cluj care, între metodele

conservative de ordin medical, aplică cu precădere metoda pansamentelor compresive cu gelatină zincată; iar dintre metodele chirurgicale practică cu predilecţie (800 cazuri în ultimii 10 ani) flebosclerozа cu sol. glucozată în special cu Varico-calorose. Se expun şi determinările cutanate ale sindromului, cu tratamentele respective.

Prof. D-r. T. VASILIU: **Clasificarea sindroamelor reticulare: reticuloza, reticulosarcomatoza, reticulosarcom.** — Ardealul Medical, No. 3/1945.

Autorul, Profesor de Anatomie Patologie la Facultatea de Medicină din Cluj-Sibiu, care a examinat în ultimi trei ani aproape 20 de cazuri de neoformaţiuni reticulo-endoteliale, face clasificarea şi caracterizarea acestor sindrome, cuprinzându-le într'un tablou sinoptic.

FL. CAPRARIU: **Forma nedureroasă a infarctului miocardic prin tromboză caronariană.** — Ardealul Medical No. 1/945.

In infarctul miocardic durerea este un simptom de bază; ea apare şi în repaus, în somn, spre deosebire de durerea din anghina de piept care apare în timpul unei sforţ, unei excitaţii, sau unei emoţii; durerea în infarctul miocardic este mult mai lungă că în angina de piept. Autorul descrie o observaţie în care durerea lipsea. In asemena caz diagnosticul se bazează pe insuficienţa circulatorie care se instalează brusc, pe despnee, pe febră, pe hiperleucocitoză, pe viteză de sedimentare crescută a hématiilor, pe examenele repetate la intervale scurte electrocardiografice.

E. LAZEANU, P. STOENESCU şi ANA ASLAN: **Imaginea radiologică a inimei în leziunile tricuspidiene.** — Bul. Acad. de Med.No. 3/1943.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Autorii studiind 3 bolnavi prin ortodiagrama inimei, teleradiografie şi radiokimografie, constată în această afecţiune semne radiologice caracteristice şi anume: Dilataţia hipertrofică a ventricolului drept şi ieşitura exagerată a oreetei drepte. Inima este transversală, vârful inimei este rotunjit. Radiokimografia a arătat participarea ventricolului drept la formaţia inimei, iar expansiunea sistolică a Oreetei drepte înregistrată pe radiografia plană în poziţie frontală este un semn important de insuficienţă tricuspidienă.

M. C.

A. ASLAN: **Contribuţiuni la studiul leziunilor tricuspidiene. Acţiunea respiraţiei asupra circulaţiei.** — Bul. Acad. de Med., Anul VIII, No. 3/1943.

Pe o primă observaţie, publicată în 1932, şi pe încă 9 bolnavi îngrijiţi din 1940 până în prezent autoarea întreprinde un studiu de ansamblu al leziunei organice tricuspidiene. Leziunea în toate cazurile e a asociată cu alte leziuni orificiale. Leziunea tricuspidiană singură trebue să fie de o extremă raritate. Etiologic, la 7 din 10 cazuri exista reumatismul cardio-articular specific. Simptomatologic, a constatat un aspect mai de grabă anemic cu cianoză în perioada de insuficienţă a inimei; dispnee puţin accentuată; stază în jugulară; reflux hepato-jugular; puls venos sistolic în jugulare, în ficat şi în venele braţului; ficat mare pulsatil; splină dilatată; edem; ascită, pleurezie; hidro-torax; cu încetul stabilirea unui anasarc. Aceste simptome, care se întâlnesc şi în insuficienţa tricuspidiană funcţională, survin într'o leziune tricuspidiei la o vârstă mai tânără şi nu sunt precedate de o perioadă de dipsnee. Ca semne cardiace, un al doilea şoc imediat sub apendicele xifoid; ridicare sistolică la baza apendicelui xifoid; uneori freamăt sistolic; conturul drept depăşeşte cu 3—4 cm. marginea dreaptă a sternului; un suflu holosistolic cu maximum de intensitate la baza apendicelui xifoid mai intens în sistolele coincidând cu inspiraţia, şi de in-

tensitate mai slabă în sistolele expiratorii. Puls mic, aritmic; tensiunea arterială diminuată; fenomene venoase; o E. C. G. în aritmie complectă ventriculară, fibrilaţie auriculară, preponderenţă dreaptă. Pe pletismogramă, oscilaţii respiratorii mai ample decât în stare normală. Pe cardiograma ventricolului drept, o curbă care se apropie de o sfigmogramă radială cu o linie ascendentă şi o linie descendentă unite printr'un croşet uneori ascuţit; contracţiuni ondulante, două sau trei contracţiuni mai ample urmate de 1—3 contracţiuni mai slabe. Caracterele cardiogramei se explică prin insuficienţa orificiului auriculo-ventricular drept. Umplerea diastolică a inimei fiind favorizată în inspiraţie, acţiunea respiraţiei se exercită cu atât mai mult asupra oreetei drepte în stare de hipotonie şi de continuă distensiune, de aci rezultă celelalte caractere grafice, fibrilaţie auriculară, angorjarea venoasă în venele cave superioară şi inferioară, modificarea sub influenţa respiraţii a freamătului şi a intensităţii lui în sistolă.

M. C.

D. DANIELOPOLU şi G. NICOLAU: **Rolul leziunilor venelor inimei în patogenia anginei de piept.** — Bul. Acad. de Med., Anul VIII, No. 1—2/1943.

Prof. Danielopolu a formulat încă din 1916 o concepţie personală asupra patogeniei anginei de piept, după care accesul anginos este datorat unei intoxicaţii a miocardului prin produsele travaliului cardiac şi provocat printr'o insuficienţă trecătoare a irigaţiei sanguine a miocardului. Autorul descrisese anterior leziunile arteriale, venoase şi nervoase ale inimei; iar împreună cu Lupu şi Nicolau a descris leziunile arterelor coronare, ale venelor coronare şi ale nervilor. In memoriul de faţă insistă în detaliu asupra leziunilor venoase, care ca şi leziunile arteriale joacă un rol important în producerea accesului anginos. Insistă în special asupra rolului în nutriţia inimei a unei serii de vase, cari iau naştere în miocard, în diferite ramuri ale arterelor coronare şi se deschid în cavitatea cardiacă; sunt venele lui Thébesius care lăsând să circule sângele într'un sens şi altul constituiesc sistemul Thebesian, a cărui alterare vatămă nutriţia inimei şi produc accesul anginos. Alterarea acestui sistem vascular condiţionează angina de piept chiar când arterele coronare nu sunt prea lezate şi din contră uşurează travaliul inimei chiar în cazuri de obstrucţie aproape complectă a celor două coronare, constatată la autopsie, împreună cu o puternică desvoltare a circulaţiei Thebesiene.

M. C.

Constituţionale

G. VIŞINESCU: **Sindromul lui Bremer „Status Dysraphicus".** — Rev. Şt. Med., No. 1—6/1945.

Autorul face o prezentare de ansamblu a Sindromului denumit de Bremer în 1926—27 „Status Dysraphicus", sindrom de care a început să se vorbească în literatura medicală dela 1934. Sindromul grupează o serie de displazii ectodermice cari se întâlnesc în ascedenţa şi descedenţa bolnavilor de siringo-mielie, precum şi sporadic, în diverse alte familii unde nu există turburare siringo-mielică, dar care sunt datorite unei infecţiuni sifilitice atenuate transmise, ereditar prin mutaţii în uter după tipul recesiv al legilor lui Mendel. Se prezintă ca simptome clinice: Displazii prin disrafii anterioare (inter cari; frunte olimpiană, buza de iepure, anomaliile dinţilor, boltă palatină profundă şi ogivală, luetă bifidă, prognatism, anomaliile sternului care constituiesc un semnal — simptom, extrofia vezici urinare, epispadias şi hipospadias, fimozis congenital, imperforaţia anusului); Displazii prin disrafii laterale (anomali din partea rănilor, săni supranumerari; anomalii din partea areolei şi mamelonului fistule şi kiste bronchiale); Displazii prin disrafii posterioare (Displazii datorite învelişurilor canalului neural, între cari: bossă occipitală exagerală.

cifo-scolioză cervico-lombară, fosetă coccigiană, spina bifida ocultă, scobitura lombară crescută, hipertricoză a şanţurilor vertebrale în formă de coadă de cal. Displazii datorate derivatelor canalului neural, între cari: modificări a rapoartelor şi a lungimilor diferitelor membre între ele şi în raport cu celelalte regiuni corporale, turburări vaso-matorii şi trofice ale picioarelor şi mâinilor, anomalii ale urechi externe, enuresis nocturn până la o vârstă înaintată, omoplaţi ridicaţi, a zecea coastă flotantă ridicarea diafragmului, luxaţia congenitală a marilor articulaţii, hipogenitalism). Se expune în con inuare substratul anatomie şi consideraţiuni etiologice şi patogenice, făcându-se comparaţie cu ce se petrece în trepanosomiaza spontană virulentă a iepurilor.

M. C.

Dermatologie

C. MUNTEANU şi V. MICLĂUŞ: **Contribuţiuni clinice şi eredopatologice asupra boalei de Meleda.** — Buletin Eugenic., No. 1—3/1945.

Boala de Meleda este o varietate a iperkeratozei palmo-plantare ereditare a lui Unna-Thost, şi se caracterizează prin trecerea leziunilor pe feţele dosale ale mâinilor şi picioarelor. Îşi trage numele dela insula dalmaţiană Meleda în care au fost înregistrate un mare număr de cazuri (300), dar ea se întâlneşte sporadic şi în alte părţi. Boala începe în copilărie; constă în îngroşări cornoase şi fissuri dureroase care se infectează secundar, la nivelul palmelor şi tălpilor. Este durabilă şi neschimbătoare; prezintă un caracter ereditar dominant neregulat.

Autorii prezintă 3 cazuri (2 femei şi 1 bărbat) fraţi. In concluzii remarcă că în antecedentele lor ereditare cuprinzând 5 generaţii, cu 72 membri nu au găsit niciun membru care să fie suferit de această boală; toţi bolnavii prezentau un aspect al leziunilor de „picior în galoş". Autorii opinează pentru o discrinie ereditară fiind dată existenţa guşei şi întârzierea menstruaţiei la ambele femei.

Biblioteca Universitatea "Babeş-Bolyai" Cluj

M. M. R.

Digestiv

E. VEGAN şi C. GHINESCU: **Tratamentul ulcerului gastro-duodenal cu ser glucozat hipertonic 25%.** — Spitalul, No. 2/1944.

