P 279

ANUL XVIII-lea, No. 11—12 NOEMBRIE—DECEMBRIE 1945

# ACTA MEDICA ROMANA

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. Nacional de Medecina din Madrid şi al Royal Society of Medicine din Londra.

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

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

ST. NICOLAU
Membru al Academiei de Medicină din România

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

DIRECTOR:
M. CĂNCIULESCU
Membru al Academiei de Medicină

BCU Cluj / Central University Library Cluj

BIBLIOTECA UNIVERSITĂŢII DIN CLUJ

## SUMARUL

Pag.

CRONICĂ MEDICALĂ

M. CANCIULESCU: Invăţământul medical. — Institute de pediatrie. — Consiliul naţional de cercetări ştiinţifice. — Soc. medicale. — In ajutorul presei medicale. — Opera postumă a Prof. Rainer. — Cărţi-Reviste noui. — Progrese în medicină. — Analize. — Un răspuns. 467 ↓ 478

REVISTA GENERALĂ

GH. I. ALEXIU: Asupra chirurgiei pulmonare în tratamentul tuberculozei. . . . . 479

LUCRĂRI ŞTIINŢIFICE

Prof. E. C. CRĂCIUN: Bio-punctura hepatică prin metoda Roholm-Iversen. . . . . 492

I. FENEŞEANU: Metode empirice la noi pentru a provoca avorturi. . . . . 495

AL. LAMBESCU: Principii directoare în tratamentul chirurgical al cancerului de sân. . . . . 501

T. LUPESCU şi C. BĂIANU: Mastoidita sugarului. . . 503

(Urmare pag. 2 cop.)

9212 SCRISUL ROMÂNESC, CRAIOVA

Pag

M. MUNTEANU: **Sulfamidoterapia simplă şi asociată cu autohemoterapia în boala lui Nicolas-Favre.** . . . . . 5

I. POPESCU şi T. TEODORESCU: **Asupra cazurilor de Febră tifoidă tratate în Spitalul din Târgovişte în 1945.** . . . . 5

EUG. STRĂCHINESCU: **Injecţiile cu lapte şi viteza de sedimentare.** . . . . . 5

N. VĂTĂMANU: **Penicillina în tratamentul sifilisului** . . 5

C. ZOSIN şi P. ZOSIN: **Postul prelungit ca metodă de tratament.** . . . . . 5

**MEDICINA SOCIALA**

D. CIOCHINĂ: **Spre o medicină preventivă.** . . . . 5

**CAZURI CLINICE**

V. CERCHEZ: **Osteom chistic al orbitei.** . . . . . 5

GH. COSTĂCHEL: **Asupra unui avort fetal spontan cu nefrită neuremigenă.** . . . . . 5

H. MAKELARIE: **L'Homme à la fourchette** . . . . . 5

M. MUSTĂCIOSU şi I. POPESCU: **Un caz de turbare cu incubaţie şi evoluţie prelungite.** . . . . . 5

GH. NELEPCU şi EM. GUŢU: **Distocie prin ocluzia colului uterin. Făt gigant.** . . . . . 55

N. ROŞIANU, V. BACALBAŞA şi IL. POPESCU: **Flebită în cursul unei pleurezii sero-fibrinoase tuberculoase.** . . 56

FL. VĂSOIU: **Tifus exantematic vaccinat complicat cu endarteriită obliterantă.** . . . . . 56

C. VIDRAŞCU, T. GUGA şi L. BORSARU: **Incident puţin obişnuit în timpul secţiunilor de bride.** . . . . . 56

**NECROLOG**

† **Petre Severin** de AL. LAMBESCU. . . . . 56

**Tabla de materii pe anii 1941—1945.** . . . . . 56

**Tabla de autori pe anii 1941—1945.** . . . . . 58

*

**Colaboratori...** pag. 465. — **Din sumarele viitoare...** pag. 466. — **Condiţiile de publicare, publicitate şi abonament, pentru anul 1945...,** a se vedea pe Cop. III, No. 8-10/945. . . . . .

**ERRATA**

In No. 8-10/945 la pag. 462, în rândul 25, a se citi: bolnavul de sistem nervos.

La pag. 464, în rândul 6 a se citi: prin viaţa de dezinteresare totală, prin abnegaţia şi...

Digitized by Central University Library Cluj

**Tratamentul ŞANCRULUI MOALE**
şi COMPLICAŢIILOR SALE
Prin injecţiuni intramusculare

cu:

# VACCIN ANTISTREPTOBACILAR

**„NICOLAU—BANCIU"**
din surse polivalente de Bacili Ducrey

**VACCINUL ANTISTREPTOBACILAR**
Este foarte bine tolerat Nu dă şoc, nici febră,
permiţând tratamentul ambulatoriu.

Prezentarea: Cutii cu 6 fiole à 2 cmc.

Pentru literatură şi eşantioane a se adresa
**LABORATOR „Dr. A. BANCIU"**
BUCUREŞTI, Str. Regală No. 10 (Etaj) Tel. 584.29

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**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

**Medicament suveran în:**

LOMBO-SCIATICE

ARTRITE

ARTROZE

REUMATISME, FOCALE,
-TOXICE

---

**LABORATOARELE „ASEPTICA"**

**Ploeşti, str. Basarabi Nr. 1**

ANUL al XVIII-lea

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

No. 11-12/1945

# MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ
# - ACTA MEDICA ROMANA -

REVISTĂ CU APARIŢIE LUNARĂ DE MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE GENERALĂ

COLABORATORII PRINCIPALI:

PENTRU PARTEA MEDICALĂ CU SPECIALITĂŢI

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

PENTRU PARTEA CHIRURGICALĂ CU SPECIALITĂŢI

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

## Din „SUMARUL" No.
### URMĂTOARE

C. BART: Comemorarea lui Pasteur.
V. GOMOIU: Bibliografie medicală românească veche.
V. PLĂTĂREANU: Principii terapeutice în tratamentul paraliziei sciaticului popliteu extern.
D. PAULIAN: Contribuţiuni la Sindromul de disarmonie hipofiso-ovariană.
Prof. EMIL C. CRĂCIUN: Incercări de psicho-mecanică.
C. şi P. ZOSIN: Postul prelungit ca metodă de tratament (partea doua).
COSTIN, HOLBAN, şi MURDARIE: Microradiofotografia.
I. N. TATOIU: Tratamentul tifosului exantematic prin acţiunea asociată a frigului uscat.
V. GASNAŞ: Mărirea capacităţii de alăptare. — Importanţa analizei fecalelor pentru diagnostic.
I. PETRESCU şi N. MIŞCA: Asupra icterului grav al noului născut.
G. BĂJEU: Reacţia tip Läwen în flegmonul capsular al genunchiului. — Herniile tubo-ovariene.
M. PARASCHIV: In faţa unei epidemii cu caracter aparte.
C. ANTONESCU: Sincopa cardiacă prin asocierea extractului hepatic cu clorura de carbaminoilcholina.
Ş. FLORIAN: Medicina dirijată.
EUG. STRĂCHINESCU: Pneumonie lobară cu meningită cer.-spinală acută.
I. MICU: Tratamentul boalei serului cu injecţii de hipermanganat de potasiu.
E. BOLOGA: Zona bilaterală (încrucişată).
I. POPESCU şi M. MUSTĂCIOSU: Un caz de reumatism visceral solitar.
I. VINŢI şi N. MIŞCA: Inserţie joasă a placentei.
D. CIOCHINĂ: Observaţiuni critice asupra boalelor microbiene.
GH. SPERANŢĂ: Asupra unui caz de prurigo nodular Hyde. Consideraţiuni asupra unui caz de leucemie cutanată limfatică.
I. GH. COSMA: Cons. asupra cazurilor de sifilis din C-ţia urbană Haţeg.
Prof. T. VASILIU şi T. COSTACHE: Rectita şi p rrectita infiltrativă în granulomatoza veneriană.
Prof. GH. TUDORANU, C. ZOSIN şi M. DRĂGAN: Contribuţiuni la tratamentul nefritelor cronice prin metoda postului prelungit.
ENEA P. BOTA: Consideraţiuni istorice asupra originei şi evoluţia spitalelor în trecut, în special a spitalelor provinciilor româneşti.

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

# CRONICA MEDICALĂ

Lipsa de spaţiu, se înţelege din ce cauză, ne obligă să semnalăm în cadrul acestei cronice, sub formă de „Note" disparate, cari se leagă între ele prin fondul comun medical, o serie de chestiuni cari ar merita fiecare o desvoltare amplă.

## REORGANIZAREA ÎNVĂŢĂMÂNTULUI MEDICAL

Am arătat în numeroase cronici că cu actuala organizare a învăţământului nostru medical — insuficient, depăşit de evoluţia ştiinţei medicale, necoordonat cu nevoile sanitare şi sociale ale ţării — nu se poate merge mai departe.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Locuri puţine, candidaţi mulţi. Cu toate restricţiile impuse, încă se primesc prea mulţi candidaţi faţă de capacitatea de primire a clinicilor şi laboratoarelor, faţă de neputinţa corpului profesoral de a-i instrui cum trebue. Se reeditează fenomenul dintre 1922—1927, agravat de evenimentele din ultimul timp. In primul rând la Facultatea de Medicină din Bucureşti, în mai redusă măsură la celelalte facultăţi de medicină din ţară.

In timp ce avem nevoe de medici mulţi şi de formaţie nouă, cari să umple golurile dela ţară (neexistând posibilitatea, fără restricţia drepturilor de libertate cetăţenească de a sili pe medicii în număr excesiv dela oraşe să se mute la ţară) un mare contingent de studenţi este respins. Li se refuză dreptul la carte, măsură antidemocratică, prin restricţiuni cari nici măcar nu garantează selecţiunea viitoare. Cei aleşi se formează cu încetul, în timpul studiilor; nu dela intrare, prin examenul făcut asupra unor materii secundare de predarea şi neasimilarea cărora nu sunt elevii singurii vinovaţi. Când nu li se refuză, li se impun taxe şcolare, pe cari nu le pot suporta.

In Conferinţa care a avut loc, în toamnă, la M-terul Educaţiei Naţionale, la care au luat parte toţi doctorii şi decanii facultăţilor — scriu jurnalele —, s-a stabilit în ce priveşte **taxele şcolare** următoarele:

La Facultăţile teoretice, acolo unde nu există laboratoare, **taxa anuală** va fi de 100.000 de lei. La Facultăţile cu laboratoare se adaogă la taxa de mai sus o cotă specială de lei 60.000; în total taxa la facultăţile cu laboratoare (între cari deci la facultăţile de medicină) fiind de 160.000 lei.

Din această taxă se vor putea acorda reduceri şi chiar scutiri (chiar) pentru cazuri bine determinate.

Ca să fie primit un student la Căminul Universitar din Cluj, pe lângă o taxă de 50.000 lei i se cere să aducă (admiţând că reuşeşte să le urce în tren şi să ajungă cu ele la destinaţie):

100 kgr. cartofi, 60 kgr. făină, 12 kgr. untură, 10 kgr. de fasole, 6 kgr. de ulei (ulei), 5 kgr. (parcă) de săpun, nu ştiu câte de zahăr (cetiţi zahăr), 100 ouă... şi rufărie de pat.

De lemne se va putea lipsi, la nevoe, căldura moleşeşte. Dar de atâtea alte cheltueli mărunte, indispensabile, nu va avea nevoe?

S-au prezentat anul acesta la Universitatea din Bucureşti:

La **medicină**, 1700 candidaţi pentru 300 locuri (majorate prin scăderea mediei de admitere sub nota 7 cu încă 50 locuri); — la **Drept**, 1950 candidaţi pentru 800 locuri, — la **Farmacie**, 600 candidaţi pentru 260 locuri; — la **Filosofie** şii **Litere**, pentru 1000 locuri nu s'a scris câte mii de candidaţi; — la **Politecnică** s'au prezentat 1800 candidaţi pentru 460 locuri (1230, cu cei cu media până la 7).