Autorii au tratat în clinica Prof. Goia din Cluj 32 cazuri de ulcere gastro-duodenale prin metoda lui Henning şi Norpoth, modificată de Eppingher. Au utilizat o soluţie de glucoză 25%. Practicau la 2 zile un lavaj de 3—400 cmc., fiecare bolnav primea 6—20 lavajuri făcute prin sondă duodenală. Ca rezultate terapeutice, la 70% cazuri durerile au dispărut, ameliorări au survenit în 20%. Aspectul radiologic nu s'a schimbat. Ulcerile gastrice se influenţau mai bine decât cele duodenale.

T. SPĂTARU şi V. BOICAN: **Sinistropoziţia colonului ceco-ascedent cu apendicită „controlantă" în stânga.**

Autorii publică un atare caz pe care-l însoţesc de ample considerente de ordin patologic, clinic patogenic şi terapeutic.

M. M. R.

O. FODOR: **Consideraţiuni asupra icterului cataral.** — Ardealul Medical, No. 2/1945.

Autorul expune, cu publicarea a 4 observaţii clinice, datele actuale ale patologiei icterului cataral. Admite că teoria infecţioasă prin ultravirus se apropie mai mult de adevăr; leziunea isto-patologică iniţială ar fi o

hepatită prin capilarită, cu hepatoză secundară; icterul cataral sporadic şi cel epidemic prezintă acelaş aspect clinic (se insistă asupra coafecţiunei altor organe afară de ficat, şi se insistă asupra noului simtom în icterul cataral pe care-l constituesc manifestările articulare de origină probabil allergică); în tratament trebuieşte evitată polipragmazia, iar fizioterapia prin aplicarea de căldură pe ficat trebuieşte reglementată.

M. M. R.

O. FODOR: **Consideraţiuni asupra coledocitelor în ictere.** — Ardealul Medical, No. 9—10/1945.

Autorul expune 3 observaţii clinice şi face consideraţiuni de ansamblu asupra coledocitelor în ictere. Apariţia coledocitei imprimă o evoluţie prelungită icterului cataral şi modifică aspectul clinic; coledocita se caracterizează prin icter variabil, febră cu mici oscilaţiuni, dureri aproape continui exacerbate de alimentaţie, semne de suferinţă hepato-pancreatico-duodenală; se constată absenţa bilei în duoden. Tendinţa la sclerozarea choledocului impune intervenţia chirurgicală după 4—5 săptămâni.

M. M. R.

Endocrinologie

ST. MILCU şi M. PITIŞ: **Viteza de sendimentare în sindromele tiroidiene.** — Rev. Şt. Med., No 1—6/1945.

Cercetările poartă asupra sindromelor tiroidiene hiper-funcţionale şi hipofuncţionale (90 de cazuri de hipertiroidie benignă, 30 de boala lui Basedow, 40 de hipotiroidie, 10 cazuri de myxo-edem). Viteza de sedimentare a fost găsită accelerată, la valori apropiate sau identice, în sindrome antagoniste. Neavând valoare diagnostică, înschimb ca prognostic este cu atât mai accelerată cu cât starea generală este mai deficitară şi vitalitatea organismului mai scăzută, ceea ce are importanţă în luarea unei decizii operatori în boala lui Basedow.

A. M. R.

I. PETRESCU şi CRISTIAN: **Extrasul de glandă mamară şi disfuncţia ovariană.** — Ardealul Medical, No. 9—10/1945.

Autorii expun folosirea extrasului mamar în cazurile de disfuncţie ovariană prin hipersecreţie foliculară şi hiposecreţie luteinică; insistă asupra rezultatelor favorabile; publică o observaţie dintr'un număr de 6 cazuri asemănătoare. Acţiunea hormonală a extrasului de glandă mamară şi aplicarea ei terapeutică au fost precizate de Prof. C. Grigoriu şi I. Petrescu.

M. C.

Prof. C. I. PARHON: **Istoricul Endocrinologiei în România. Probleme noui ce se pun. Raporturile dintre profesori şi studenţi.** — (Lecţie de deschidere a cursului de Endocrinologie, ţinută în ziua de 7 Aprilie 1945). Spitalul 3—4/1945.

D. Prof. C. I. Parhon face în această Lecţie de deschidere a Cursului de Endocrinologie dela Facultatea de Medicină din Bucureşti Istoricul Endocrinologiei în România. Arată, după ce dă definiţia Endocrinologiei, că din 1935 funcţionează o Societate de Endocrinologie în al cărei Buletin în limba franceză, obişnuit, au apărut în cursul primilor 5 ani 368 comunicări, dintre care 213 lucrate de personalul clinicei.

După aceasta face o recapitulare a faptelor esenţiale stabilite până în prezent în ştiinţa Endocrinologică. Cum o disciplină nu trebue predată numai didactic ci ea să constitue şi un centru de noi cercetări ştiinţifice, dă diferite exemple pentru fiecare organ în parte şi pentru legăturile

dintre organe de modul cum trebuiesc conduse cercetările. Mai este nevoe de colaborarea dintre diferitele discipline şi dintre diferitele instituţiuni ştiinţifice. Pentru noua activitate a Catedrei de Endocrinologie clinică şi teoretică este nevoe de organizarea unei clinici centrale cu cel puţin 50 paturi, mai este nevoe de un serviciu de policlinică, precum şi de laboratoare de histologie, fiziologie, biochimie, psihologie, radiografie şi fizioterapie — toate cuprinse în cadrul unui Institut de Endocrinologie. Ca materie de predare Endocrinologia va constitui o disciplină de bază a învăţământului medical. Vor fi primiţi toţi cei care vor să lucreze serios, fără consideraţiuni de ordin etnic, confesional sau de altă natură. Intre profesori şi studenţi vor trebui să domnească raporturi familiare (ca între părinţi şi copii), de o sinceritate absolută, printr'o colaborare zilnică.

M. C.

Fizioterapie

I. BISTRICEANU: **Tratamentul electromecanic al turburărilor fizio-patice la răniţii de război.** — Revista de Radiologie, 1—6/1944.

Babinski şi Froment au denumit sindrom fizio-patic un complet de simptome localizate mai ales la extremităţile membrelor, care constă în turburări variate de motilitate, atrofii musculare, turburări tofice sau vazo-motorii, modificări de reflectivitate, redori articulare sau anchiloze, atitudini vicioase ale extremităţilor etc. Sindromul se instalează lent, mai ales la bolnavii cu fracturi variate ale membrelor ce sunt imobilizate, dar şi în urma unor plăgi ce nu interesează decât părţile moi. Autorul face o expunere de ansamblu a acestui sindrom, expune mecanismul patogenic al turburărilor, tratamentul kineziterapic aplicat, precum şi rezultatele obţinute la aprox., cei 2000 răniţi tratati.

M. M. R.

Ginecologie-Obstetrică

Babeş-Bolyai Central University Library Cluj

AL. RETEZEANU, L. DRAGOMIR şi T. DRAGOMIR: **Fenomene de ipertensiune intracraniană după administrarea de doze masive de foliculină.** — Ardealul Medical, No. 7—8/1945.

Autorii relatează observaţia unei paciente cu simptome de compresiune cerebrală, determinată de o serie de injecţii de foliculină a câte 50.000 de unităţi administrate zilnic pentru turburări menstruale. Bazaţi şi pe simptomatologia asemănătoare a altor cazuri autori conchid că dozele mari de foliculină, fiind date propietăţile ei congestive, pot produc simptome de pseudotumori cerebrale.

M. M. R.

I. PUGNA: **Vărsăturile din prima jumătate a sarcinei şi tratamentul lor cu Cortenil.** — Ardealul Medical, No. 7—8/1945.

Autorul a aplicat acest medicament la 12 gravide în luna 1—4, cu vărsături ce variau între 2—6 pe zi însoţite de debilitate şi scădere în greutate. Tratamentul consta în repaus la pat, băuturi alcaline, regim cu puţină grăsime şi hidraţi de carbon în cantitate mare. Zilnic se făcea câte o injecţie de 2 mmg. Cortenil intramuscular. După prima injecţie numărul vărsăturilor se reducea; după a doua şi a treia injecţie survenea numai o vărsătură dimineaţa pe nemâncate. Starea se ameliora, gravida începea să se alimenteze şi să câştige în greutate. Chiar când vărsăturile dispăreau se continua tratamentul până la 10—12 injecţii. In cazurile rebele alterna injecţiile de 2 mmgr. cu acelea de 5 mmgr zilnic Rezultatele favorabile sunt datorite remedierii insuficienţei secretorii a corticalei din suprarenală.

M. M. R.

Igienă sanitară

I. STOICHIȚIA: **Evoluția și perspectivele igienei aplicate în România.** —, Buletinul Eugenic, Nr. 1—3/1945.

Lecția inaugurală ținută la 9 Feb. 1945 în Amfiteatrul Clinicelor universitare din Cluj—Sibiu de D-l Dr. I. Stoichiția noul profesor al Catredei de Igienă dela Facultatea de Medicină din Cluj—Sibiu.

P. RAMNEANȚU: **Sănătatea publică în Statele Unite.** Buletinul Eugenic Nr. 1-3/945.

Autorul folosind o bibliografie întinsă expune Sănătatea publică în Statele Unite, prezentând succesiv: aspectele geodemografice; obiectivele și principiile de organizare ale sănătății publice; organele de sănătate publică ale Statului Federal și tendințele lor față de Departamentele de Sănătate ale Statelor; funcțiile Departamentelor de Sănătate din State și a celor locale; plășile sanitare; activitatea de medicină curativă; nivelul actual al Sănătății populației din Statele Unite.

M. M. R.

Infecțioase

I. GAVRILĂ și ȘT. GÂRBEA: **Difteria ascunsă a cavumului.** — Ardealul Medical, No. 9—10/1945.

Localizarea primitivă a bacilului difteric la nivelul cavumului este relativ frecventă, mai ales la purtătorii de vegetații adenoide. Difteria localizată exclusiv la cavum este mai rară. Diagnosticul se impune de urgență pentru pediatru în cazurile unei toxi infecții generale fără localizare precisă, iar rinologul să nu renunțe la examenul cavumului când nu găsește nimic patologic la nivelul faringelui, urechilor și nasului anterior.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

P. GEORGESCU: **Tetanosul după avort.** — Ardealul Medical, No. 1/945.

Autorul descrie 3 cazuri de tetanos survenit după avort, întâlnite în spitalul Grecescu și Cujmir din Mehedinți. Cu această ocazie arată că în statistica publicată de C. Stanca și I. Stuparul pe cele 1520 avorturi incomplecte, dintre care 40 septice, internate dela 1927—1938 în spitalul de femei din Cluj, nu a fost niciun caz de tetanos după avort; în spitalul Grecescu din Severin din 302 avorturi incomplecte internate între 1940—43 nu s'a întâlnit decât un caz de tetanos consecutiv avortului; în literatura medicală română până în 1938 autorul nu a găsit citat decât cazul lui M. Kernbach și V. Dachnovici; din literatura medicală streină Mondor a adunat peste 50 de cazuri; Fraenckel din Berlin pe 209 avorturi septice nu are nici un caz personal; la fel în tratatul Prof. Minovici nu sunt citate decât cazurile lui Schneider și Katz.