De sigur că numărul nu s'a putut mări mai mult (cifrele depăşesc cu mult capacităţile de primire şi instruire ale facultăţilor, în starea actuală), căci învăţământul cere ca facultăţile să scoată ingineri buni şi medici buni, nu ingineri cu pregătire de..., mecanici sau medici cu pregătire de... felcer — cum se scrie într'un judicios articol publicat în „Semnalul" din 9 Dec. 1945.

Dar soluţia la care s'a oprit autorul anonim — precum că deocamdată să ne rezemnăm, urmând ca cu reluarea relaţiilor internaţionale guvernul să ia măsuri de a înlesni unui număr cât mai mare de studenţi de a studia în străinătate — (pentru-ca să se întoarcă cu diplome „bune pentru Orient", reflecţiunea este a noastră), nu este dintre cele mai fericite. Statul să înceapă prin a creea cu un moment mai de vreme **facultăţi regionale**, cari vor satisface: şi capacitatea de absorbţie a învăţământului superior; şi nevoile sanitare, edilitare şi culturale ale ţării; şi principiul democratizării învăţământului; şi posibilităţile de întreţinere ale studenţilor cari nu vor mai fi nevoiţi să se care cu atâţia saci de alimente, la distanţe de sute de kilometri; şi putinţa de supraveghere, instruire şi educaţie a lor. Se vor înlătura, astfel, şi neajunsurile multiple ale congestionării capitalei care, or cât de puţini studenţi ar primi în facultăţile sale, nu-i va putea cuprinde cum trebue. Şi se va asigura descentralizarea salvatoare.

Nevoia creării de facultăţi de medicină în mai multe regiuni ale ţării, cu maximum 100—200 studenţi admişi anual şi cu 500—1000 studenţi în toţi anii de studii — mai mulţi încă decât în 80% din toate facultăţile de medicină din lume care au cel mult 500 studenţi, — a fost expusă documentat de D-l Prof. D. Mezincescu, şi subliniată de D-nii Prof. M. Kernbach şi D-r S. Stoicescu, care a arătat că învăţământul nostru medical trebue reformat dela bază prin scindarea în 2 cicluri, de discipline fundamentale şi cursuri de specializare. Primele vor fi predate în noile facultăţi regionale, cursurile de specializare numai în cele vechi. Crearea unei facultăţi de medicină

BCU Cluj / Central University Library Cluj

la Temişoara a marcat un început. La Tg.-Mureş se va creea alta, maghiară. Dar mai trebue 1 sau 2, pentru a satisface toate nevoile şi pentru ca să nu fie mai mult de 50—100 studenţi într'un an, la fel ca la liceele şi gimnaziile de învăţământ secundar din ţară, precum şi la aproape toate facultăţile de medicină din lume. Medicina se învaţă în spitale. In Anglia facultăţile de medicină funcţionează pe lângă spitale. Amenajarea clinicilor şi laboratoarelor se poate face cu uşurinţă în serviciile spitalelor mari şi în secţiile laboratoarelor de igenă, din ţară, al căror personal existent poate ajuta, la nevoe dubla, corpul profesoral. Cheltuelile fantastice de investiţie sunt o gogoriţă pentru nepreveniţi, pentru unii cari văd în mare (uitând cât de mult au învăţat ei şi ce puţin se învaţă azi sub ei). Nu de mărimea localurilor şi de mulţimea aparatelor depinde instruirea studenţilor, ci de valoarea şi de devotamentul celor chemaţi să-i formeze. De altfel cheltuelile de investiţie vor fi suportate de iniţiativa regională, cele de întreţinere de către stat. Pentru crearea unei facultăţi de medicină la Craiova (alături de una de agronomie şi de o Academie de comerţ) se manifestă o mişcare puternică, în frunte cu D-l Prof. C. Angelescu, fost Ministru al Instrucţiei Publice, şi un Comitet format de cele mai reprezentative personalităţi culturale ale Olteniei; s'au făcut demersurile necesare; un proect de lege iniţiat a rămas în studiu.

Infiinţarea unei „Universităţi Oltene" cu un număr redus de facultăţi, specifice pământului şi sufletului oltean, va însemna o tendinţă de democratizare reală a învăţământului nostru superior şi de descentralizare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In timp ce studenţii olteni se cară la distanţe de sute de km., cu saci de alimente în spinare, iată ce au realizat marii noştri aliaţi, Ruşii, pentru studenţii lor din Bucovina. Cetim în „Graiul Nou" din 20/XII 1945:

**Aniversarea Institutului de Medicină din Cernăuţi.** — Institutul de Stat de Medicină din Cernăuţi şi-a sărbătorit un an de existenţă prin organizarea unei sesiuni ştiinţifice, la care s'au citit 10 referate despre realizările medicinii sovietice. La sesiune au participat colaboratorii ştiinţifici ai Institutului de Medicină şi ai şcolilor superioare din oraş.

Institutul de Medicină a devenit un mare centru de cultură medicală a Bucovinei. In cursul unui an au fost înfiinţate 30 de catedre. Mai mult de 1200 de studenţi frecventează cursurile.

## INSTITUTE DE PEDIATRIE

In No. 1—2/945 al revistei propuneam înfiinţarea, ca în Rusia, de **Institute de pediatrie regionale**, în câteva oraşe mari cari dispun de servicii de pediatrie şi obstetrică. Ne mor copii pe capete. Scapă numai cei cu zile. Ne trebue medici specializaţi, pediatri. Nu orice medic se pricepe la copii. Se numără pe degete cei câţiva pe cari îi avem în ţară. Vor fi în stare să-i formeze la timp, cum trebue şi în numărul necesar, actualele clinice infantile, mici şi supraaglomerate? Iată ce am aflat de curând dela un distins asistent al Clinicei de pediatrie din Bucureşti:

Capacitatea clinicei este pentru circa 100—150 studenţi. Suntem în funcţie 10—14 asistenţi, pentru vreo 400—500 studenţi (cifrele sunt aproximative). Sunt împărţiţi în serii (ceea ce împuţinează tot pe atât timpul de instrucţie). Revine pentru un asistent circa 20—25 studenţi, pentru cari 4—5 pacienţi: îşi aşteaptă rândul fiecare ca să pună urechea pe un suflu tubar sau pe un suflu mitral, pe care până în anul 5 unii nu-l auziseră. Norocoşi dacă învaţă tratamentul afecţiunilor digestive obişnuite. toxemiile sunt raritäţi.

Institutele de pediatrie şi obstetrică propuse — pe lângă cari se vor înfiinţa şcoli de infirmiere puericultoare, organiza cursuri de reînprospătare pentru medicii din regiune, în cari se vor specializa interni în medicină — pot funcţiona autonom înafară de facultăţile de medicină, cu atât mai mult în cadrul lor.

Supunem din nou reflecţiunei actualului Ministru al Sănătăţii publice, D-l D-r Bagdasar, care a anunţat la baza programului său de activitate ocrotirea mamei şi copilului, înfiinţarea acestor Institute de pediatrie. Ca în Rusia.

## CONSILIUL NAŢIONAL DE CERCETĂRI ŞTIINŢIFICE

Ca niciodată în trecut, ştiinţa este chemată azi să ajute la progresul societăţii umane şi la reconstrucţia lumii. Dar ştiinţa trebue favorizată. Unele ţări au înţeles de mult acest rol al ştiinţei, opera lor de reconstrucţie morală, socială şi materială va fi cu atât mai uşurată. La noi chestiunea a fost pusă la ordinea zilei în Noembrie 1944 în sânul „Grupării universitare democratice" de către D-l Prof. D-r Danielopolu şi alţii între cari D-nii Prof. S. Stoilov, Al. Rosetti, Gr. Popa, dupe desbateri cari au avut loc în cadrul Academiei de medicină în lunie 1944. Un proect de lege întocmit n-a putut fi trecut atunci. Intre timp, Academia română care aprobase în principiu în 1937, în urma propunerii D-lui Prof. E. Racoviţă, înfiinţarea unui **„Consiliu Naţional al Cercetării Ştiinţifice"**, îi votează la 19 Ianuarie 1945 regulamentul, şi reclamă dreptul de prioritate al ideii, de paternitate al titlului şi de organizare a nouii instituţii în cadrul statutelor sale.

Am relatat pe larg în No. 5-7/945 al revistei discuţiile duse în jurul creării acestui organism, rolului şi titulaturii ce trebue să poarte. Prezentând atunci datele la zi, opinam că întârzierea legiferării nu va vătăma, ci va asigura durabilitatea operii şi, mai cu seamă, cristalizarea concepţiunilor. D-l Prof. Al. Rosetti, unul din iniţiatori, crede, la fel, că de buna organizare iniţială va depinde succesul întreprinderii. Dacă prioritatea şi paternitatea ideii aparţine Academiei, incontestabil ca viaţă i-a asigurat mişcarea democrată.

In ziua de 30 Noembrie 1945 în cadrul unei şedinţe festive a fost primită de guvern o comisie a Academiei române, punându-se bazele creării noului organism de cercetare ştiinţifică. D-l Prof. D. Gusti, Preşedintele Academiei române a enunţat principiile de organizare prin diviziunea muncei în secţiuni, la care sunt chemaţi să participe toţi oamenii de ştiinţă şi instituţiile ştiinţifice din ţară; schiţează primele obiective de studiat; arată că Consiliul naţional de

cercetări ştiinţifice este şi un organ consultativ dela care Statul va putea căpăta date precise şi soluţiuni în diverse le probleme economice sau de altă natură care vor interesa ţara. In cuvântarea ţinută D-l D-r P. Groza, Preşedintele Consiliului de miniştri, a subliniat importanţa creării noului organism în refacerea şi reclădirea ţării pe baze noui, punând la dispoziţia Consiliului suma de 1 miliard de lei, care se va trece în bugetul ţării.

## DESPRE SOCIETĂŢILE MEDICALE

In legătură cu crearea unei atmosfere ştiinţifice medicale, a unui spirit ştiinţific medical, între **Problemele în legătură cu întreţinerea unui mediu de înaltă cultură pentru ştiinţele medicale,** D-l D-r S. Stoicescu în documentatul articol, a cărui prezentare am făcut-o în numărul precedent al revistei, se ocupă de organizarea Societăţilor medicale. D-sa propune împărţirea lor în Societăţi de practică medicală şi Societăţi de ştiinţă medicală, sau preconizează trierea materialului depe şedinţe.

Când s-a recurs la gruparea în cadrul aceleaşi Societăţi sub formă de secţii, a Societăţii medicale a spitalelor din Bucureşti, a Societăţii de terapeutică şi a Societăţii anatomo-patologice — cari au legătură între ele; când Societăţiile medicale nu sunt frecventate şi Buletinele lor nu sunt cetite — nici chiar de specialişti; când ştiinţa medicală urmăreşte în ultimă instanţă un scop practic; când o cazuistică banală poate deveni interesantă printr'o notă particulară sau o interpretare deosebită, cari să dea naştere la discuţii — propunerea D-lui D-r Stoicescu, cu toate bunele intenţiuni cari îi stau la bază, nu poate fi admisă fără discuţie.

Discuţiile în speţă, cari trebuesc redate larg în Buletinele respective, măresc valoarea şi interesul unei comunicări pentru mulţi, pe cari îi va atrage varietatea prezentărilor. Reluarea discuţiilor, când este cazul, în şedinţa următoare cu ocazia citirei sumarului şedinţei precedente, va aduce adâncirea şi luminarea cazului prin evitarea improvizaţiei de moment şi prin documentare.

La Societăţile medicale din provincie, cu medici de toate specialităţile, la varietatea comunicărilor, unele rarităţi excepţionale cari pierd uneori din cauza lipsei mijloacelor necesare de studiu şi a unei documentări suficiente prin lipsa de biblioteci, se simte mai mult nevoia de a preceda prezentările cu expunerea prealabilă a noţiunilor de patologie respectivă. Tactul necesar va indica măsura proporţiilor, dupe cum discuţiile cari urmează se vor menţine la speţă.

La favorizarea spiritului ştiinţific mai contribue un învăţământ de bază solid, o presă medicală de calitate, organizarea de biblioteci, congrese.

Şi un climat moral priincios. Ştiinţa în general este morală. Ştiinţa medicală în special. Omul de ştiinţă şi medicul fac apostolat, dela care s'au abătut grav în ultimul timp. Peste tot, mai cu seamă la noi. Vina o poartă între alţii M-terul Sănătăţii şi al Instrucţiunei publice.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

## IN AJUTORUL PRESEI MEDICALE ROMÂNEȘTI

Făceam în No. 9—10/942 „Elogiul presei medicale românești". Expuneam meritele revistelor medicale cari, mari și mici, de ordin științific sau practic, generale ori de specialitate, secondează activ învățământul medical și organizarea sanitară a țării.

O duc totuși greu. Nu sunt apreciate. Medicii nu le citesc. Instituțiile sanitare, cărora se adresează, nu le reclamă și nu le rețin. Le refuză sau nu le plătesc.

Au trăit nu prin abonamente, ci prin publicitatea Caselor farmaceutice. Produsele farmaceutice nu mai au azi nevoe de reclamă; sunt căutate ca pâinea caldă; nu reușesc nici să satisfacă cererile, cu toate că unele falșificate și toate speculate sângeros. Au rezistat nu grație cetitorilor, ci prin înțelegerea unor Edituri sau Tipografii precum „Scrisul Românesc" pentru revista aceasta. Dar azi costul s'a urcat de așa fel, încât cu toate avantagiile consimțite viața revistelor este amenințată.

In trecut unele conduceri sanitare le ajutau prin subvenții și prin abonarea instituțiilor sanitare, din oficiu sau din fonduri proprii. Azi acest subsidiu a încetat și una după alta revistele noastre medicale se subțiază, apar din ce în ce mai rar, până dispar.

Relevând rolul presei medicale, ceream atunci luarea de măsuri urgente „pentru ca elogiul de față să nu constituiesc pentru o parte din ele elogiul suprem". Azi le reclam pentru cele cari au rămas. Excelenta „Sănătatea poporului", pe care o scoate M-terul Sănătății, este pentru popor. Revistele medicale sunt pentru medici. Venindu-le în sprijin, M-terul Sănătății intervine în favoarea corpului medical de care se folosește în apărarea sănătății publice. Cel mai eficace și demn sprijin nu poate fi decât abonarea din oficiu a circ., sanitare și obligația Instituțiilor sanitare spitalicești și a serviciilor sanitare (județene și urbane) să se aboneze și să-și plătească abonamentul din fondurile proprii, indicându-li-se revistele.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

## OPERA POSTUMĂ A PROF. FRANCISC J. RAINER

După un an dela moartea sa, prin îngrijirea Academiei Române al cărei membru de onoare a fost, apare **Opera postumă a Profesorului Fr. I. Rainer.** Este cel mai potrivit omagiu care se putea aduce memoriei marelui dispărut, savant, enciclopedist, umanist, stăpân în domenii variate ale culturii omenești. In acelș timp în Revista Fundațiilor Regale începe publicarea însemnărilor sale zilnice din **„Jurnalul dela Iași"** în care se oglindește omul veșnic frământat de probleme și nemulțumit de sine, în goană depe perfecțiune.

Lucrările științifice ale Prof. Fr. Rainer au fost grupate în 3 volume:

VOL. I cuprinde lucrările relative la **Neurologia vegetativă.**

VOL. II va cuprinde lucrările privitoare la **Structurile funcționale.**

VOL. III va cuprinde studiile de **Morfologie generală** și diverse articole.

Opera are un caracter colectiv, fiind aranjată şi redactată de un comitet compus din foşti elevi şi colaboratori.

Volumul I, singurul apărut până în prezent, conţine:

**Recherches sur la sympathique thoracique,** în colab. cu Horia Demetrescu.

**Présentation iconographique des nerfs cardiaques du vague, du sympathique et du nerf dépresseur chef l'homme,** în colab. cu Ecaterina Vănescu şi cu Eugenia Vănescu.

**Remarques sur le rameau auriculaire du vague,** în colab. cu Horia Demetrescu.

**Contributions à l'étude du nerf pneumogastrique,** în colab. cu Mariana Panea.

**Contributions à l'étude anatomique du parasympathique pelvien,** în colab. cu Ion Micu.

**Innervation de l'arcade pulmaire superficielle,** în colab. cu B. Menkes.

**Contribution à l'étude de l'innervation des artères,** în colab. cu Croisine Dimitriu.

**Vascularisation des corpuscules lamellaires du type Vater-Pacc'ni,** în colab. cu B. Menkes.

Acest prim volum D-na D-r Marta Trancu Rainer [1]) îl dedică Majestăţilor lor Regele Mihai I şi Regina Mamă Elena, cu omagii înspirate de acelaş devotament adânc care a însufleţit în totdeauna pe regretatul D-sale Soţ.

In „Prefaţă" D-l Prof. Tr. Săvulescu, Secretarul Secţiei ştiinţifice a Academiei Române, caracterizează în esenţă opera Prof. Rainer, care apare în îngrijirea şi sub patronajul Academiei Române prin contribuţia materială a D-nei Marta Trancu Rainer.

Vom prezenta treptat în cadrul „Analize" conţinutul articolelor acestui volum, ilustrate prin 35 admirabile planşe [2]) executate de desenatorul Al.Feldianu, colaborator al profesorului Rainer. Iar în „Note" de cronică medicală variată vom reda fragmente din viaţa sa interioară oglindită în „Jurnalul dela Iaşi".

BCU Cluj / Central University Library Cluj

## CĂRŢI — REVISTE NOUI

Evenimentele din ultimii ani au trecut sub tăcere apariţia câtorva cărţi medicale de valoare. Semnalarea lor cu întârziere le subliniază importanţa, făcându-le de actualitate. Menţionăm dintre ele deocamdată:

Primele 2 fascicole ale Vol. I din **tratatul de Chirurgie, Se-**

---

1) D-na D-r Marta Trancu Rainer, Membră asociată a Academiei de Medicină din România, este autoarea a numeroase lucrări de cercetări hormonale, executate cu cea mai riguroasă metodă ştiinţifică.

2) Formele grafice de exprimare, alături de celelalte expresiuni de tratare ştiinţifică, precum metoda de lucru cu obiectiv determinat, mijloace de investigaţie multiplă, experimentare riguroasă cu rezultate supuse controlului repetat pe individ sau în seria animală, concluziuni logice, stil concis, claritate—sunt proprii Prof. Rainer. Se întâlnesc în cea mai largă măsură în „*Enquêtes anthropologiques dans trois villages roumains des Carpathes*" publicate în 1937 şi recenzate în No. 3-4 | 1938 al acestei reviste

miotică-Clinică-Terapeutică, care apare sub Direcția D-lui Prof. I. Iacobovici cu colaborarea unui mare număr de chirurgi români.

Cu ocazia apariției în 1940 a Vol. IV. Partea I, care trata Stomacul, în prezentarea făcută în No. 3-4/940 al revistei am reprodus „Introducerea" scrisă pentru întregul Tratat de către D-l Prof. Iacobovici. Atunci am făcut oare-cari sugestii asupra apariției unui Tratat de medicină și chirurgie comun, scris de medici și chirurgi, pentru a nu se mai repeta în fie-care noțiunile comune, având în vedere că patologia este una și indivizibilă, că diagnosticul a devenit azi medico-chirurgical și tratamentul mixt. Aceleași constatări le facem azi, cu ocazia apariției în anul 1943, în Editura Socec (primul volum apăruse în Editura Libr. Jean Leon) a Vol. de față, care tratează materie de Clinică chirurgicală generală.

In aceste prime 2 fascicole, cari au fost scrise de D-nii Prof. I. Iacobovici în colaborare cu D-nii I. Porumbaru și C. Crăciunescu, în cuprinsul a 842 pagini se expun:

Noțiunile de introducere în chirurgie cu privire la boală, teren, bolnav, dureri, anestezie (cu definiția și clasificația anesteziilor). — Infecția acută locală și generală. — Infecțiile acute cu microbi piogeni nespecifici. — Infecțiile acute cu microbi specifici. — Infecțiile cu anaerobi. — Infecțiile cronice microbiene și micozice. — Traumatismele. — Tumorile în chirurgie.

Ca și cu prilejul apariției primului volum remarcăm bogata bibliografie românească care stă la baza concepției și elaborării operei în spirit românesc.

Tot în anul 1943 a apărut Seria II de Clinici și Memorii publicate de D-l D-r N. Gruia Ionescu cu colaboratori, în cadrul Spitalului de boli interne din Ploești. Se expun:

Reacția lui Campbell (test diagnostic în pelagră?). — Oboseala și tratamentul ei. — Hemoglobinuria paroxistică prin frig. — Sindromul encefalitic al infecțiunilor acute. — Sindromul lui Cushing. — Alexandru Vodă Lăpușneanul, văzut de medici.

Ca și cu prezentarea Seriei I în No. 11-12/941 al revistei constatăm aceași aprofundare de studiu pornită dela relatarea câtorva fapte clinice. Numai că lucrările, ce sunt publicate, nu sunt nici Memorii, nici Clinici, cu atât mai puțin Lecții clinice cum le socoteam atunci, ci sunt Reviste generale asupra unei chestiuni pornite dela un caz clinic sau o reacție de laborator, sunt prezentări de ansamblu care pot forma obiectul a tot atâtea Monografii, sunt Conferințe de clinică și laborator medical cari depășesc Conferințele de clinică medicală ale lui Louis Ramond. Intinderea lor în suprafață, analiza împinsă prea departe le îngreuiază sinteza și claritatea. In loc de a rămâne în clinică și laborator, de unde au plecat, se pierd în cadrul patologiei generale și al erudiției de bibliotecă. Și folosesc mai puțin medicului practician și clinicianului, de cât cercetătorului.

Semnalăm cu un moment mai de vreme rezervându-ne obligația de a-l prezenta în cadrul „analize" cu amploarea cuvenită, masivul studiu asupra pelagrei „Pelagra-Patologie și Sociologie, a-

părut în 1944 datorat D-lor D-ri Ion Claudian şi N. Gruia Ionescu, lucrare unică în felul ei asupra acestei boale sociale în cadrul literaturei medicale universale. Precum semnalăm cu deosebit interes, revenind mai târziu asupra folosului didactic pentru student şi practic pentru medicul veterinar, **Tratatul de Farmacodynamie şi Terapeutică generală pentru uzul medicinei veterinare**, pe care a început a-l publica în fascicole D-l D-r Gh. Francisc Popescu, Directorul Laboratorului de Farmacodynamie şi Terapeutică al Facultăţii de Medicină Veterinară din Bucureşti. Lucrarea va apare în 8 fascicole. Prima fascicolă tratând despre **Farmacografie** a apărut, în cursul anului 1945, în Tip. „Bucovina" I. Toronţiu, Bucureşti. Colecţia de formule magistrale, care va fi cuprinsă în fascicola finală, însoţită de indicaţiuni chiar sumare va interesa pe toată lumea, mai ales pe cea dela ţară, în deosebi pe agricultor.

La fel menţionăm pentru valoarea lucrărilor, pentru meritul ce şi-au câştigat traducătorii români, pentru sacrificiile ce a consimţit să facă casa de editură H. Welther din Sibiu de a le prezenta în condiţiuni technice ireproşabile: **Tratamentul bolilor interne** de Prof. D-r Ferdinand Hoff, în traducerea D-lor Prof. D-r I. Daniello, T. Dragomir, I. Gavrilă şi A. Moga. Precum şi **Boalele de copii.** Diagnosticul şi Tratamentul lor în practică, de Prof. D-r M. von Pfaundler, în traducerea D-lui docent D-r Axente Iancu — lucrări asupra cărora vom reveni.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In timp ce toate revistele medicale româneşti sufăr şi unele îşi încetează apariţia, la Bârlad, în cadrul Spitalului „Elena Beldiman" reapare Revista lunară de medicină şi chirurgie generală care se cheamă **Pagini medicale**, în continuarea „Insemnărilor medicale" de dinaintea răsboiului. Sprijinită pe o frumoasă tradiţie, ajutată de competinţa unui Comitet de direcţie tripartit de reputaţie stabilită şi de colaborarea medicilor spitalului, cu concursul Facultăţii de medicină din Iaşi — revista din locală va putea deveni regională reprezentativă pentru întreaga Moldovă. Modestia de a nu pretinde din capul locului rezumate în limbi străine pentru schimb cu revistele din străinătate, precum şi de a nu ataca probleme cari să-i depăşească rolul, inaugurează un debut fericit, pe care îl confirmă sumarul primului număr.