Probabil că cele nepublicate sunt mult mai frecvente, în special la noi.

I. GAVRILĂ și ȘT. GÂRBEA: **Difteria nasală primitivă.** — Ardealul Medical, No. 2/1945.

Autorii publică 3 observații clinice și fac considerațiuni generale asupra difteriei nasale primitive. La copi și la adulți poate prezenta falșe membrane; la sugari prezintă o scurgere muco-purulentă-sanghilonentă, adenopatie unilaterală uneori, febră însoțită de tulburări digestive și moartea care survine în 2—3 săptămâni cu fenomene generale de denutriție. Netratarea la timp dă naștere la forme estensive.

M. C.

I. GAVRILĂ şi L. COMES: **Consideraţiuni asupra recidivelor multiple în febră tifoidă.** — Ardealul Medical, No. 4/1945.

Autorii arată după statistica bazată pe 700 cazuri din Spitalul Epidemic din Cluj şi de 350 cazuri din Clinica de boli contagioase din Sibiu că freqvenţa este de 10% din totalitatea cazurilor; apariţia recidivelor nu e în legătură cu gravitatea boalei, precum complicaţiile; recidivele apar de obicei în primele 10 zile ale convalescenţei şi durează 6—11 zile; se citează şi cazuri cu apariţie după 20—30 de zile şi durată până la o lună; recidivele pot provoca diverse complicaţiuni precum miocardite, flebite, colecistite; de regulă se produce o singură recidivă, în mod excepţional 2 precum în observaţia, ce publică autorii.

M. M. R.

TS. PETRESCU şi I. DUCA: **Flebita migrans puerperală.** — Ardealul Medical, No. 9—10/1945.

Autorii aruncă o privire generală cu redarea unei observaţii clinice personale asupra feblitei migrans (flebita saltans, septicemia venoasă subacută, flebita metastatică). Degaje ca un semn clinic nou al flebitelor venelor hipogastice; edemul regiunei sacrate.

M. M. R.

I. GAVRILĂ şi SM. CODALIU: **Asupra unui caz de tifos exantematic cu recidivă.** — Ardealul Medical, No. 3/1945

Asemenea cazuri sunt extrem de rare. Autorii arată că Danielopolu în cele 600 cazuri de tifos exantematec observate în anii 1917—19 n'a observat niciun asemenea caz; iar autorii din 400 cazuri n'au întâlnit decât acest caz. Intru cât nu poate fi vorba de o formă clinică specială exantematică care să evolueze în 2 puseuri; şi nici de o a doua boală de tifus exantematec de natură exogenă (care poate surveni la unii bolnavi debilitaţi după un număr de ani, imunitatea epuizându-se); nu poate fi vorba decât de o recidivă care a survenit după 18 zile afebrile cum se întâmplă în orice boală infecţioasă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

M. M. R.

I GAVRILĂ, D. DUMA şi L. COMES: **Manifestările şi complicaţiile nervoase în tifusul exantematic.** — Ardealul Medical, No. 7—8/1945.

Autorii bazându-se pe 400 de cazuri observate în clinică conchid că în tifusul exantematic simptomele nervoase (sindrom meningeal; fenomene de excitaţie motorie din partea scoarţei creerului; fenomene de deficit motor; sindrom extrapiramidal; sindrom cerebelos; fenomene bulboprotuberenţiale; turburări cocleare şi vestibulare, turburări ale sistemului nervos organo-vegetativ; turburări pupilare; afecţiuni ale măduvei, rare; atingeri ale sistemului nervos periferic; cazuri de paralizii ale nervilor periferici; turburări psihice) sunt constante; iar complicaţiile nervoase sunt rare şi în funcţie de caracterul epidemiei. Din punct de vedere anatomopatologic leziunile substanţei nervoase sunt aproape absente, pe când leziunile vasculare şi în special noduli lui Fraenkel sunt prezente aproape întotdeauna.

M. M. R.

M. BALŞ: **Tratamentul tetanosului.** — Spital, No. 2/1944.

Autorul insistă asupra metodei româneşti de asociere a serului cu anatoxina antitetanică (metoda Th. Mironescu şi M. Balş), metodă prin care s'a scoborât mortalitatea dela 30—50% sub 20%, procent din care jumătate este încă datorită infecţiunilor intercurente. Ca schemă, autorul propune să se face la început o injecţie de morfină cu hioscină (sau dilaudid-scopolamină); peste 3 sferturi de oră sub anestezie generală cu helen sau eter se practică curăţirea sau extriparea plăgei, îmbibând te-

suturile învecinate cu ser şi practicând o injecţie de 4—500.000 unităţi, iar în altă regiune o injecţie cu anatoxină tetanică (se fac în total în următoarele 3—5 zile 1—3 mil. Unităţi şi din 4 în 4 zile câte o injecţie de anatoxină tetanică în doze crescânde de 3—4—6 cmc.); i-se dă bolnavului din când în când o lingură dintr'o poţiune cu cloral; i-se administrează în primele 4—6 zile câte 6—8 gr. sulfathiazol (pentru a evita infecţiunile intercurente); se administrează în acelaş timp (pentru a evita contracturile) tratamentul cu atropină în doze crescânde de 2—10—20 picături de trei ori pe zi dintr'o soluţie de atropină de 1/200; în acelaş timp se administrează calciul pentru a preveni fenomenele serice şi decalcifierea consecutivă.

Intoxicaţiuni

C. I. URECHEA şi RETEZEANU: **Accidentele nervoase după intoxicaţiile cu gaz metan:** — Ardealul Medical, No. 1/1945.

Autorii publică o observaţie de intoxicaţie cu gaz metan. Bazându-se pe tabloul clinic al acestei observaţii şi al altor cazuri similare, autorii constată o stare de hipersomnie cu uşoară obnubilare psihică de scurtă durată, constipaţie, reţenţie urină şi o rigiditate moderată de caracter extrapiramidal. Capul greu, tendinţe vertiginoase şi tendinţe de a sta numai culcat care durează 10—12 ore. Gazul metan are afinitate şi pentru sistemul nervos, interesând sistemul piramidal, scoarţa şi sistemul extrapiramidal.

Istoria Medicinei

Prof. V. BOLOGA: **Medici români la Universităţi streine.** — Ardealul Medical, No. 9—10/1945.

O Conferinţă ţinută la Soc. Şt. Med. Cluj—Sibiu în şed. din 8 Martie 1945.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Hepafix

PRINCIPIUL HEPATIC ANTIANEMIC

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

Fiole injectabile intramuscular

INDICAŢIUNI: Anemiile pernicioase, secundare de origină **sifilitică** şi **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

ENEA BOTA: **Consideraţiuni istorice asupra înfiinţării şi evoluţiei spitalelor din trecut cu referare în special asupra spitalelor provinciilor româneşti.** — Ardealul Medical, No. 6/1945 pag. 273.

Autorul a dezvoltat această comunicare în cadrul şedinţei ştiinţifice din ziua de 8 Ianuarie 1945 a medicilor din colegiul Turda. Se va publica în extenso în cadrul acestei reviste.

M. C.

Laborator

I. TIMOC: **Hipoprotrombinemia tuberculoşilor şi semnificaţia ei.** — Ardealul Medical No. 7—8/1945.

Autorul expune o lucrare de laborator asupra protrombinemiei la 108 bolnavi de tuberculoză după metoda Quick. Rezultă că tuberculoşii au în mare majoritate o hipoprotrombinemie care oscilează în limite foarte largi dela 80% până la 10%. Autorul a constatat în 99% a cazurilor care au făcut hemoptizii, frecvenţa acestora crescând cu scăderea concentraţiei de protrombină în sânge. Ca tratament, vitamina K. este principalul factor care realizează sinteza protrombinei şi favorizează creşterea, în special la tuberculoşii care o au scăzută. Pentru aceasta se admite o avitaminoză K. în cazurile de hipoprotrombinemie. Pentru aceasta vitamina K. trebuieşte administrată, ca să provocăm coagularea în cazul de hemoragii consecutive unei eroziuni a vaselor sau fagilităţii lor. Această vitamină poate fi administrată şi în mod preventiv la tuberculoşi, pentru a preveni hemoptiziile de surpriză. Determinarea protrombinei în sângele tuberculoşilor va trebui să devină o cercetare curentă de laborator.

M. C.

Nas-gât-urechi

S. BUZOIANU, S. POPOVICI şi M. IUGU: **Hipertofia amigdalei linguale şi paresteziile faringiene.** — Ardealul Medical, No. 3/1945.

Digitized by Babeş-Bolyai University, Cluj-Napoca

Autorii în concluzii arată că paresteziile faringiene sunt senzaţii subiective, în parte dureroase, la nivelul faringelui. Semnele dominante sunt: senzaţia de corp strein faringiană şi senzaţia de înţepături, arsuri dureri. Aceste turburări sunt datorite unei amigdalite cronice criptice (când nu se constată infecţiuni regionale sau o infecţie generală). Ele mai sunt datorite resturilor amigdaliene, sau cicatricilor mutilante posterioare amigdalectomiei sau unei hipertrofii a amigdalei linguale. In cazul unei hipertrofii a amigdalei linguale se impune o terapeutică locală prin electrocoagulare. Chiar dacă parestezia faringiană este datorită unei leziuni perifaringiene sau este generală, hipertrofia amigdalei linguale serveşte ca spină iritativă organică care trebue suprimată.

E. BODEA: **Tratamentul disfagiei dureroase a laringitei tuberculoase.** — Ardealul Medical, No. 9—10/1945.

O punere precisă la punct a tratamentului medicamentos, fizioterapie şi chirurgical al acestei afecţiuni.

M. M. R.

Neurologie

GR. BENETATO: **Concepţia Profesorului A. D. Speranski asupra rolului sistemului nervos în general şi evoluţia proceselor morbide.** — Ardealul Medical, No. 6/1945, pag. 272.