## PROGRESE IN MEDICINĂ

In ştiinţele medicale s'au realizat în ultimul timp progrese mari, unele epocale. Cum se întâmplă de obiceiu, descoperirea n'a venit deodată, a urmat unei străduinţe îndelungate la care au participat mulţi.

Bazându-se pe existenţa protrombinei în sângele uman, descoperită cu mulţi ani înainte care unindu-se cu trombochinaza (născută din distrugerea ţesuturilor) formează trombina, care la rândul ei unindu-se cu fibrinogenul întotdeauna prezent în sânge dă fibrina care formează chiagul — biologul rus

Boris Cudriaşov, profesor la Universitatea din Moscova, ajutat de colaboratoarea sa D-ra Andrienco. a reuşit după îndelungite cercetări, să producă 3 grame de **trombină concentrată,** care aplicată în tampoane pe rănile sângerânde, opreşte hemoragia în câteva secunde. Descoperirea are aplicaţii întinse în medicina operatorie. Dar sterilizarea distrugând proprietatea coagulantă a trombinei preparate artificial, au trebuit noi sforţări până când să se înlăture acest inconvenient şi trombina concentrată să fie produsă în cantităţi masive pentru chirurgia curentă în spitale.

Această trombină concentrată preparată în laborator constitue **Lichidul Cudriaşov,** această „apă vie" cum a fost socotită, folosită de armata rusă în răsboi. (Ziarul Ştiinţelor No. 8/1945).

După descoperirea sulfamidelor şi penicillinei, **descoperiri microbiologice** noui au venit. Produse secretate de alte ciuperci exercită o acţiune antimicrobiană mai intensă şi mai înlinsă.

In U. S. A., Prof. Wachsman a realizat preparate de **streptotricină** şi **streptomucină,** cari au dat rezultate îmbucurătoare în tuberculoză, tularemie şi bruceloze. In U. R. S. s'a obţinut o streptotricină cu putere de acţiune contra unui număr mai mare de microbi, între cari al ciumei. **O nouă substanţă diferită de streptotricină,** mai activă a fost extrasă de curând la Institutul de malarie şi medicină parazitologică din Moscova, dintr'o ciupercă descoperită după cercetări îndelungate într'o probă dintr'un anumit fel de pământ. Cultivată, a suta generaţie păstrează toate proprietăţile strămoşiilor (Graiul Nou, Dec. 1945).

Dar **Microscopul electronic** va revoluţiona bacteriologia punând-o pe baze noui. Infra microbiologia va dispare, intrând în cadrul microbiologiei generale, în faţa noului microscop.

**Microscopul electronic** nu se foloseşte de unde luminoase proectate pe retină ca microscopul optic, ci de unde electronice cari proectează cu ajutorul electro-magneţilor pe un ecran fluorescent obiecte infinit de mici, mărindu-le până la 100.000 de ori. Imaginea proectată de fasciculul electronic poate fi fotografiată şi mărită.

Un asemenea microscop de interes practic a fost realizat în 1940 în Statele Unite în Laboratorul Radio Corporation of America de Savantul V. K. Zworykin. De atunci s'au făcut descoperiri interesante asupra multor virusuri, cari erau considerate ca intermediare între lumea însufleţită şi cea neînsufleţită, unele fiind identificate ca proteine cristalizate. De asemenea s'a pătruns mai adânc în cunoaşterea structurii (şi a membranei care determină lanţuri de streptococi sau îmbracă microbul tuberculozei) microbilor, descoperindu-se o mare varietate de forme, de volum, de proporţii în diferitele surse.

Precum razele Röntgen şi ale radium-ului au fost folosite în scop terapeutic în biologie poate că se va întâmpla la fel şi cu acele emanaţiuni cari au omorât persoanele scăpate de pulverizare la intervale variate de timp dupe aruncarea celor 2 bombe atomice în Japonia în răsboiul actual.

Bibl. Univ. "Carol I" Iaşi

## ANALIZE

Publicarea în cadrul acestui număr a **Tablei de Materii** și a **Tablei de Autori** pe **intervalul 1941-45** a împiedecat prezentarea la **„Analize"** a lucrărilor medicale românești remarcabile publicate în reviste sau prezentate în societățile medicale. In anul viitor cu reluarea intensului **„Schimb"** al revistei noastre cu publicațiile medicale străine, în special din țările latine, vom putea prezenta mișcarea științelor medicale de pretutindeni.

## UN RASPUNS

Ne scrie un confrate „care citește de mulți ani, cu mult interes, revista, impresionat cu totul neplăcut de felul cum un coleg a tratat o problemă importantă". Nu vrea să ne supere, dar „revista fiind mai mult a noastră a cititorilor, aceștia trebue să fim geloși de prestigiul ei, neînțelegând ca în revista condusă de un oltean adevărat să apară și flori de mucegai".

Nu ne supărăm. Ne bucură că cetitorii sunt mai geloși de prestigiul revistei decât noi. Mulțumim pentru complimentele adresate revistei și nouă personal.

Înțeleg sentimentele de oltean ale dârjelui nostru coregional, oltean și D-sa. Dar nu specificul oltenesc caracterizează revista, îi dictează conduita și-i face valoarea.

Distinsul nostru corespondent, un literat fin, s'a lăsat impresionat de forma în care a fost prezentat articolul cu pricina. Pe noi forma ne interesează mai puțin. Articolul a fost publicat, ca multe altele, pentrucă trata despre o problemă de vie actualitate pentru țara noastră, pe care n'au rezolvat-o cei care se perindă de ani la conducerea noastră sanitară. Unii o descoperă de abia când vin, și atunci o iau dela cap. Contribuțiile reale fiind rari, cu atât mai justificată este dorința noastră de a le provoca.

Cât despre ideile expuse, Revista fiind, ca și Bruxelles-Medical după care cităm din manșetă, „une tribune independente, n'entend approuver ni improuver aucune des idées défendues par ses correspondents, qui resent seuls responsables des opinions emises sous leur signature". Ca și aceștia, ideile cu care nu suntem de acord, nu le combatem prin suprimare, ci prin expunerea păreri!or noastre sub iscălitură proprie alături de ale lor. Nu refuzăm decât articolele de polemică personală în termeni neuzitați; — cazuistica banală; — tratamentele „salutare"; — „descoperirile" vechi. Cerem să nu se omită citarea autorilor de drept, din lipsă de documentare (ca să nu zic ignoranță) sau intenționat (intenție care riscă punerea pe două coloane; — pentru un caz, sau mai multe în serie, să nu se reediteze capitole întregi de patologie; — să nu se vină cu statistici cari nu se pot controla. Azi, în bătălia hârtiei și sub urcarea vertiginoasă a prețului de cost al tiparului, să se scrie scurt și explicit de ce publică, ce descoperire crede autorul dă a făcut, ce interpretare nouă dă unui fapt cunoscut, ce contribuție reală aduce, — în loc să ascundă sub o coaje groasă un sâmbure gol.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Nu ne arogăm dreptul de a interveni în redactare, respectăm fiecăruia stilul care îl reprezintă. Cel mult dacă ștergem unele virgule cari dela o vreme se așează mai după fiecare cuvânt; — rărim punctele, folosind punctul cu virgulă și liniuță ca să cuprindem în fraze sau perioade mai lungi propozițiile cu legătură de sens; — suprimăm semnele de întrebare și mirare; — trecem pe românește franțuzismele nărăvite, fiind partizanul unui vocabular technic medical românesc; — ne obosim mai mult, cu dicționarul în mână, la rezumatele cerute pentru schimbul cu revistele streine, fiind de părere că dacă nu știi limba mai bine să nu le scrii. Sunt în definitiv îndreptări pe care le-ar face înșiși autorii, dacă și-ar da osteneala să-și revadă textul și să-și controleze rezumatele.

Nu îndemnăm „băieții" să scrie, ca să-și facă mâna. Suntem în contra beției de cuvinte, preferăm bogăția de idei. Nu împărtășim opiniunea unui eminent director al unei reviste polilinguale românești de specialitate că medicii români scriu puțin. Ba scriu de svântă și nu numai în specialitate, pentru că le prinde în clientelă și li se cere la concursuri o probă de activitate științifică. Această activitate o desfășoară în cadrul revistelor medicale și al societăților științifice. Pentru profesori universitari D-l Prof. Danielopolu pretindea odată publicații într'o revistă streină. Criteriul este falacios, se pot scrie lucrări de valoare în românește, după cum caduce într'o limbă streină (mai cu seamă de când s'au întețit vizitele de curtuazie internațională și facem schimb de conferențiari). Și de prisos, se poate ajunge profesor fără o activitate științifică valabilă.

Revista aparține mai de grabă colaboratorilor, cari și-au câștigat drept de domiciliu. Din mucegaiul unor lucrări modeste au țâșnit idei noui, cari și-au făcut loc în știință. In mucegai a descoperit Fleming Penicillina. De pe mucegaiul de pe pâine au extras medicii români H. Sarafide și G. Zervos Penicillina românească, Evrotina panis, un pantopon al penicilinelor.

Nu haina face pe om. Forma numai îmbracă fondul.

Cu ocazia acestui răspuns, care a depășit intențional cadrul scrisorii primite, comunic amabilului cititor că recenzia D-sale asupra cărții „El-Hakim" a scriitorului John Knittel, trimisă la 31 Ianuarie 1944, în care titlul, eroul, cuprinsul (poate și autorul) sunt de esență medicală, n'a fost publicată, cum a fost a tă recenzie a D-sale în trecut, pentrucă lucrarea aceasta ține prea mult de domeniul ficțiunii și al romanului, găsindu-și un loc mai potrivit într'o revistă literară. Iar recenzia asupra „Colibacilozei" n'a fost acceptată, pentrucă autorul se mulțumește cu prezentarea elogioasă făcută cărții la prima ediție, nemai găsind necesar să trimită redacției ediția nouă.

M. CANCIULESCU

# LOCUL PE CARE CHIRURGIA PULMONARĂ TREBUE SĂ-L OCUPE IN TRATAMENTUL TUBERCULOZEI

de

GH. I. ALEXIU

In istoria medicinei sunt destule cazurile când o descoperire cel puţin importantă dacă nu epocală, a trebuit să treacă timp pentru a fi luată în consideraţie, fie pentru a fi discutată fie pentru a fi experimentată.

Sunt descoperiri cari fără să putem preciza cauza, nu impresionează suficient şi din prim început spiritul medical.

Nu avem decât să ne gândim la infarctul miocardic care abia după ani de zile dela primele publicaţii ale lui Obratzow din 1910 a fost luat în discuţie şi desbătut pentru ca abia în anul 1919 să treacă în faza de experimentare pe care a întreprins-o Smith.

Nimeni nu poate contesta astfel valoarea acestei descoperiri în domeniul clinicei şi avantagiile pe cari terapeutica le-a căpătat în urma cunoaşterei acestei descoperiri a clinicei şi a medicinei experimentale.

Lucrul acesta s'a întâmplat şi cu chirurgia pulmonară.

Câţi zeci de ani s'au scurs din 1885 când Cèrenville din Lausanne practică pentru prima dată toracoplastia în cavernele T. B. C. operaţie care constă în rezecarea a 3—5 cm. din coastele I şi II până în anul 1911 când Sauerbruch ajunge la practicarea toracoplastiei totale paravertebrale?

Câţi ani se scurg dela 1888 când Forlanini reluând procedeul lui Potain, execută pneumotoracele intrapleural ca terapie a tuberculozei pulmonare, ori de câte ori pleura este liberă, până în 1936 când apare pentru prima dată o lucrare de ansamblu publicată de Graff şi Schmith, care se ocupă atât de actul operator în sine, cât şi de indicaţiile operatorii şi de tratamentul post operator al pneumotoracelui extrapleural?.

Lucrul apare cu atât mai bizar cu cât ne gândim că Fiziologia nu avea la îndemână un alt tratament mai sigur şi mai uşor, care să ducă la vindecarea tuberculozei.

De câte ori fiziologul nu încrucişea braţele în faţa unui pacient

la care tentativa instituirii unui pneumotorace intrapleural rămânea infructuoasă, datorită unei simfise pleurale?

De câte ori medicul fiziologic nu era chemat decât ca să asiste la consumarea marei drame care mai curând sau mai târziu trebuia să suprime viața unor oameni cari se găseau în plină pregătire profesională sau în plină perioadă de producție și în cari familia și societatea își puneau mari speranțe? Tuberculoza era lăsată să-și desăvârșească opera destructivă, lăsând în urma ei durerea și desnădejdea.

Câți bolnavi cari au fost seceraţi de acest flagel nu ar avea dreptul să facă reproșuri că medicina nu a ținut seama, că nu a dat atenția cuvenită unor tratamente cari, cunoscute mai din vreme și aplicate cu competință ar fi dus la salvarea vieții lor?

Și astăzi, câți dintre medici, medici așa ziși specialiști, fac apel, la momentul oportun, la aceste noui descoperiri ale terapiei antituberculoase, la aceste noui arme contra unui dușman așa de temut, pentru a salva viața unui om.

Da! **la momentul oportun!** Aceasta este marea cheie a succesului chirurgiei pulmonare. Aplicarea tratamentului fără îndeplinirea acestei condițiuni, va avea efecte sau parțiale, sau nule, sau agravante.

Capitolele chirurgiei pulmonare pe cari le vom desbate în acest articol, sunt: **Pneumotoracele extrapleural** și **Toracoplastia.**

Vom lăsa la o parte frenicectomia lui Felix și Goetze și alcoholizarea frenicului cari ambele duc la o paralizare a diafragmului, una definitivă, alta pasageră și operația lui Warstat care constă în smulgerea intercostalilor, puși în evidență printr'o incizie paravertebrală și operația lui Leota sau secționarea funcțională a intercostalilor prin injecție cu alcohol 80% în teaca nervilor.

Digitized by Universitatea "Ion Creanga" Iași

## PNEUMOTORACELE EXTRAPLEURAL

**Definiția.** Pneumotoracele extrapleural este crearea chirurgicală a unei pungi între pulmon și pleură de o parte și de altă parte fascia endotoracică și coaste, pungă întreținută prin insuflații periodice de aer.

**Istoric.** Prima decolare pleuro-parietală a fost făcută de Tuffier pentru o tuberculoză pulmonară în anul 1891, menținând spațiul extrapleural prin insuflații de gaz (Azot).

De atunci apar în literatură în mod sporadic publicații în cari autorii arată încercări timide cu rezultate dubioase.

Meritul revine lui Graff care în 1936 publică o punere la punct a tehnicei și conduitei post operatorii.

In acelaș an apar și publicațiile lui Schmith, asupra aceluiaș subiect. Impreună cu colaboratorii săi formează la Rohrbach o adevărată școală.

Cum vedem Ftiziologia datorează acestor doi autori îmbogățirea terapeuticei antituberculoase cu un capitol ale cărui efecte apar din ce în ce mai încurajatoare.

Pentru un respect al Istoriei chirurgiei pulmonare române, trebuiesc citați Prof. Pop-Daniello (Cluj), Prof. Cosăcescu, D-r. Leonte-Nasta, D-r. Câmpeanu și înfine D-r. Cărpinișeanu-Bibicescu.

Aceştia din urmă au meritul de a fi înbrăţişat cu toată căldura şi entuziasmul chirurgia pulmonară.

Atunci când scepticismul era sentimentul dominant cu care era primită această nouă terapie antituberculoasă, aceşti doui medici i-au consacrat o bună parte din activitatea lor, reuşind, ca pe lângă modificări de tehnică, să aducă la lumină multe date în ceeace priveşte indicaţiile operatorii şi conduita post operatorie.

**Indicaţii.** Acest capitol ar putea fi scurtat la maximum dacă ne-am mulţumi să spunem că colapsoterapia chirurgicală extrapleurală, este indicată ori de câte ori colapsoterapia intrapleurală nu se poate institui din cauza simfiselor pleurale.

Acest fel de a privi lucrurile rămâne valabil dacă alte motive de alt ordin nu ar micşora câmpul indicaţiilor colapsoterapiei chirurgicale.

Dintr'un prim început trebue să spunem că, colapsoterapia chirurgicală rămâne o intervenţie socantă, mult mai socantă decât pneumotoracele intrapleural.

Aici mai mult decât în colapsoterapia intrapleurală, **capitalul biologic**, aportul pacientului, trebue să fie o realitate, la fel ca şi abilitatea chirurgului cât şi competinţa ftiziologului care va trebui să continuie tratamentul.

In această asociaţie încheiată pentru a învinge boala, toate cele trei elemente sunt chemate să-şi dea contribuţia lor bine definită.

După aceste consideraţiuni generale asupra indicaţiilor, pentru o descriere mai didactivă, vom împărţi leziunile pulmonare în 2 grupe: 1. Leziuni pulmonare necavitare. 2. Leziuni pulmonare cavitare.

1. **Leziuni pulmonare necavitare.** Ele pot fi de două feluri: a) Leziuni productive de tip nodular sau acinos-nodos şi: b) Leziuni de tip. exudativ cari pot merge dela alveolita bacilară parcelară, solitară, cum ar fi infiltratul precoce tip. Assmann — Raedeckers sau infiltratul rotund tip. Fleischner cu pneumonia lobară tuberculoasă.

a) In leziunile productive, indiferent de suprafaţa pe care o ocupă (cu obligaţia de a fi unilaterale) dacă, consumând o terapie higieno-dietetică (cura de chaise-long, cura de aer şi cura dietetică) nu se observă o tendinţă de vindecare spontană, nu vom avea niciun regret, făcând indicaţia unei colapsoterapii chirurgicale atunci când cea intrapleurală nu se poate executa. Suprafaţa leziunilor, astăzi, nu mai prezintă nici o contra indicaţie, deoarece un chirurg abil poate face şi o decolare diafragmatică, pe lângă decolarea mediastinală, apicală şi parietală.

Ceeace contează mai mult, este dinamismul leziunilor, este gradul de evoluţie pe care-l evidenţiază leziunile, este starea generală a pacientului, este starea funcţională a organelor de importanţă capitală în economia generală, cum ar fi ficatul, rinichiul şi inima, mai cu seamă inima, atunci când va trebui să facem o decolare largă, este ceeace defineam la început, Capital biologic pe care pacientul este chemat să-l depună.

In aceste cazuri este bine să aşteptăm o calmare a leziunilor,

o scădere a potenţialului evolutiv, când, intervenind, să avem cele mai multe şanse de succes.

b) In leziunile pulmonare de tip exudativ, tendinţa celor mai mulţi ftiziologi este de a nu interveni. Această atitudine standard, cred că nu este în favoarea bolnavului. Aceste leziuni abandonate, ce vor deveni ele, dacă nu au o tendinţă la vindecare spontană? Nu mai încape nici o îndoială că ele în evoluţia lor vor duce la destrucţii parenchimatoase masive, cu formaţiuni de caverne şi cu posibilităţi de bilateralizare. Acest mod de a privi lucrurile şi experienţa pe care am căpătat-o, mă îndreptăţeşte să spun că şi aceste leziuni pneumonice pot duce la vindecare în urma pneumotoracelui extrapleural.

Pot aduce în sprijinul acestei afirmaţii cele două cazuri, singurele cazuri la cari, cu leziuni de lobită T. B. C. sup. dr. cu fenomene de activitate şi evoluţie netă (tuse, expectoraţie, febră 38°, turburări digestive, transpiraţii, inapetenţă, tachicardie) am pus indicaţia unui pneumotorace extrapleural în 1939 şi abandonat de un an, cu imagine radiografică normală astăzi, care tot timpul a evoluat fără nici o complicaţie; altul executat acum 7 luni şi care a dus la o oprire completă a oricărei tendinţe de evoluţie.

Fără îndoială că nu erau cazuri cu indicaţie majoră, dar ţinând seama că soluţie nu putea fi găsită şi dându-mi seama că aşteptând nu făceam decât să pierd timp şi că la un moment dat să nu mai pot face nici această indicaţie terapeutică, am preferat să o fac cât mai precoce.

Ce atitudine vom avea în faţa unor leziuni contro-laterale bacilare indubitabile?

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pentru a ne fixa atitudinea vom avea în vedere tot aspectul acestor leziuni. Ele pot fi discrete, sau relativ discrete, cu un potenţial evolutiv scăzut. In această situaţie, intervenind pe pulmonul cu leziuni întinse, cu tendinţă evolutivă, vom putea asista la o refacere a organismului, la o refacere a capitulului biologic care va duce la o vindecare spontană a leziunilor contro-laterale. Dacă însă leziunile contro-laterale au şi ele o tendinţă evolutivă şi ocupă o suprafaţă importantă, vom interveni, căutând să instituim un pneumotorace intrapleural, mai întâi contro-lateral şi apoi vom porni la crearea extrapleuralului. Această conduită, această succesiune este comandată de faptul că, de obiceiu, după instituirea unui pneumotorace extrapleural, operaţie suficient de socantă, s'ar putea întâmpla ca leziunile contro-laterale să sufere un bici care să ducă la o exagerare a potenţialului evolutiv. Dacă însă este vorba de un bolnav care prezintă un deficient respiratoriu, este mai bine să instituim mai întâi pneumotoracele extrapleural şi apoi, la momentul oportun, dispneea care urmează operaţiei fiind trecută ca şi eventuale hemoragii intra-cavitare, să instituim un pneumotorace contro-lateral.

Profităm de ocazie pentru a spune că primul lucru care trebueşte cunoscut şi studiat înainte de a porni la astfel de conduite, este capacitatea respiratorie şi starea de funcţionare a cordului.

Capacitatea respiratorie ne informează asupra suprafeţei respiratorie dar şi asupra circulaţiei intra-pulmonare.

Cu o capacitate respiratorie care scade la sub 1000 cm. c. este mai bine să ne abţinem dela orice intervenţie chirurgicală, ea arătând o importantă diminuare a câmpului de respiraţie şi o proastă circulaţie intra-pulmonară, cari duc la o turburare a hematozei.

2. **Leziunile pulmonare cavitare.**

Leziunile pulmonare cavitare fac indicaţia majoră a pneumotoracelui extrapleural.

Ca şi la primele leziuni necavitare, vom porni la o studiere succintă a acestor leziuni, pentru a ne putea fixa conduita cea mai logică.

Din punct de vedere al anatomiei patologice şi al histopatologiei, putem întâlni caverne recente, cu un contur discontinuu sau abia trasat, cu eliminare parţială a ţesutului pulmonar. In alte cazuri, deşi eliminarea este totală şi conturul este continuu, ne dăm seama totuş că acel contur, acel ţesut de fibroză pericavitară, nu a ajuns la o grosime prea mare care să se opună la o tendinţă de retracţie a leziunilor pericavitare şi cari cu timpul să ducă la o dispariţie a cavernei.

In această situaţie medicul poate aştepta o vindecare spontană a cavernelor, fără să intervină de o manieră activă cu o condiţie: pacientul trebuieşte pus în condiţiuni optime pentru a avea loc această vindecare pe cale naturală. Cura de odihnă, cura de aer şi cura dietetică trebuiesc aplicate de pacient cu sfinţenie şi aceasta va trebui prelungită până la complecta vindecare.