In cadrul soc. Arlus, filiala Sibiu — Secţia ştiinţifică, în şedinţa din 3 Mai 1945, Prof. Gr. Benetato expune această concepţie. In toate procesele morbide inflamatorii destructive şi chiar neoformative există şi o iritaţie a sistemului nervos, care se traduce printr'o reacţie de apărare sau printr'o distrofie nervoasă, cari se adaogă la reacţia locală determinată de contactul agentului morbid cu ţesuturile. Speranşcki constată că distrofiile nervoase pot fi deslănţuite de iritaţia centrelor nervoşi fă-

cută în orice parte a reţelei nervoase directe sau a terminaţiilor ei din organ. Iritaţia se poate face cu ajutorul agenţilor chimici, fizici, şi biologiei. Pe lângă acţiunea de iritaţie nespecifică poate rezulta şi o iritaţie specifică cu legătură de specificitate între natura agentului şi felul reacţiei morbide. Vindecarea proceselor morbide se face prin înlăturarea agentului cauzal aplicând mijloace specifice; dar uneori nu se cunoaşte natura agentului de iritaţie, sau procesul morbid persistă şi după îndepărtarea micro-organismului, sau ca o evoluţie specială datorită iritaţiei puternice a sistemului nervos. Din această cauză Speranscki preconizează o metodă specială de tratament, prin care se urmăreşte odată cu îndepărtarea agentului (tratament specific) şi modificarea felului de reacţie a sistemului nervos. Această modificare poate fi realizată prin „pompaj", adică prin extragerea repetată a lichidului cefalo-rahidian, sau prin blocarea sistemului nervos organo-vegetativ în regiunea lombară perirenală cu cantităţi mari de novocaină (două sute până la două sute cincizeci cmc., din soluţia de 0,25%). Metoda de pompaj în combinaţie cu mijloace specifice (chinină, salicilat) a dat rezultate foarte bune în tratamentul cazurilor rebele de malarie şi reumatism. Metoda blocării cu novocaină a fost întrebuinţată cu succes în tratamentul septicimiilor, gangrenei, maladiilor cutanate şi a afecţiunilor oculare.

M. C.

Neurovegetativ

G. DIACONIŢĂ: **Consideraţiuni histopatologice şi fiziopatologice în sindromul cauzalgic.** — Spitalul, No. 5—7/1945.

In sindromul cauzalgic Leriche a arătat că localizarea durerii este în simpatic. Autorul caută, să precizeze rolul centrilor vegetativi, în special al ganglionilor simpatici (precum ganglionul stelat în cauzalgia de război a membrului superior) în durerea cauzalgică. Cauzalgia constă într'o senzaţie dureroasă de arsură, care survine în urma unui traumatism. Se adaogă un complex de simptome de ordin vazo-motor şi trofic de origine simpatică; o atrofie foarte pronunţată (cu determinare de grifă) poate să urmeze. Leziunile microscopice de ordin ireversibil sunt de tipul vegeto-ganglionitelor şi vegeto-nevritelor toxi-infecţioase; la început inflamatorii se pot transforma cu timpul în leziuni degenerative şi scleroase.

D. DANIELOPOLU: **Explicaţia fenomenelor difazice şi polifazice prin mecanismul regulării inter-simpato-para-simpatice a organului terminal.** — Bul. Acad Med., Anul VII, No. 3—4/1942.

Autorul a demonstrat că protoplasma celulei organului terminal conţine 2 presubstanţe, complexul adrenalinic, din care influxul simpatic scoate simpatina eficientă (identică cu adrenalina eficientă) şi complexul acetilcolinic, din care influxul parasimpatic scoate acetilcolina eficientă. (Atât simpatina cât şi acetilcolina nu mai este simpatomimetică sau parasimpatomimetică, ci amândouă sunt amfomimetice. Fiecare substanţă determină un fenomen de exocitaţie primar şi o ripostă celulară inhibitoare, care se chiamă simpatinoidă sau colinoidă. Din această cauză există o acţiune reciprocă între simpatic şi parasimpatic în protoplasma celulară, din această cauză rezultă mecanismul de regulare inter-simpato-parasimpatică a organului terminal, fenomen de antagonism asociat cu un fenomen de activaţie reciprocă. Fiecare din cei doi nervi produce asupra organului terminal un efect amfomimetic, acţiunea predomină într'un sens sau altul şi predominenţa depinde de gradul excitaţiei. Antagonismul pe care este bazat echilibrul tonusului fiind un antagonism a celor două amfomimetisme amfomimetismul S. şi amfomimetismul P. explică fenomenele fiziologice difazice ca şi reflexele polifazice (o primă fază de vazo-dilataţie, o a doua de vazo-constricţie, a treia de vazo-dilataţie, a patra de vazo-constricţie)).

M. C.

BIBLIOTECA UNIVERSITĂŢII DIN CLUJ

D. DANIELOPOLU: **O nouă concepţie asupra funcţionării sistemului nervos. Viaţa vegetativă şi viaţa de relaţie. Utilitatea probelor atropiinei şi ortostatismului, a probei locale cu atropină şi a probei de excitabilitate cu atropină.** — Bul. Acad. Med., Anul VII, No. 3—4/1942.

Autorul pentru a stabili tonusul adică starea de echilibru permanent în care se găseşte organismul şi organele (un tonus bazal care este tonusul, în care se găseşte organismul în repaus dimineaţa pe nemâncate, un tonus bazal clinostatic care este tonusul în clinostatism dimineaţa pe nemâncate, un tonus bazal ortostatic care este tonusul în aceleaşi condiţiuni în picioare, un tonus bazal sedestatic care este tonusul bazal în aceleaşi condiţiuni în poziţia şezândă) a propus încă dela 1923 proba atropinei şi ortostatismului, probele intravenoase cu adrenalină şi ezerină, proba reflexului oculo-visceral, proba amfotropă sino-carotidiană — probe cu care măsoară nu numai tonusul dar şi gradul de excitabilitate. In special proba atropinei şi ortostatismului şi-a dovedit valoarea, ea este în prezent, unanim întrebuinţată, cu ea a stabilit autorul pe lângă tonusul relativ şi cel absolut al celor două sisteme şi o încetinire clinostatică tranzitorie. In timp ce Loewi demonstra transmisia umorală a excitaţiei nervoase autorul îl întreba, dacă substanţa care se desvoltă când se excită parasimpaticul nu este colina (acetilcolina cum credea autorul în acel moment) şi dacă substanţa activă care se desvoltă când se excită simpaticul nu este adrenalina. Aceste previziuni au fost juste. După concepţia actuală a autorului organul terminal ca şi umorile conţin în proporţie reciprocă 2 presubstanţe, complexul adrenalinic şi complexul acetilcolinic din care influxul nervos scoate simpatina şi acetilcolina eficiente, substanţe active, presubstanţele fiind inactive.

Autorul a demonstrat că sistemul vegetativ ca şi cel nervos nu se pot numi autonome, cum socotea Langley, nu există o autonomie a niciunui sistem în parte, ambele sisteme nu pot să funcţioneze unul fără celălalt, nu poate exista o viaţă de relaţie fără o viaţă vegetativă, care ea îi asigură organismului viaţa. Autorul a stabilit pentru prima oară existenţa unei vieţi vegetative a muşchiului voluntar, în contradicţie cu Prof. Marinescu.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Toate organele au o viaţă vegetativă. Dacă toate organele n'au o viaţă de relaţie, toate organele au o viaţă vegetativă. Organismul trebue să fie considerat ca având o viaţă vegetativă pe care este grefată cea de relaţie.

Proba atropinei şi a ortostatismului serveşte pentru studiul întregului organism. La început a fost întrebuinţată de autor ca probă de cercetarea inimei. Dar ea poate fi întrebuinţată pentru a stabili tonusul general al oricărui organ, numai să fie normal. Dar atropina poate să servească şi pentru studiul tonusului local, deci o probă locală cu atropină, pe care autorul a aplicat-o încă din 1926 pentru cercetarea tonusului vaselor, deci o probă locală vasculară a atropinei. Autorul a mai conceput proba de excitabilitate care se aplică la fiziologia omului în picioare, omul fiind biped poziţia verticală este tot aşa de naturală ca şi poziţia culcată, el trebue examinat în ortostatism ca şi în clinostatism. Proba excitabilităţii cu atropină preconizată ca o probă de excitaţie când subiectul trece din poziţia culcată în poziţia sculată, este o probă naturală, o foloseşte ca un excitant natural. Inainte de atropină nu se poate diferenţia starea simpaticului şi-o para-simpaticului, amândoi nervii fiind excitaţi; după atropină se poate măsura excitabilitatea simpaticului. In încheiere autorul propune ca stabilirea diferitelor tipuri biologice să se facă şi prin studierea tonusului şi excitabilităţii întregului organism, cu toate organele sale (aparte şi sisteme), propune aşa dar stabilirea unui tip biologic anatomo-fiziologic.

M. C.

Nutriţie

I. LUPULESCU: **Contribuţiuni la tratamentul diabetului cu vitamina Bi.** — Rev. Şt. M., 1—6/1945.

Autorul constată din literatura medicală că vitamina Bi., are o

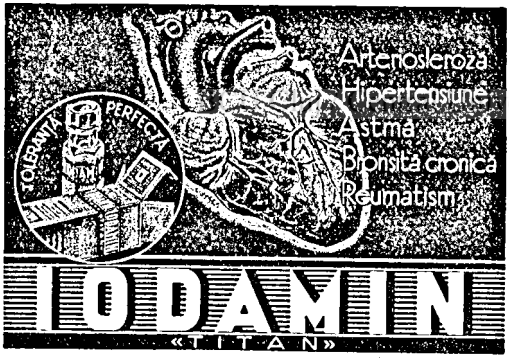
acţiune hipoglicemiantă. In colaborare cu N. Stroian a făcut o serie de cercetări clinice şi de laborator, arătând că injecţiile de vitamină Bi., produc o hipoglicemiie mai puţin sensibilă la normal, mai accentuată la hiperglicemici. In lucrarea de faţă expune 6 cazuri clinice de diabet de grad mijlociu, în care tratamentul cu vitamina B ar fi dat rezultate favorabile, putând înlocui sau fi administrată odată cu insulina. Mai constată că alimentele care sunt recomandate în regimul antidiabetic nu conţin prea mulţi hidraţi de carbon, dar aduc cu ele vitamina Bi. Administrarea vitaminei B:., se poate face în injecţii, dar mai practic pe ca'e b.ca'ă.

Oftalmologie

Prof. D. MICHAIL: **Chirurgia actuală a căilor lacrimale.** — Ardealul Medical, No. 2/1945.

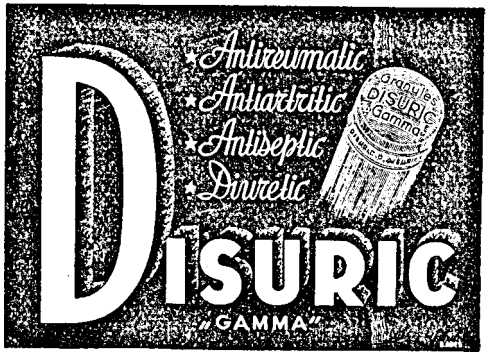
O lucrare de ansamblu asupra chirurgiei actuale a căilor lacrimale, autorul Prof. de oftalmologie la Fac. de Medicină Cluj-Sibiu fiind primul care a practicat în ţară operaţia nouă a extirpării sacului lacrimal după metoda preconizată de rinologul italian Toti şi care în prezent practică şi recomandă a fi practicată numai operaţia Dacriocisto-rinostomiei. Lucrarea aceasta în care se aruncă o privire sintetică asupra evoluţiei chirurgiei căilor lacrimale din ultimii 20 ani va interesa în gradul cel mai înalt pe specialişti.

M. M. R.



MEDICAŢIUNE
IODATĂ
INTENSIVĂ

DISOLVANT
ŞI ELIMINATOR
AL
ACIDULUI URIC



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

Parazitologie

G. ZOTTA, E. RADACOVICI, E. NIȚESCU și S. FRIDMAN: — **Evoluția endemiei palustre în valea inferioară a Prutului.**, Rev. Șt. M. No. 1—6/1945.

O lucrare de proporții în continuarea cercetărilor efectuate în regiunile impaludate din țara noastră, cu deosebire pe litoralul marin dobrogean, de către răp. Prof. G. Zotta și colaboratorii săi. Investigațiile poartă asupra endemiei palustre din valea Prutului depe malul stâng și drept al Prutului), asupra condițiilor oro-hidrografice de pe malurile Prutului, asupra investigațiunilor cu privire la insecta vectuoare. Insecta vectoare exclusivă în toată valea Prutului este rasa messeae; zona inundabilă a Prutului este sediul unei endemii palustre masive, ce-și are origina în imensul focar de anopheli existent în această zonă; gravitatea endemiei palustre este condiționată de standardul de viață foarte scăzut al populațiunii, care trăiește într'o regiune supusă secetei, prin faptul că această regiune constitue un fel de coridor care este sediul unui pemanent curent de aer care gonește norii: din cauza secetei rezultă și migrațiunea populației înspre alte regiuni mai fertile, transportându-se astfel paludismul în alte regiuni, prin schimbul de germeni.

M. C.

Pediatrie

T. GANE, FL. POENARU și E. VENSON: **Contribuțiuni la tratamentul otomastoiditelor la sugari.** — Revista de Pediatrie, 1944.

Autorii publică observația a 5 cazuri de otomastoidită la care s'au practicat paracenteze bilaterale repetate de mai multe ori și la care starea gravă se menținea, fiind nevoie să li se practice o antrotomie care este operația cea mai indicată la acești bolnavi cu otită paracentezată și fenomene toxi-infecțioase în evoluție, decât evidarea petromostoidiană care este operație periculoasă pentru copii distrofici cu ereditate încărcată.

M. C.

Psihiatrie

I. IONAȘIU și E. CÂMPIANU: **Convulsivoterapia electrică în Psihiatrie.** — Ardealul Medical, No. 9—10/1945.

Autorii fac o expunere de ansamblu a șocului convulsiv electric preconizat de Cerlleti și Bini în 1938, asupra tehnice aplicate în Spitalul de boli mintale și nervoase din Sibiu, asupra indicațiilor și contra indicațiilor relative, asupra accidentelor care se pot ivi în cursul acestui tratament, ținând seamă că în cele 2000 de șocuri aplicate în serviciu lor autorii nu au avut niciun caz mortal; expun rezultatele obținute și punctele de vedere diferite asupra modului de acțiune.

M. C.

Radiologie

N. MIHAILESCU, I. TEMELIESCU și V. LAURESCU: **Importanța leziunilor osteoarticulare ale basinului în diagnosticul precoce al spondilartritei ankilopoetice (spondiloza rizomelică).** — Revista de Radiologie, No. 1—6/1944.

Autorii prezintă 2 cazuri clinice de această afecțiune. Natura inflamatorie (după unii autori) justifică mai de grabă denumirea de spondilartrită anchilopoetică decât de spondiloză rizomalică. Leziunile osteoarticulare ale bazinului (artrita sacroiliacă, osteoliza ischionului și sinostoza simfizei pubiene permit un diagnostic precoce.

Digitized by Romanian Academy Library, Cluj

E. FLORU: **Anatomia Radiologică la Facultatea de Medicină. Extensiunea dată radiologici în tratatele moderne de anatomie.** — Revista de Radiologie, 1-6/944.

In trecut noţiunile de anatomie se predau pe cadavru. La noi Prof. Rainer a practicat studiul anatomiei pe omul viu. Examenul radiologic a adus un mare aport studiului anatomiei pe viu. De aceia anatomia radiologică ocupă azi un loc de frunte în tratatele moderne de anatomie. Aceasta mai ales în tratatul de anatomie sovietic din 1940. Autorul în calitate de asistent la Institutul de anatomie a predat un curs sumar de anatomie radiologică mărginit la început la studiul radiologic al oaselor şi deplasărilor lor în timpul mişcărilor. Acest curs a fost amplificat sub direcţia D-lui Prof. Gr. Popa în cadrul unui laborator de radiologie care funcţionează în Institutul de anatomie. Pentru studenţii anului I cursul cuprinde studiul aspectului normal al oaselor; apariţia punctelor de osificare principale şi secundare; injectarea cu substanţe opace a vaselor; demonstraţii radioscopice ale anatomiei pe viu sub ecran. Studenţilor anului II li se predă: prezentarea aspectului radiologic normal al organelor toraco-abdominale; opacificarea organelor cavitare; studiul schimbărilor de formă ale organelor toraco-abdominale în timpul funcţionării lor şi în diverse poziţii ale corpului.

M. C.

Respirator

ŞT. HARABUŞ: **Consideraţiuni asupra unor forme clinice ale emfizemului pulmonar.** — Ardealul Medical, No. 7—8/1945.

Autorul face un studiu de ansamblu după Profesorul Haţieganu al emfizemului pulmonar, căruia complicaţiunile pleurale, bronhitice şi cardiovasculare îi imprimă caractere bine determinate şi aspecte clinice particulare. Sunt formele clinice ale: emfizemului simfizat, emfizemului infectat, emfizemului coronarian — forme de emfizem în care inima reacţionează în mod diferit, iar fenomenele de insuficienţă circulatorie sunt mai precoce şi mai perzistente decât în emfizemul pur.

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

Ca aspect clinic, în emfizemul simfizat sau fixat printr'o simfiză de obicei bazală percuţia bazii toracelui dă o tonalitate înaltă care nu se modifică nici după o inspiraţie profundă; din cauza limitării excursii mişcărilor respiratorii, ascultaţia bazelor pulmonare percepe în locul unei expiraţii prelungite o expiraţie foarte scurtă şi o inspiraţie tot aşa de scurtă (respiraţia „amputată" a lui Haţieganu"); inima prezintă o mărire precoce a diametrelor, în special ale ventriculului drept, tensiunea arterială este normală sau sub valorile normale, modificările electro-cardiografice traduc o dextrocardiogramă, decompensaţia apare mai repede decât la emfizematoşii fără simfiză şi odată apărută nu se influenţează decât greu şi temporar ducând repede la tabloul clinic al sindromului cardio-pulmonar. In emfizemul infectat constatăm din cauza unei bronşite cronice diferite o viteză de sedimentare a hematiilor mărită, o curbă termică de sub febrilitate, leucocitoza este uşor mărită, expectoraţia abundentă; din cauza unui bronco-spasm supra adăugat se ivesc crize astmatice iar din cauza extinderii infecţiei la pleură se desvoltă şi o simfiză pleurală obişnuit bazală; din partea inimei lipseşte reacţiunea, tensiunea este de regulă subnormală (deci o inimă nereacţionată) din care cauză simptome de decompensaţie cardiacă apar curând. In emfizemul pulmonar asociat cu insuficienţa coronariană (emfizemul coronarian) sindromul cardio-pulmonar este atenuat în timp ce manifestările coronariene se manifestă prin crize de anghină de piept, edem pulmonar, sau fibrilaţie ventriculară; în aceste forme examenul electrocardiografic traduce semnele unei insuficienţe coronaniene drepte, tensiunea arterială este normală sau uşor crescută, iar ortodiagrama este normală sau uşor crescută.

Ca tratament, în stările infectate se administrează sulfamide şi se combat stările broncospastice; în emfizemul coronarian vom recurge la calmante ale sistemului nervos, la sedative ale inimei şi la coronaro-dilatatoare; în perioada decompensată, se institue tratamentul insuficienţei circulatorie. (Prof. Haţieganu recomandă înainte de culcare sedative cardiace, care vor aduce o noapte liniştită).

L. DANIELLO şi N. BUMBĂCESCU: **Despre pleurezia cu colesterină.** — Ardealul Medical, No. 9—10/1945.

In legătură cu 2 cazuri clinice (primele în literatura românească) autorii fac consideraţiuni generale asupra pleureziilor cu colesterină: nu este proporţie — între colesterina aflată în sânge şi aceea din lichidul pleural; colesterina în pleură e de origină locală, în legătură cu modificări suferite de pleură sub influenţa unui exudat vechi, lăsând să se resoarbă grăsimile neutre şi alte lipoide, în timp ce colesterina nu se resoarbe şi se precipită sub forme de cristale; pleureziile cu colesterină sunt de origină bacilară; simptomele sunt în funcţie de cantitatea de lichid, de obicei uşor suportabile; pentru diagnosticul lichidului extras se impune un examen de laborator; clinic lichidul amicrobian n'are miros, e de culoarea cafelei cu lapte, omogen, nu coagulează, nu se clarifică, nu sedimentează, nu se alterează în aer liber. Diagnosticul diferenţial se face cu empiemul bacilar cronic şi pleureziile chiliforme. Prognosticul este în general bun.

I. CRĂCIUN şi A. CRĂCIUN: **Oleotoracele iritativ.** — Ardealul Medical, No. 9—10/1945.

O prezentare de ansamblu a chestiunei. Oleotoracele constă în injectarea în cavitatea pleurală de oleu, obişnuit gomeno'at în concentraţie de 2—20%. Sunt 4 feluri de oleotorace: oleotoracele compresiv, oleotoracele iritativ, oleotoracele antisimfizar, oleotoracele dezinfectant.

Oleotoracele iritativ, introdus de Bernou în 1929, îşi găseşte indicaţia principală în inerţia pulmunară într'un pneumotorace obişnuit total cu o cavernă care n'are tendinţe a se închide; precum şi în cazurile, unde decolarea este minimă din cauza rezorbţiei prea rapide a aerului; el mai pune în evidenţă micile bride, întrebuinţându-se ca metodă preparatorie în secţionarea bridelor. Contra indicaţia esenţială a oleotoracelui iritativ o constituie prezenţa bridelor cu punct de inserţie pulmonar la nivelul cavernei.