Un alt element care trebuieşte să fie îndeplinit de această cavernă, pentru a putea să aibă loc vindecarea spontană, este de ordin topografic. O cavernă se va închide prin tendinţa de retracţie pe care leziunile le manifestă. Or, această retracţie, pentru a se putea manifesta, este nevoie de massă pulmonară suficientă. Lucrul acesta cu alte cuvinte nu va putea avea loc dacă caverna este subcorticală sau deasupra claviculei, adică acolo unde diametrele pulmonului sunt foarte reduse. Tot această retracţie poate aduce după ea, atunci când ea are posibilitatea să se manifeste, acele cudări ale bronşiilor de drenaj urmate fiind de atelectaziile pulmonare cari duc de atâtea ori la vindecările spontane ale cavernelor.

Cavernele cari au ajuns să aibă un contur prea desvoltat, nu vor mai fi influenţate de procesele naturale de vindecare. Trebue să suspectăm şi rezultatul unui pneumotorace extrapleural, dacă pereţii cavernei sunt prea groşi, grosimea care va manifesta o rezistenţă prea mare, chiar în faţa unui pneumotorace extrapleural.

In aceste cazuri cavernele vor continua să rămână deschise, reduse fiind chiar la dimensiunile unor fante, la nivelul căror procesul de necroză va continua lă lucreze, putând duce la perforaţii, fie către cavitatea artificială creată de chirurg, fie către cavităţile naturale (esofag sau trachee).

Incă o topografie defavorabilă închiderii spontane a unei caverne, chiar recentă, este regiunea peri-hilară.

Cavernele aşezate în această regiune nu au de obiceiu tendinţa la vindecare spontană, din cauza scheletului bronşial care aici,

BCU Cluj / Central University Library Cluj

fiind de un calibru mai mare şi având în structura lor acele inele cartilaginoase vor învinge tendinţa de retracţie pe care ar putea-o manifesta leziunile.

Cunoaştem din practica pneumotoracelui intrapleural, cât de greu căpătăm închiderea unor caverne sau unor leziuni cari se bucură de o topografie perihilară, pentru acelaş motiv, pentru motivul că bronşiile mari opun o mare rezistenţă tendinţei de comprimare pe care o exercită aerul din pleură.

In rezumat, dacă o leziunea cavitară, studiată din toate punctele de vedere, nu prezintă suficiente elemente cari să ne facă să sperăm într'o vindecare spontană, trebuieşte abordată chirurgical, pentru că existenţa ei înseamnă un pericol enorm pentru soarta pacientului.

Experienţa din ce în ce mai mare a determinat pe ftiziologi şi chirurgi să părăsească sentimentul de timiditate pe care îl aveau la început, datorită căruia fapt indicaţiile operatorii urmau o normă fără abateri, stabilită de primii autori, devenind mult mai temerari, în urma rezultatelor obţinute.

Câmpul intervenţiilor s'a lărgit astăzi aşa de mult, încât ne este mai uşor că studiem contra-indicaţiile, decât să înşirăm indicaţiile. Contra-indicaţiile sunt furnizate de elemente biologice pe de o parte iar pe de altă parte de anatomia patologică.

Ţinând seamă că pneumotoracele extrapleural este o operaţie mult mai socantă decât pneumotoracele intrapleural, ne vom abţine dela orice indicaţie operatorie, atunci când **Capitalul Biologic** se găseşte într'o stare de deficienţă.

Evoluţia netă şi susţinută a leziunilor pulmonare, care se traduce cu febră mare, tuse şi expectoraţie abundentă, sindrom ascultatoriu bogat, transpiraţii, inapetenţă, enterită toxică-bacilară, tachicardia, dispneea de efort şi mai cu seamă de repaos, cu un cuvânt potenţial evolutiv ridicat, va constitui o contra-indicaţie netă a pneumotoracelui extrapleural, indiferent de aspectul leziunilor. De asemenea T. B. C. viscerală (renală, laringeară, intestinală) constitue o contra indicaţie majoră.

Elementele de ordin anatomo-patologic cari pot constitui contra-indicaţia sunt împărţite în două grupuri: primul grup este constituit de o stare anatomo-patologică care face decolarea imposibilă. Sunt procesele de scleroză pleuro-pulmonară care se întâlnesc în urma leziunilor bacilare cari manifestă o tendinţă netă de fibroză, sau în urma unor procese iritative sau supurate cronice ale pleurii. In aceste cazuri, procesul de fibroză a depăşit în afară pleura parietală, invadând ţesutul conjunctiv care constituie în mod normal planul de clivaj. Această stare de lucru se traduce cu deformare toracică prin devierea coloanei vertebrale, micşorarea spaţiilor intercoslate, şi retracţia mediastinală homo-laterală. Mai putem observa, în aceste cazuri, la examenul radioscopic, o umbră densă şi destul de groasă care se întinde dela vârf către bază, paralel cu limita costală a pulmonului.

In această situaţie chirurgul va întâmpina o rezistenţă netă, pe care de multe ori nu o va putea învinge. A persevera în acţiunea

de decolare înseamnă pericol de rupere a pulmonului sau dilacerări mari de ţesuturi, mai cu seamă când chirurgul face decolarea cu electrocauterul, fapt care va duce în mod sigur la o hemoragie post operatorie.

Din punct de vedere topografic, contra-indicaţia este dată de poziţiile marginale ale cavernelor.

A porni la decolare în această situaţie, înseamnă a ne expune pericolului de a perfora caverna, pericol care nu poate rămâne fără consecinţe.

Inainte vreme, topografia bazală a cavernelor constituia o contra-indicaţie, operatorul neavând curajul să facă o decolare aşa de mare. Astăzi, când decolările pot fi duse şi pe diafragm, cavernele situate în lobul inferior nu mai constituiesc o contra indicaţie, cu condiţia cu operatorul să facă decolarea pleuro-pulmonară şi pe diafragm. Cavernele gigante, chiar dacă au o topografie centrală, constituiesc deasemeni o contra-indicaţie.

## Complicaţii.

Vom studia acest capitol înaintea capitolului tratamentului post-operator, pentrucă acest tratament se va aplica şi complicaţiilor care trebuiesc în prealabil cunoscute.

Chiar în timpul operaţiei putem asista la unele complicaţii cari trebuiesc mai repede considerate ca accidente.

a) Rupturi de pulmon şi de cavernă.

In timpul decolării, din cauza unei căi false sau din cauza unei manoperi brutale, chirurgul poate rupe pulmonul sau caverna. Consecinţele, serioase în primul caz, devin de o gravitate excepţională în cel de al doilea caz.

b) Hemoragia intracavitară. Ea poate să nască chiar în timpul executării actului operator, apărând mai de vreme ca un accident, sau în primele ore după terminarea operaţiei, când poate fi considerată ca o complicaţie. Ea poate apărea în proporţie de 10% (Schmidt) până la 21% (Cărpinişean şi Bibicescu). Hemoragia naşte în urma manoperei de decolare care duce la ruperea ramurilor perforante ale venelor intercostale şi a ramurilor arterei mamare interne. Ele vor apare cu atât mai sigur cu cât suprafaţa de decolare a fost mai dificilă, datorită acelui proces de scleroză care a invadat planul de clivaj, proces pe care l-am pomenit la contra-indicaţii.

Este o complicaţie redutabilă, cea mai redutabilă, pentrucă ea pune în pericol viaţa pacientului. Când ea naşte în timpul actului operator, chirurgul se sesizează imediat. Fie prin tamponament, fie cu ajutorul ligaturei sau electro-coagulării, hemoragia va fi oprită.

Hemoragia care se instalează după terminarea actului operator, este mai gravă, ea făcându-se cunoscută abia după ce ea s'a instalat, abia după ce pacientul a pierdut o mare cantitate de sânge.

Paloarea tegumentelor, tachicardia, puls filiform, polipneea, transpiraţiile, stările lipotimice, sunt semnele hemoragiei. La aceste semne se adaugă fenomenele de compresie: apăsare mare intra-toracică, dispnee, emfisemul sub-cutanat.

Tratamentul va fi condiţionat de următoarele considerente: dacă starea generală a pacientului, este prea gravă, cel mai bun lucru este ca, pe lângă tonicele cardiace, pe lângă o medicaţie hipertensivă şi pe lângă un tratament care să aibă ca rezultat înlocuirea masei de sânge (ser fiziologic intra-venos şi sub cutanat şi transfusia), să se deschidă punga, să se videze sângele şi să se caute vasul care a sângerat pentru a fi legat, electro-coagulat sau tamponat, închizându-se din nou punga. Dacă starea generală a pacientului nu ne arată o gravitate prea mare şi dacă la examenul radioscopic făcut la patul bolnavului constatăm că massa de sânge intra-cavitară nu este prea mare, atunci ne vom obţine dela deschiderea cavităţii. Ne vom mulţumi cu un tratament simptomatic: în caz de dispnee şi de fenomene de compresie, ne vom mulţumi cu o vidare de aer. Este mai bine să evităm vidarea sângelui, pentru prim început (3—4 zile) iar dacă fenomenele mecanice o impun, o vom face repetat şi în cantităţi mici.

Ca tratament simptomatic, pe lângă medicaţia hemostatică, vom aplica ceeace am spus mai sus, fiind atenţi că o ridicare prea bruscă şi prea mare a tensiunei arteriale, ar putea fi punctul de plecare al unei noui hemoragii.

Nu uit a recomanda şi sublinia transfuzia care, pe lângă rolul de a înlocui în mod f. rapid o parte din massa de sânge pierdută, ea mai are efecte favorabile asupra coagulării, exagerând-o, fapt care face din ea un hemostatic de prim ordin şi asupra hematopoezei, excitând rolul hemato poetic al măduvei.

După 3—4 zile dela data când s'a produs hemoragia, putem începe vidarea sângelui, pentrucă rămânerea lui în cavitate înseamnă un dublu pericol: primul şi cel mai de temut, este infectarea pungii cu microbi banali cari pot fi aduşi, fie de o intervenţie făcută în condiţiuni proaste de asepsie, fie pe cale limfatică; al doilea este coagularea sângelui care, dacă ajunge la organizare, la carnificare putem compromite operaţia prin pierderea pungii. O altă complicaţie a pneumotoracelui extra-pleural, este scurgerea în cavitatea creată artificial, a unui lichid sero-hematic, care apare de obicei la 2—4 zile dela data operaţiei, înainte ca să se fi produs o vindecare a pereţilor pungii.

Şi acest lichid trebuieşte vidat în raport cu vileza cu care se reface şi în raport cu fenomenele de compresie pe care le poate exercita, mai cu seamă când s'a făcut o decolare mare. Fiecare vidare va fi urmată de introducerea de aer, pentru a păstra în cavitate o presiune pozitivă.

O altă complicaţie care poate apare destul de frequent este scurgerea în cavitate a unui lichid sero-fibrinos, echivalent pleureziilor sero-fibrinoase. Ca dată, el apare mai târziu, la săptămâni şi chiar luni dela operaţie, în tot cazul atunci când s'a făcut, când s'a desăvârşit căptuşirea cavităţii cu un epiteliu pe care ţesuturile îl nasc.

Infectarea pungii este complicaţia cea mai de temut, ea putând duce la pierderea pungii şi la moartea pacientului. De obiceiu

Digitized by Cluj Central University Library Cluj

ea se întâmplă în hemoragiile mari, pentru că sângele este un mediu propice desvoltării microbilor şi pentru că hemoragiile mari sunt urmate de o scădere bruscă şi persistentă a rezistenţei individului. Din punct de vedere al tratamentului curativ al acestei complicaţii, el depăşteşte pe ftiziolog, fiind din domeniul chirurgiei pure.

Din punct de vedere al tratamentului preventiv, vom spune că a lucra, în condiţiunile unei absolute asepsii, este o obligaţie de prim ordin, conştiinţa medicului fiind angajată ori de câte ori nasc asemenea infectări.