CUCluj / Central University Library Cluj

Prin injecţie intrapleurală de oleu gomeno'at, în doze şi concentrări crescânde, după metoda detaliată de autori, reuşim să închidem caverne rebele în maximum 2—3 luni. Oleotoracele iritativ îşi găseşte deci aplicare în cazurile de pneumotorace ineficace.

Autorii expun şi 3 cazuri clinice.

M. C.

Terapeutice

TH. TEODOREANU: **Valoarea diferitelor căi de administrare a sulfamidelor în terapeutica meningitelor meningococice.** — Rev. Şt. M., No. 1—6/1945.

O lucrare făcută în Clinica de boli contagioase din Bucureşti, în care autorul studiind şi reprezentând în grafice curbele evoluţiei sulfamidorahiei în urma administrări de sulfamide per os, a unei doze unice de sulfamide per os şi în urma administrării de sulfamide intrarahidian, luând în considerare eliminarea sulfamidei din organism stabileşte valoarea diferitelor căi de administrare. Conchide că administrarea per os este cea mai bună pentru terapeutica sulfamidată; la doze egale unii autori conchid că calea intramusculară e mai activă de cât cea pe gură; administrarea intravenoasă nu a intrat în practica curentă; iar calea intrarahidiană nu prezintă niciun avantaj asupra administrării pe gură, deoarece sulfamidele părăsesc foarte repede spaţiile subarahnoidiene, iar difuzibilitatea lor în l. c. r. este foarte mică.

D. MOUCHA: **Asupra aplicaţiei tratamentului local cu sulfamide în chirurgie.** — Rev. Şt. Med., No. 1—6/1945.

Autorul din aplicarea tratamentului local cu sulfamide în 327 de cazuri relatează rezultatele clinice obţinute, face consideraţiuni asupra sul-

famidelor în sutura plăgilor, studiază acţiunea şi avantajele aplicaţiilor locale cu sulfamide, dintre care socoteşte Sulfathyazolul ca cea mai activă, arată acţiunea sulfamidelor în legătură cu epitelializarea plăgilor. Conchide ca în tratamentul local al plăgilor nesupurate aplicaţiile grase cu sulfamidă sunt cele mai indicate şi recomandă Desitinul Molle sau Pasta cu 10% Sulfathyazol; în plăgile supurate sulfamidarea locală să fie un succedaneu al Dachinului care urmează şi el intervenţiei operatorii prealabile.

PETRE RADU: **Tratamentul nefritelor ematogene cu sulfathiazol.** — Ardealul Medical No. 2/945.

Autorul publică mai multe observaţii clinice din care trage concluzia că rinichi bolnavi suportă relativ bine chimio-terapia cu sulfamide, atunci când e cazul, numai ca diureza să se menţină la un nivel optim. Întinde indicaţia sulfamido-terapiei în toate cazurile de glomerulă-nefrită ematogenă. Se pretează la sulfamido-terapie toate glomerulo-nefritele acute ematogene, cu proces renal activ sau care sunt întreţinute printro infecţie de focar. Se obţin rezultate foarte bune chiar în cazurile care evoluiază cu azotemie şi oligurie. Acţiunea sulfamidelor se manifestă favorabil după primele ore. Tratamentul trebue să fie aplicat într'o fază cât mai precoce, comportându-se uneori ca un adevărat tratament abortiv. Tratamentul inaugurat de autori începe cu doze mici în primele 2 zile (2—3 gr.), dozele cresc dacă nu sunt semne de intoleranţă.

D. DANIELOPOLU: **Necesitatea asocierii sulfamidelor cu salicilatul în reumatismul cardio-articular mixt şi în orice infecţie (streptococică sau alta) asociată cu reumatismul cardio-articular specific (maladia lui Bouillaud).** — Bul. Acad. Med., Anul VII, No. 3—4/1942.

Autorul descriind în 1936 reumatismul cardio-articular mixt, datorit asociaţiunii virusului reumatismal specific cu un microb nespecific (deobicei streptococul) propune a asocia la acţiunea specifică a salicilatului acţiunea sulfamidelor, deci o metodă sulfamido-salicilică, care trebue să fie alcalină masivă, pentru că şi sulfamidele produc acidoză ca şi acidul salicilic. Pentru aceasta doza de bicarbonat trebue crescută: la un gram de salicilat de sodiu, plus un gram de sulfamidă trebue să se adaoge 3 grame de bicarbonat de sodiu. Chiar fără salicilat în tratamentul exclusiv cu sulfamide, propune a da 2 grame de bicarbonat pentru fiecare gram de sulfamidă (metoda sulfamido-alcalină masivă)).

M. C.

D. DANIELOPOLU: **Despre „sensibilizaţia încrucişată" a reumatismului cardio-articular specific şi a infecţiei strepto-cocice şi despre necesitatea de a administra salicilat în orice infecţie faringiană, la cardiaci de natură reumatismală şi la copi, chiar în absenţa reumatismului.** — Bul. Acad. Med., Anul VII, No. 3—4/1942.

Autorul considerând că în reumatismul cardio-articular specific leziunea cardiacă nu este o complicaţie ci o determinare reumatismală; deasemenea că reumatismul specific se asociază cu o infecţie de obicei streptococică pentru a creea reumatismul cardio-articular mixt; precum şi că virusul specific sensibilizează organismul pentru streptococ iar streptococul sensibilizează organismul pentru virusul specific al reumatismului — pentru această sensibilizare încrucişată, care-şi găseşte o expresie frecventă în reumatismul scarlatinos ca şi în reumatismul datorat unei infecţiuni nazo-buco-faringiene survenită la un reumatizant specific, autorul propune administrarea în orice accidente faringiene chiar când nu sunt însoţite de fenomene articulare a câtorva grame de salicilat de sodiu pe zi (asociat cu o doză dublă de bicarbonat); cu atât mai mult se impune necesitatea acestui tratament la vechii reumatizanţi în special la cei cu o sechelă cardiacă. Propune aşa dar chiar la reumatizanţi să se trateze orice infecţie nazo-faringiană administrându-se şi câteva grame de salicilat:

pentru aceleaşi motive să se asocieze şi sulfamidele la cura salic lo-alcalină masivă, pentru a trata sau a preveni ambele infecţiuni, specifică şi nespecifică.

M. C.

Tuberculoză

I. BĂLĂNESCU şi A. ŞAIM: **Tuberculoza în Şcoli.** — Revista Ştiinţelor Medicale No. 1—6/945.

Autorii expun cercetările de ansamblu făcute asupra depistării tuberculozei în şcoli executate personal sau de diferiţi autori; — la sfârşit trag concluziuni şi fac discuţiuni, precum expun proecte şi fac propuneri de cea mai mare importanţă, valabile pentru acest fel de cercetări de ordin colectiv.

In **introducere** atrag atenţia asupra insidiozităţii infecţiei tuberculozei; la noi, cercetările din ultimi ani făcute în armată, în mediul rural, în şcoli, indicând o proporţie de circa 1% de bolnavi contagioşi fără ştiinţa lor şi a celor din jurul lor. La noi se dă cifra de peste 300.000 de oameni reduşi de tuberculoză la inactivitate. Pentru remediere se impune depistarea colectivă şi precoce a infecţiei şi morbidităţii tuberculozei. Economiceşte pentru a îngriji şi recupera un bolnav, ţinând seamă de cheltuielile cu clădirile sanatoriale, cu pregătirea şi întreţinerea medicilor specialişti, cu aparate şi alte cheltueli — este nevoie de 3 mil. lei, pentru a-l feri este nevoie numai de 100.000 lei, deci cu o cheltuială de treizeci de ori mai mică se obţine ameliorarea sănătăţii publice, creşterea muncii naţionale şi micşorarea cheltuielilor de îngrijire şi pensionare. La noi în ţară avem numai 5000 paturi sanatoriale în loc de 300.000; îngrijiţi din primul an bolnavii se vindecă în proporţii de peste 60%, după anul 3—4 de boală vindecările scad sub 20%. Prin urmare, trebue a depista momentul primo-infecţiei.

In organizarea acestor cercetări colective este nevoie de o precizare a metodei de lucru şi o unificare a nomenclaturei şi tehnicei de lucru. Depistarea aceasta colectivă se face prin reacţia tuberculinică şi prin examene radiologice. Reacţia tuberculinică se face prin tehnica intradermoreacţiei lui Mantoux, (superioară cutireacţiei lui von Pirquet) care se citeşte după primele 48 de ore şi se notează cu anumite indice: (+, —, + —, + +). Felul reacţiei indică momentul infecţiei şi intensitatea reacţiei este în legătură cu activitatea proceselor tuberculoase din organism. Se face cu o soluţie de tuberculină 1/10000 preparată cu ser fiziologic 7,5%. Soluţia îşi păstrează valoarea timp de 8—10 zile. Se introduce în partea anterioară a antebraţului o cantitate de 0,1 cmc., în stratul dermic al pielei. Citirea se face după 48 de ore. Reacţiunile negative se repetă după 3—6 luni, eventual cu un titlu de soluţie de 1—5000. La cei negativi, nealergici, este indicată vaccinarea cu B. C. G. Reacţiile intens pozitive denotând procese evolutive în organism, se ţin subt strictă observaţie.

Reacţiile cu tuberculină au fost executate după indicaţiile Ligei contra Tuberculozei, care centralizează rezultatele, la 123 şcoli (grădiniţe de copii, şcoli primare, şcoli de ucenici, şcoli industriale, licee şi Universităţi) în număr de 32.736 în cursul anului 1940, după metoda intradermică al lui Mantoux.

Radioscopia în colectivităţi cedează întâietatea reacţiei tuberculinice în vârsta fragedă, şi îşi revendică întâietatea la adulţi. Autorii insistă asupra măsurilor de luat contra iradiaţiunilor directe şi secundare ale ampulei şi ecranului, precum şi în ce priveşte aerisirea localului, ca şi necesitatea imperioasă a unui diagnostic precis al imaginei pulmonare. In cazurile dubioase microradiografia se impune, după unii autori radioscopia sistematică descoperind 1—2% tuberculoşi activi, pe când metoda radiofotografiei introdusă de D'Abrèu descopere 3,4 la sută. Autorii redau o schemă pentru nomenclatura şi interpretarea schematică a imaginilor pulmonare în cursul radioscopiilor în serie.

Cazurile dubioase, din cauza unei lacune a radioscopiilor în serie,

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ca şi abaterile dela imaginile normale, în special hipertofiile hilare, — sunt trecute într'o rubică specială: manifestări suspecte pulmonare, pentru a se reveni asupra lor.