In al doilea rând, vom ţine mai mult timp organismul pacientului sub efectul ingerării de sulfamide.

Când Penicilina şi Streptomicina vor fi la îndemâna oricărui pacient, sperăm că această complicaţie va rămâne în domeniul istoriei medicinei, medicul scăpând de un coşmar iar pacientul de un mare pericol.

Infine, o ultimă complicaţie, este infectarea pungii cu bacil T. B. C. Ea se întâmplă în proporţie de 70%, atunci când leziunile au o topografie marginală (1—2 cm. departe de perete).

Odată trecută perioada primelor 3—4 săptămâni dela operaţie, pacientul şi medicul va avea grije ca în mod periodic să introducă aer în cavitate, pentru a menţine punga. Intervalul de timp şi cantitatea de aer introdusă, vor fi controlate de medic. In treacăt trebue să amintesc că presiunile terminale în pneumotoracele extrapleural sunt mult mai mari decât cele din intra-pleural, putând merge la +20—+30 la aparatul Kuss sau +10—+12 la aparatul Cociaşu.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

TORACO-PLASTIA.

O altă intervenţie chirurgicală care urmăreşte acelaş scop ca şi Pneumotoracele este Toracoplastia.

**Definiţie.** Taracoplastie se numeşte rezecarea unui anumit număr de coaste, total sau parţial. Când ea este totală mai poartă numele de Toracotomie.

**Istoric.** Toracoplastia a fost primul procedeu chirurgical aplicat în T. B. C. pulmonară cu scopul de a comprima pulmonul.

Dintr'un prim început chirurgia pulmonară a fost aplicată pentru vindecarea cavernelor pentrucă dintr'un prim început caverna a fost considerată ca o nouă maladie a unui tuberculos, cu posibilităţi de infectare a ţesuturilor sănătoase.

Lăsând la o parte primele începuturi, ne oprim la Brauer şi Friedrich. Ei au ca tehnică rezecarea tuturor coastelor dela a 2-a până la a 9-a împreună cu periost, muşchi şi pachetul vasculo-nervos. In urma unei mortalităţi de 30% propun ca operaţia să fie executată în doi timpi, pentru a diminua şocul, începând cu baza. De data aceasta decolează periostul pe care îl lasă pe loc, pentru a regenera o carapace, o platoşe osoasă. Rezecţia era mult mai largă în dreptul leziunei (către vârf) dar fără să abordeze coasta I-a.

Urmează Sauerbruch, elevul lui Friedrich, celebrul chirurg berlinez, de al cărui nume este legată chirurgia pulmonară din ultimii 30 ani.

Pune la punct toraco-plastia paravertebrală totală, rezecând o porţiune şi din coasta I-a.

Apoi Fruchaud şi Bernou cu calitatea de a fi executat desarticularea coastei I-a.

Importanţa acestui fapt a fost întrevăzută de Sauerbruch atunci când a propus rezecarea unei porţiuni din coasta I-a pe care a numit-o „cheea toracoplastiei".

In urmă, ca un precursor al operaţiei lui Semb vine Archibaldt şi şcoala americană care propune toracoplastia regională apicală pentru leziunile vârfului, urmat de Holst care în 1932 după o toracoplastie superioară face o apicoliză pe care o complectează cu o plombă de ţesuturi moi, care va opune rezistenţă tendinţei de reexpansiune pe care o manifestă pulmonul.

Ultimul care aduce o contribuţie enormă la toracoplastie în tuberculoza pulmonară este Semb din Oslo. Pentru a satisface principiul că comprimarea trebue să se facă în toate diametrele (tridiametral) vârful pulmonului trebuieşte desfăcut de dom şi mediastin, pentru a cădea în jos, prin acest procedeu aducându-se o mare îmbunătăţire operaţiei lui Sauerbruch.

In toracoplastia tip Sauerbruch, pulmonul nu era comprimat decât în diametrul antero-posterior şi prea puţin în diametrul vertical. Prin această apicoliză a lui Semb, vârful pulmonului va fi comprimat în sensul diametrului antero-posterior, vertical şi lateral. Operaţia poartă numele de Toracoplastie cu apicoliză extra-fascială sau Operaţia lui Semb.

Această intervenţie, pe lângă obţinerea turtirii pulmonului care este complectă, are şi avantajul de a fi mai puţin socantă, rezecarea făcându-se pe un număr de coaste mult mai redus (3—5—6), iar deplasările de mediastin ce se întâlnesc în toracoplastia tip Sauerbruch, cu supărările şi inconvenientele ce decurg, aici sunt nule.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Acestei operaţiuni, trebue să avem mândria să o spunem, i-a adus modificări importante D-r Cărpinişean, ghidat în scopurile ce erau urmărite, de către D-r Bibicescu, dintre cari cea mai importantă este apicopexia.

Apicopexia este fixarea vârfului pulmonului la coloana vertebrală cu ajutorul unei suturi, după ce în prealabil vârful a suferit mişcarea de cădere.

După un timp dela data intervenţiei, pulmonul suferea o reexpansiune fie datorită unui tonus de reexpansiune cum l-a numit Fruchaud şi Bernou, fie unei simfise progresive a pulmonului în punga ce rămâne după apicoliză. (Cred că mai normal este să admitem aceste ambe cauze cari duc la revenirea vârfului).

Din punct de vedere al rezultatelor tardive, revenirea pulmonului va da posibilitatea leziunilor să-şi reea activitatea, ducând la o compromitere a operaţiei.

**Indicaţii.** După ce cunoaştem indicaţiile şi contra-indicaţiile pneumotoracelui extrapleural, ne va fi mai uşor să studiem indicaţiile toraco-plastiei.

Vom începe să spunem că există o indicaţie a toraco-plastiei,

din motive de ordin social şi pecuniar, de cari medicul este obligat să ţină seamă.

In urma unui pneumotorace extrapleural, pacientul este obligat ca, la anumite intervale să facă deplasări pentru a primi insufl'aţia făcută de un medic de specialitate.

Or, distanţele mari pe cari pacientul trebue să le parcurgă până la centrele urbane cele mai apropiate, unde să admitem că poate găsi un medic de specialitate, (faptul acesta nu este absolut cert), impun pacientului, pe lângă eforturi fizice destul de mari şi cheltueli materiale cari în ziua de azi îl pot depăşi.

In această situaţie, chiar dacă leziunea pulmonară ar face o indicaţie majoră pentru pneumotoracele extrapleural, ne vom gândi dacă pacientul nu are de câştigat acelaş lucru, dacă în loc de pneumotorace extrapleural, i s'ar face o toraco-plastie superioară cu apicoliză. Dacă, din cauza suprafeţei pe care o ocupă leziunile, sau din cauza stării pulmonului controlate al această operaţie nu este indicată, vom recurge la pneumotoracele extrapleural după care, odată pereţii pungii cicatrizaţi, se va executa blocarea cavităţii cu oleu, procedeu executat pentru prima dată de Eden în 1920.

Oleul va juca rolul unui corp anti-simfisar, dând posibilitatea ca controlul să se facă la intervale mult mai mari.

Vom trece la studiul criteriilor cari, pun indicaţia şi contra-indicaţia pneumotoracelui extrapleural.

Vom spune dela început că experienţa fiziologilor şi a chirurgilor a adus la concluzia că cea mai bună intervenţie, cel mai bun procedeu operator rămâne cel descris de Semb, adică toracoplastia cu apicoliză extrafascială.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

S'ar părea logic că acolo unde există contra-indicaţii operatorii pentru pneumotoracele extrapleural, să facem în mod automat, indicaţia pentru operaţia lui Semb.

Lucrul acesta este just, dacă contra-indicaţia a fost furnizată de elemente anatomice, de leziune, şi aceasta, numai în parte.

Dacă contra-indicaţiile au fost furnizate de elemente biologice, contra-indicaţia va apare şi mai categorică pentru Operaţia lui Semb, ştiut fiind că această operaţie este mult mai şocantă pentru pacient.

Prin urmare, ceeace am spus pentru contra-indicaţiile de ordin biologic, la capitolul Pneumotoracele extrapleural, ele rămân cu atât mai valabile pentru această intervenţie.

Substituirea uneia în locul celeilalte este posibilă **dacă nu total, cel puţin în bună** parte, atunci când starea anatomică a leziunilor nu făcea posibilă prima intervenţie.

Pacienţii cu cavernele marginale şi cavernele cari deşi centrale, au atins dimensiuni prea mari, vor beneficia mult mai mult, cu riscuri mult mai mici, în urma unei Operaţii Semb.

Imposibilitatea de decolare rezultată de sclerozarea, de fibrozarea planului de clivaj, face posibilă o toracoplastie tip Semb, apicoliza în acest caz făcându-se în afara fasciei endo-toracice adică acolo unde, neexistând ţesut de clivaj, nu poate lua naştere scleroza.

Sunt unele contra-indicaţii furnizate de elementele anatomice ale

leziunilor, în ceeace priveşte pneumotoracele extrapleural, cari vor constitui contra-indicaţii şi pentru Operaţia lui Semb.

Este starea pulmonului contro-lateral, care aici măreşte contra-indicaţiile.

Dacă în pneumotoracele extrapleural se putea sconta o ameliorare sau o vindecare a leziunilor contro-laterale, în operaţia lui Semb, acest lucru devine mult mai puţin probabil, datorită faptului că Toracoplastia cu apicoliză, este o operaţie mult mai laborioasă, mult mai traumatizantă, mult mai şocantă.

In acest caz este mult mai prudent să căutăm să rezolvăm problema pulmonului contro-lateral printr'un pneumotorace intrapleural şi apoi să trecem la actul operator.

Lucrul acesta este mult mai posibil în Toracoplastie, din două motive:

a. In Operaţia lui Semb decolarea şi comprimarea pulmonului nu atinge suprafeţele pe cari le scoate din funcţiune, în parte cel puţin, pneumotoracele extrapleural şi care, împreună cu pneumotoracele intrapleural contro-lateral, să ducă la turburări respiratorii importante, la o scădere apreciabilă a hematozei.

b. In Operaţia lui Semb, inundaţia sanguină, hemoragia, chiar dacă se produce, ea este infinit mai mică decât în pneumotoracele extrapleural, hemoragie care prin massa de sânge pierdută şi prin fenomenele compresive ce pot naşte, pune în pericol viaţa pacientului.

Or, ne putem da seama ce ar rezulta într'o asemenea hemoragie când, de partea opusă ar exista un pneumotorace intrapleural, oricât de hipotensiv ar fi el. Astfel privind lucrurile, vom prefera Operaţia lui Semb pentru o leziune cavitară superioară când de partea contro-laterală este necesară instituirea unui pneumotorace intrapleural.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Trebue să spun că aceste intervenţiuni pe pulmon nu au numai calitatea de a se înlocui una pe alta. Ele au şi calitatea de a concura în mod simultan la vindecarea pacientului, putând executa un pneumotorace extrapleural într'o parte, iar de partea opusă o toraco-plastie cu apicoliză. Tot în vederea scopului final, putem executa pe acelaş pulmon o apicoliză extrafascială cu toraco-plastie pentru o leziune a vârfului, iar pentru bază putem executa un colaps de detentă, cu ajutorul unei toracoplastii posterioară tip Sauerbruch.

Mai—mult decât atât: Când din motive diferite, punga unui pneumotorace extrapleural s'a pierdut şi când leziunile nu au avut timp să se cicatrizeze, ftiziologul poate pune indicaţia unei noui intervenţiuni, de astă dată a operaţiei lui Semb.

Cum vedem, similitudinea dintre pneumotoracele extrapleural şi operaţia lui Semb, nu este numai de natură chirurgicală ci şi de natură medicală, neavând o limită precisă între indicaţiile uneia şi ale celeilalte, afară de indicaţiile majore, pe cari din nefericire ftiziologul le întâlneşte nu prea des.

Actul operator propriu zis fiind şi aici ca şi în pneumotoracele extrapleural apanajul marei chirurgii şi chirurgului calificat, el poate fi găsit în revistele de specialitate sau în tratatele de chirurgie.