Studiul se bazează pe un număr de 36.583 examene, 6146 radioscopii fiind primite şi înglobate după centralizarea rezultatelor, deci 42.729.

In Cap. 2 se prezintă detaliat, cu statistici, cu curbe grafice cu scheme toate aceste cercetări efectuate în mediile şcolare de diferite grade din capitală şi din ţară.

In **concluzii** şi **discuţii** autorii spun: folosind metoda standardizării nomenclaturii preconizată de Ligă şi bazându-se pe centralizarea a peste 75.000 de cazuri autorii recomandă metoda Mantoux care este o operaţie anodiană pentru orice organism; n'au observat niciodată vreun accident; se începe cu soluţia 1/10.000; dacă reacţia e negativă se recurge la un titlu de sol. 1/5000. Intre 4 şi 6 ani ea este superioară depistării radioscopice; cei negativi sunt cercetaţi sistematic şi periodic până când virează reacţiunea; în interval pot fi vaccinaţi cu B. C. G; — cei pozitivi vor fi examinaţi clinic şi radiologic, grup care nu depăşeşte 10 până la 15%. In vârsta şcolilor primare (a doua copilărie şi prepubertate) intradermo-reacţia precumpăneşte încă, numai circa 40% dintre copii trebuind să fie examinaţi şi radioscopic. In şcolile secundare, o treime din elevi fiind încă tuberculino-negativi radioscopia începe a avea întâietate. In şcolile superioare introdermo-reacţia se va practica la intrarea în facultate şi se va repeta anual la cei negativi.

Radioscopiile sistematice se impun la copii mai mari şi devin obligatorii la şcolile secundare şi superioare (autorii au decelat la aceştia tuberculoză activă în 0,80%—2,36%) recurgându-se la practica examenelor periodice colective folosind şi micro-radiografia precum şi bacioscopia. A se avea în vedere în aprecierea rezultatelor coeficentul personal al cercetătorului.

Ca **proecte** şi **propuneri**, autorii preconizează examinarea sistematică a unei colectivităţi.

Pentru intradermo-reacţia în şcoli ea trebue practicată în fiecare clasă şi repetată anual sistematic la toate şcoalele, la cei negativi se va repeta la 3—6 luni.

Pentru examenul radioscopic, şi la nevoe microradiografia, se va raţionaliza aplicându-se la cei alergici.

Ca măsuri profilactice se impune: vacinarea cu B. C. G. a copiilor şi adulţilor tineri ce nu reacţionează la tuberculină; dituzarea unor tabele de alimentaţie raţională care să fie distribuite familiilor cu copii debili şi predispuşi, mai ales în perioada virajului; raţionalizarea reacţiei în şcoli după metodele stabilite; raţionalizarea exerciţiilor fizice la elevi şi mai ales la eleve; selecţionarea elevilor în coloniile de vară conform cu rezultatele obţinute; obligativitatea examenului sistematic anual la personalul didactic, administrativ şi de serviciul dela şcoli şi cantine.

Datele acestui studiu atât în ce priveşte metoda de cercetare, cât şi a indicaţiilor ce vor decurge, sunt aplicabile nu numai pentru colectivitate ci şi individual pentru medicii practicieni în practica personală.

M. C.

I. BALTEANU. A. TOMA şi ANA GARAGULI: **Evoluţia şi disociaţia alergici tuberculoase la indivizii vaccinaţi şi revaccinaţi prin vaccinul B. C. G. în înţepături cutanate.** — Buletinul Academiei de Medicină din România, No. 9/1945.

Autorii demonstrează prin cercetări anterioare avantajiile vaccinaţiei contra tuberculozei prin metoda înţepăturilor cutanate. In ultimi ani au urmărit evoluţia sensibilităţii cutanate la tuberculină şi la o nouă administrare de vaccin B. C. G. tot pe cale cutanată la copii vaccinaţi în ziua de 28 Iulie 1940 prin înţepături, în comparaţie cu acelea observate la un alt grup de copii vaccinaţi pe cale digestivă. In această perioadă de 22 luni alergia tuberculinică s'a stins în marea majoritate a cazurilor (la 71 copi din 75 cercetaţi) ceea ce a însemnat necesitatea revaccinaţiei care a fost practicată la 667 zile după primo-vaccinaţia. Autorii anunţă că această

nouă administrație de B. C. G. a fost urmată de o reacție cutanată cu totul diferită de prima, prin precocitatea și evoluția accelerată și prin apariția unei reacțiuni locale de tipul fenomenului lui Koch. In ambele cazuri alergia tuberculinică s'a aprins din nou cu mare intensitate, chiar după o perioadă de timp foarte scurtă (3—12 zile) pentru a dispare din nou în cursul lunilor următoare.

Autorii au grupat copii după felul în care au reacționat la această a doua administrare de vaccin B. C. G. prin înțepături cutanate în două categorii: o primă categorie cuprinde 21 copii care fac o reacție asemănătoare din punct de vedere anatomic cu aceea manifestată în urma primei vaccinațiuni, dar cu o evoluție precoce și accelerată; a doua categorie cuprinde copii (54) care au reacționat printr'un adevărat fenomen a lui Koch. Autorii cuprind rezultatul cercetărilor lor în două tablouri de evidență. La sfârșit după constatările enunțate la începutul articolului, trag concluzia că este posibil de a disocia fenomenul alergiei tuberculoase în alergie pur tuberculinică, susceptibilă de a dispare aproape întotdeauna, și o alergie față de corpii microbieni care va perzista chiar în timpul anergiei tuberculinice. Mai conclud că alergia tuberculoasă (sensibilizație la corpii microbieni) n'a fost constatată la copii din prima sau a doua vaccinație pe cale digestivă, un an după administrarea bucală a vaccinului B. C. G. Mai afirmă că reacția la tuberculină numai este susceptibilă de a ne informa totdeauna asupra alergiei tuberculoase; aceasta nu va fi cu adevărat revelată decât prin inoculația nu de tuberculină, ci de corpi microbieni B. C. G. pe cale cutanată.

M. C.

Cărți noi

BCU Cluj / Central University Library Cluj

NEUROLOGIE

Tratat diagnostic și terapeutic

de

D-r med. F. LAUBENTHAL

Docent de neurologie și psihiatrie
al Universității din Bonn

Traducere în limba română de

D-r EMIL I. BOLOGA

Asistent universitar

332 pag cu 129 planșe

Edit. H. Welther, Sibiu, 1943.

Un Manual de neurologie — cum îl prezintă autorul în „Prefața" dela prima ediție din 1940 — care a luat ființă la cursuri, este deci de esență clinică; și leagă simptomele grupate în sindrome de substratul anatomic, este întocmit așa dar după metoda anatomo-clinică. Incepe cu expunerea metodelor de investigație clinică, radiologică și de laborator; trece la descrierea sindromelor în ordine anatomică; termină în anexe cu prezentări sinoptice și cu scheme de examinare, de cel mai mare folos practic. Lasă la o parte psihonevrozele, care țin de domeniul psihiatriei; introduce în terapie aplicațiile de ordin eugenetic, cari asigură hereditatea și menajează colectivitatea. Manualul astfel întocmit este adresat de autor stu-

denţilor în medicină şi medicului practician. In a doua ediţie, apărută în anul 1942, s'a dat o mai mare extensiune textului şi planşelor.

„Cuvântul introductiv" a fost scris de Prof. H. Pohlisch, Şeful Clinicei din Bonn, care între altele scoate în evidenţă importanţa studiului neurologiei pentru problemele eredo-biologice, pe cari autorul le-a introdus în text. Aceste probleme depăşesc soarta individului considerat şi privesc viitorul colictivităţii şi al speciei umane.

Traducătorul, D-r E. I. Bologa, Asistent Universitar, scrie în „Prefaţa" ediţiei româneşti că s'a străduit să dea textului original o formă cât mai românească; şi să asigure imprimării o execuţie tehnică, care să servească de exemplu viitoarelor tratate medicale româneşti. Pe lângă medicul practician şi studentul în medicină, D-sa a avut în vedere pe medicul nostru de circumscripţie, pentru a-i oferi posibilitatea de a recunoaşte o afecţiune nervoasă şi a da sfatul cuvenit.

Prezentarea ediţiei româneşti o face D-l Prof. D-r N. Ionescu-Sişeşti, Şeful Clinicei neurologice a Facultăţii de Medicină din Bucureşti. D-sa constată preciziunea la cari au ajuns noţiunile neurologice; precum şi înmulţirea tot mai mare a bolnavilor nervoşi datorită crizei dintre cele două războaie şi lipsei măsurilor de igienă socială. Studiul Neurologiei mai este necesar pentru cunoaşterea fiziologiei normale a sistemului nervos; pentru cunoaşterea legilor heredo-biologice şi a aplicaţiilor eugenetice ce decurg. Toate deziderateie legate de acest „mic tratat didactic" au fost realizate. Îşi manifestă admiraţia pentru execuţia technică a volumului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Prezentăm cuprinsul dupe **Tabla de materie:**

Metodele de investigaţie în neurologie: pag. 3 Anamneza, pag. 5 Inspecţia, pag. 8 Examenul funcţional, pag. 43 Schema mersului unei examinări neurologice, pag. 46 Recoltarea şi examinarea lichidului cef.-rahidian, pag. 56 Examinările radiologice ajutătoare.

Sindromele afecţiunile neurologice: pag. 73 Miopatiile, pag. 81 Sindrome şi afecţiuni ale neuron. motor periferic, pag. 94 Sindromele şi afecţiunile neuronului sensitiv periferic extramedular, pag. 96 Afecţiunile plexului, pag. 101 Afecţiunile celor mai importanţi nervi periferici, pag. 124 Sindromele şi afecţiunile căilor piramidale, pag. 131 Sindrom, şi afecţiunile cordoanelor posterioare, pag. 138 Sindrome şi afecţiuni predilecte ale substanţei cenuşi, pag. 142 Sindrom. secţiunii transverse a măduvei spinării, pag. 152 Sindromele şi afecţiunile cerebelului, pag. 162 Sindromele şi afecţiunile lobului frontal, pag. 169 Sindromele şi afecţiunile lobului frontal, pag. 169 Sindromele şi afecţiunile lobului temporal, pag. 173 Sindromele şi afecţiunile regiunii centrale, pag. 178 Sindromele şi afecţiunile lobului parietal, pag. 179 Sindromele şi afecţiunile lobului occipital, pag. 181 Sindromele turburărilor afazice, apractice şi agnostice, pag. 189 Sindromele şi afecţiunile sistemului extrapiramidal, pag. 205 Sindromele şi afecţiunile corpului calos, pag. 205 Sindromele şi afecţiunile meningelor şi al spaţiilor cu conţinut de lichid, pag. 216 Sindromele şi afecţiunile hipofizei şi ale regiunilor învecinate, pag. 221 Sindromele şi afecţiunile epifizei şi a regiunii tuberculilor quadrigemeni, pag. 222 Sindromele afecţiunilor narcoleptice (Narcolepsia), pag. 224 Sindromele afecţiun. nesistematizate resp. nelocalizate în anumite locuri ale sistemului nervos central, pag. 240 Sindromele acceselor convulsive cerebrale, pag. 249 Sindromele acceselor convulsive cerebrale, pag. 249 Sindromele hipertensiunii craniene, pag. 252 Sindrome ale afecţiunilor sistemului autonom de inervare al vaselor, pag. 255 Observaţiuni generale asupra leziunilor traumatice ale sistemului nervos central, pag. 257 Sindromele intoxicaţiunilor celor mai

importante din punct de vedere neurologic, pag. 263 Sindromele leziunilor nervoase prin electricitate tehnică şi trăsnet, pag. 265 Unele observaţiuni în legătură cu delimitarea afecţiunilor nervoase organice faţă de afecţiunile şi reacţiunile psihogene.

Anexa: pag. 268 Privire generală asupra celor mai importanţi muşchi ai trunchiului şi extremităţilor, a inervaţiei lor (nerv, plex şi segment), a funcţiunilor mai importante şi asupra fenom. deficitare din paralizia lor, pag. 292 Valorile de excitabilitate ale nervilor şi muşchilor izolaţi în miliamperi, pag. 292 Privire de ansamblu asupra înălţimii segmentale a arcurilor reflexe a celor mai importante reflexe clinice tendinoase-osoase-cutanate, pag. 293 Sindromele de lichid în unele afecţiuni (netratate) neurologice, pag. 295 Schema examinării unei afazii, pag 296 Schema examinării unei apraxii, pag. 298 Index.

Speranţele puse în scrierea şi prezentarea aceslui „mare manual didactic" au fost împlinite pe deplin. Autor, prezentatori şi traducător şi-au făcut cu prisosinţă datoria. Lucrarea va avea succesul meritat. Vor găsi pentru instrucţia şi informarea lor de ce vor avea nevoe atât studentul în medicină, cât mai ales medicul practician din oraş. Lui îi va folosi în primul rând, mai puţin medicului de circunscripţie rurală care nici el nu se va lipsi de acest manual. La medicul practician de oraş, mai ales de spital, vin bolnavii cu boli şi tare nervoase pe cari nu le-au putut vindeca babele satelor şi preoţii cu masluri. Oricât de calificat şi bine situat medicul de circumscripţie, ca să ia primul contact cu bolnavii din mediul rural, nu la acest medic va veni nervosul şi nici bolnavul de s. Pe acest bolnav de nervi, mai ales de minte, va trebui să-l depisteze medicul rural, dându-şi osteneala să-l caute, pentru a fi folositor în primul rând familiei şi colectivităţii. Nu-i va fi greu să-l găsească, tot satul cunoscându-l. In acest scop cartea de faţă îi va folosi cu adevărat.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pentru toate calităţile didactice, şi pentru execuţia ireproşabilă lucrarea de faţă se recomandă. Se va impune dela sine, fiind de cel mai mare folos oricărui medic român, chiar specialistului.

M. C.

METODELE LABORATORULUI CLINIC

de

Prof. I. MANTA şi **AL. CIPLEA**

Tip. „Cartea Românească din Cluj-Sibiu", 1944.
103 figuri în text.

O lucrare masivă de 544 pagini, cu 103 figuri în text, a cărei prezentare o face în „Prefaţă" D. Prof. D-r Iuliu Haţieganu:

Procedeele de laborator sunt multe şi complexe; laboratorul devenind un auxiliar indispensabil al practicei medicale, executarea metodelor simple şi uşoare se impune; la fel, interpretarea rezultatelor de laborator şi al

buletinelor de analize. Aceste necesităţi au impus apariţia acestui tratat elementar care asigură legătura dintre clinică şi laborator şi interpretează metodele de laborator prin lumina clinică. Acest tratat practic de esenţă clinică care se situiază alături de celelalte tratate ale profesorilor facultăţii de medicină din Cluj, în laboratorul mare va fi o carte de introducere în tehnica de laborator iar în laboratorul mic ajutorul indispensabil al medicului — va fi astfel un îndrumător pentru personalul medical ştiinţific şi pentru medicul specialist, tot aşa de necesar îndrumător pentru studentul în medicină.

Dar cartea va servi cu acelaş mare folos medicului practician, dela oraş şi mai cu seamă dela ţară. Insăşi autorii subliniază acest folos pentru executarea analizelor în cabinetul medicului practician pentru sânge, lichidul cefalo-rahidian, urina, sucul gastric, lichidul duodenal, examenul coprologic, examenul lichidelor de puncţie, examenul secreţiei faringiene — când scriu că o parte din analizele produselor biologice se poate executa în cabinetul medicului practician:

practicând singur aceste examene, mai ales când laboratorul (este îndepărtat. să economiseşte timp şi se confruntă mai de grabă evoluţia boalei cu datele de laborator. Materialul necesar reprezintă o investiţie minimă de capital; costul mai ridicat priveşte procurarea unui microscop cu obiectiv cu imersie; centifuga de mână e practică şi la îndemâna oricui; soluţiile titrate se pot obţine gata. Executarea acestor analize uşurează diagnosticul şi ţine pe medic legat de medicina ştiinţifică. Descoperiri mari sunt datorate în medicină observaţiei modestului practician. Practica micilor analize medicale este un excelent prilej de stimulare a spiritului de cercetător (pag. 508—509).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dar mai ales practicarea acestor mici analize creşte prestigiul medicului în ochii bolnavului şi pe medic în proprii săi ochi, dându-i încredere, stimulându-l şi punându-i ştiinţa cu mai mare folos în slujba conştiinţei.

Prezentăm TABLA DE MATERII în subdiviziile principale: **Sângele. — Lichidul cefalo-rahidian. — Urina. — Sucul gastric şi lichidul duodenal. — Coprologie. — Sputa. — Metodele fizice folosite în laboratorul clinic** (Colorimetrie. Fotometrie. Nefelometrie. Polarimetrie. Refractométrié). — **Măsurarea, pH-ului. — Soluţii titrate** (Soluţii normale. — In **adaos:** grupele sanguine; transudate, exudate lichide chistice şi articulare; examinări în angine; executarea analizelor în cabinetul medicului practician; tablou rezumativ al valorilor normale.

Prezentarea cărţilor consultate (în text este citat lângă fiecare metodă numele autorului) şi indicele alfabetic al materiei termină lucrarea, trimiţând la capitolul respectiv.

Această lucrare medicală românească depăşeşte prin amploare şi claritate celelalte lucrări similare româneşti apărute până în prezent. Este chemată să înlocuiască celelalte lucrări similare străine, precum Mikroskopie und Chimie am Krankenbett de Lenhartz, Précis des examens de laboratoire de Bard şi Diagnostics biologiques de Noel Fissinger, dupe cari s'a condus generaţia noastră.

M. C.

COSMA ŞI DAMIAN

Doctorii fără arginţi

de

D-r NICOLAE IGNA

Editura H. Welther-Sibiu, 1945.
100 pag., 30 fotografii. Preţul 2400 lei

Autorul care în cadrul Bibliotecii Medico-Istorice de sub conducerea D-lor Prof. J. Guiart şi V. Bologa a făcut să apară în anul 1935 o lucrare similară despre „Cultul lui Esculap şi al Higiei", autor în acelaş timp de numeroase alte lucrări med.-istorice, tratează în lucrarea de faţă despre Cosma şi Damian. Aceşti medici sfinţi prin viaţă dezinteresarea totală, abnegaţia şi vindecările miraculoase, ce au făcut, reprezintă medicina creştină din început şi au devenit patronii medicilor de totdeauna.

In **„Prefaţă"** autorul arată că pentru tratarea lucrării a consultat opera Bollandiştilor „Acta Sanctorum" scrisă în limba latină, începută în anul 1760, pe care a găsit-o în Biblioteca „Battyaneum" a Episcopiei româno-catolice din Alba-Iulia, precum şi textele greceşti publicate de Deubner în 1907 la Berlin sub titlul „Kosmas und Damian".

Expune trei versiuni ale vieţii acestor sfinţi, descrie martiriul arab şi martiriul roman, ce au suferit, reproducând numeroase tablouri clasice şi moderne. Cultul acestor medici a luat naştere în Orient, a trecut la Roma, în Franţa (mai ales) de unde s'a răspândit în toate ţările Europei, între care şi în ţara noastră. Cultul lor se sărbătoreşte după ţări la diferite date ale calendarului. Mitropolia din Bucureşti păstrează din moaştele lor, capela spitalului Filantropia din Bucureşti le este dedicată, Biserica Ortodoxă Română îi aminteşte la 1 Noembrie, dar figurează în calendar şi la 1 Iulie. In cartea de rugăciuni Biserica Ortodoxă Română îi invocă odată cu celelalte perechi de tămăduitori sfinţi (Kyr şi Ioan, Pantelimon şi Ermolie, Samson şi Diomede, Mokios şi Anikitos, Thalalie şi Trifon). In Moldova li s'a săvârşit cultul la Episcopatul catolic din Iaşi, în Transilvania la Catedrala catolică din Alba-Iulia. Poporul Romînă îi pomeneşte în proverbe şi descântece.

In **„Cuprins"** se tratează pe rând: Origina şi viaţa Sfinţilor Cosma şi Damian, — Iconografia Sfinţilor Doftori. — Despre Origina cultului Sfinţilor Cosma şi Damian. Cultul Sfinţilor Cosma şi Damian (în Orient, la Roma şi în Italia, în Franţa şi în alte ţări, în ţara noastră). — Despre minunile săvârşite de Sf. Doctori fără de arginţi Cosma şi Damian. Tabloul minunilor săvârşite (6 serii, vindecări de animale, legende). — Date rezumative despre celelalte perechi de Sf. Medici Anarghiri.

O bibliografie bogată termină lucrarea.

„Doctorii fără arginţi" practică individual o medicină fără plată, pe care de folos obştesc n'o poate face decât intervenţia de Stat printr'o medicină etatizată în cadrul unui proces de socializare al medicinei. Va fi organizarea în scop colectiv a unei meserii care dă prea puţin prin practicarea apostolatului individual.

Simbolul, pe care-l reprezintă viaţa acestor medici dezinteresaţi de răsplată materială, face şi mai de actualitate publicarea acestei lucrări în timpurile de faţă. Cu atât mai mare este meritul autorului care a scris-o şi al casei de Editură Welther, care a executat-o în condiţiuni tecnice ireproşabile.

M. C.