*

Când m'am apucat să scriu acest articol mi-am dat seama că fac un act temerar voind să tratez în cadrul unui articol un subiect care ar furniza material pentru un volum.

Am continuat totuşi pentru că articolul nu are pretenţia decât să nască curiozitatea în mintea celor neiniţiaţi, curiozitate care apoi va putea fi satisfăcută pe deplin, citind revistele şi monografiile închinate acestui capitol al Terapiei tuberculoase.

Lucrurile acestea trebuiesc cunoscute de un număr cât mai mare de medici, pentrucă în marea majoritate a cazurilor pacientul nu vine din prim început la specialist ci de cele mai multe ori el se adresează medicului de casă, medicului local, medicului prieten sau rudă. Or, de foarte multe ori, viitorul pacientului depinde de această primă sau prime confidenţe, de modul cum medicul va şti să îndrepte paşii celui care într'un moment de desnădejde vine să ceară un sfat.

Numărul de vieţi salvate va fi cu atât mai mare, cu cât medicul nu va face greşeala ca, aplicând o terapie simptomatică să aştepte prea mult o vindecare care nu va sosi niciodată.

Scopul acestui articol îl voi considera atins cu prisosinţă, dacă un număr oricât de mic de medici se vor convinge că există o terapie antituberculoasă reală, că' într'adevăr există' mijloace pe cari întrebuinţându-le la momentul oportun, pot fi de mare folos pacientului, că într'adevăr există un tratament care să ducă la o adevărată vindecare a bolnavului.

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**

# BIO-PUNCTURA HEPATICĂ PRIN METODA ROHOLM-IVERSEN [1]

de

**E. C. CRĂCIUN**
Prof d' Anatomie Patologică
Facultatea de M.dicină, Bucureşti

Datorăm acestor doi medici danezi o metodă sigură care permite biopsii hepatice în serie.

Valoarea acestei descoperiri este evidentă. Pe deoparte în acest fel se deschide un câmp nou de cercetări. Pe de altă parte, această nouă metodă este chemată se schimbe fundamental unele concepţii patogenice, prea statice, căci ne este acum posibil să urmărim leziunile în devenire, culegând date mult mai adecvate decât cele experimentale.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Am avut putinţa să comparăm, pe un material de peste o sută de cazuri, rezultatele puncţiilor hepatice simple, [2]) cu cele prin metoda daneză [3]). Fără a ne opri aci asupra observaţiilor corespunzătoare, încă în curs de studiu, vom căuta să facem cunoscută metodica, indicaţiile şi contraindicaţiile aferente.

**Aparatura** constă dintr'o canulă lungă de 14—18 cm. şi largă de 0,6—1,2 mm. Unul din capete e uşor ascuţit. Celălalt are o gardă cu dinţi sau cu depresiuni, spre a putea fi bine fixat între police şi index în timpul puncţiei şi a'tor manevre. Garda e adaptabilă la o seringă cu piston metalic. Prin canulă trece un mandren rotund; are un capăt cu vârf scurt piramidal, ca un cui; la celălalt capăt, e fixat un tambur cu margine dinţată. Pentru a fixa tamburul pe gardă, se poate prevede un mic dinte pe tambur şi o crestătură pe gardă. Canula şi mandrenul sunt nichelate. Vârful trebue cruţat şi apărat.

**Manipularea** este foarte simplă. Pentru puncţie, canula încărcată pe mandren este ţinută strâns între police şi index, tamburul fiind sprijinit în podul palmei, care se află în supinaţie.

---

1) Datorăm metodica şi prima aparatură bună voinţei prietenoase a D-lui D-r I. Pavel.

2) Practicate în serviciul d-lui D-r Spârchez „Mihail Ghica", Asigurări.

3) Practicate de d-nii D-r A. Mureşanu, Iuliu Popescu şi Ghinea.

**Tecnica operatorie** e tot aşa de simplă. Canula încărcată pe mandren, învelită în tifon şi vată la vârf, se sterilizează uscat sau prin fierbere. Mai trebue o seringă sterilă de 20 cmc., cutii Petri, flacoane mici cu dop şi fixatori, sterilizare îngrijită a mâinilor şi regiunei. Anestezie locală pentru diferitele planuri superficiale şi profunde.

Puncţia se face într'un spaţiu intercostal drept, în plină matitate hepatică, pe linia axilară mijlocie. Puncţia înaintează încet pentru a percepe net trecerea prin perete şi intrarea în ficat. Din acel moment, mandrenul e scos cu totul, iar canula este împinsă prin rotiri uşoare şi limitate în ambele sensuri. Apoi se adaptează seringa şi se aspiră destul de puternic, retrăgând încet seringa cu canulă cu tot. Se evită orice mişcare de lateralitate, orice mişcare bruscă. Procedat fără zor, dar şi fără lungiri nejustificate.

**Adâncimea** puncţiei e variabilă, după grosimea peretelui şi deci în primul rând după vârstă; apoi după starea nutriţiei. Deci cam 1—2, 5 cm.. pentru perete şi cel mult 8 cm., în ficat.

**Rezultatul**: la început câte o picătură de sânge, apoi un cilindru gros de 0, 5—1 mm., lung de 1—8 cm., într'un singur fragment sau mai multe.

**Fixarea**: canula e scoasă şi pusă imediat în apă călduţă cu carbonat de sodiu. In seringă se aspiră ser fiziologic călduţ, spre a dilua sângele şi a face ca cilindrul de ţesut hepatic să plutească fără a se rupe sau deforma. Scoţând apoi pistonul, seringa e golită, prin răsturnare, într'un Petri ce conţine ser fiziologic la temperatura camerii. O pensă mică fără dinţi fixează un capăt al ţesutului, care e divizat, dacă este destul de lung, în fragmente de circa 1 cm. Fragmentele sunt culese şi încărcate pe o spatulă, trecute în fixatori, după tecnica potrivită cercetărilor. De ales deci între: formalină 1/4 în Na Cl 9% (Policard); alcool 96° 20 cmc. + formalină 1 cmc. pentru glicogen; — Susa, Orth, Dominici, Bouin, Dubosco, — Brasil, etc. Apoi parafină sau celoidină, etc.

**Prepararea** bolnavului trebue făcută cu foarte multă grijă:

1. hemogramă complectă, cu determinarea timpului de coagulare şi sângerare, număr de plachete, eventual viteza de sedimentare; examenele aceste vor fi făcute cu 4—5 zile înainte:

2. un calmant general şi o bună anestezie locală, aşa ca mişcările respiraţiei să fie egale, rare şi dacă posibil chiar suspendate voluntar în timpul puncţiei;

3. puncţia se va face într'o sală de pansamente sterile, cu toată liniştea şi reculegerea necesară, nici-odată în plin salon sau sală de consultaţii.

4. E preferabil de îmbunătăţit coagulabilitatea sângelui prin unul din medicamente cunoscute, făcând şi un nou control hematologic.

**Indicaţii**: afecţii hepatice metabolice sau infecţioase.

**Contraindicaţii severe**: diateze şi stări hemoragipare; nervozitate extremă; afecţii susceptibile de necroză hepatică, procese infecţioase ale peritoneului sau peretelui;

**Contra indicaţii relative**: hiperhemia de stază.

**Pericole**: hemoragia prin dilacerarea ţesutului hepatic sau interesarea unui trunchiu vascular voluminos.

La indivizi sub 40 de ani, cu un parenchim relativ bine păstrat, hemoragia, chiar dacă se produce, se opreşte dela sine.

**Evitate, în mod absolut,** deplasările canulei în diferite sensuri, sau reimplantarea ei prin devierea tractului. De preferat o altă puncţie, mai sus ori mai jos, în aceeaşi şedinţă, sau refăcută puncţia a doua zi.

**Luând toate aceste precauţii,** foarte simple şi logice, accidentele sunt nule.

Câteva cuvinte asupra numelui. In literatura germană se vorbeşte de puncţia ficatului; iar rezultatul e denumit: punctat.

Credem că trebue evitată o confuzie cu obişnuitele şi simplele puncţii exploratoare în căutarea unui abces, unor paraziţi, etc. O puncţie, făcută cu acul simplu, chiar dacă este relativ gros, poate aduce şi câteva celule hepatice; **dar acestea nu formează niciodată complexe tisulare continui,** cu păstrarea arhitecturii lobulare şi peri-portale, nici nu permit culegerea unui material apt pentru includere la parafină ori celoidină, necum tecnici micrografice speciale şi variate.

Din potrivă, metoda Roholm-Iversen diferă esenţial de puncţiile simple, prin rezultatul lor, care este acelaş ca al unei biopsii, făcute însă în profunzimea ficatului.

Deaceia ni se pare îndreptăţit şi necesar a-i da un nume distinct; ne-am oprit la numele de bio-punctură, spre a asocia noţiunea **biopsiei** cu noţiunea unui anume fel de **puncţie.**

Bio-punctură hepatică, aducând ţesut din profunzime, va permite o cunoaştere mult mai aproape de adevăr decât puncţiile făcute pe marginea anterioară, în cursul unei laparatomii.

De altfel Beitzke, Rössle şi alţii au ridicat obiecţii importante contra unor asemenea biopsii marginale, cari totdeauna arată alt tablou decât restul ficatului.

Bio-punctura hepatică va fi de cel mai mare folos pentru a elucida citogeneza multor leziuni hepatice, şi mai ales va da noţiunea adevăratului ciclu evolutiv al acelor leziuni.

Rectificând concepţiile noastre patogenice, în mod inevitabil vor suferi o rectificare şi metodele de prevenire ca şi de tratare a acestor boli.

BIBLIOGRAFIE

*Roholm K: P. Iversen*: Acta pathol. Scandinavica 1939, vol. 16, 427; Verhandl. deutsch. Gesell. f. inner. Med. 1939, XY. — *Roholm K., N. B. Krarup & P. Iversen*: Ergebn inn. Med. 1942, vol. 61 — *Iversen P. & K. Roholm*: Acta med. Scand. 1939, 102, 1. — *Krarup N. B. & K. Roholm*: Acta Med. Scand, 1941, 108, 306.

# METODE EMPIRICE INTREBUINŢATE LA NOI IN ŢARĂ PENTRU A PROVOCA AVORTURI

de

**D-r FENEŞANU I.**
Medic al spitalului Orşova

Provocarea avorturilor la noi în ţară în ultimul deceniu se face pe o scară întinsă. Prin noile legiuiri prin care se interzice provocare de avorturi, decât numai în cazuri bine indicate şi cu înştiinţarea şi aprobarea parchetelor, şi punându-se restricţii cu pedepse destul de aspre, medicii evită din ce în ce mai mult aceste intervenţii atât de remuneratoare pentru dânşii.

Totuşi nu s'a putut pune stavilă acestor provocări de avorturi, care au început a deveni o plagă chiar până în adâncul satelor curat româneşti.

Pentru aceasta s'au inventat tot felul de procedee dela cele mai bizare până la cele mai apropiate de actul operator adevărat. Toţi medicii de spitale au ocazie se vadă dezastre dintre care numai unele, căci nu toate se prezintă la spital pentru a fi salvate din ghiarele morţii.

Ba mai mult; am constatat în ultima vreme alt obiceiu; îşi provoacă singură avortul şi apoi imediat ce încep hemoragiile uterine, se prezintă la medicul spitalului pentru a i se complecta avortul în mod chirurgical.

Asemenea cazuri am văzut şi în regiunea Banatului şi în regiunea Munteniei unde am funcţionat ca medic de spital. Având de îngrijit numeroase asemenea cazuri în practica de spital timp de peste 12 ani, am început să fac o anchetă între aceste cazuri, dela care la început nu pot avea nici o informaţie, însă după toate asigurările şi mai ales după ce sunt salvate încep tainele destăinuirilor cum şi cine a provocat aceste avorturi. Văzând toată varietatea acestor procedee am căutat a le aduna şi cred că este nimerit a fi aduse la cunoştinţă pentru a se putea lua toate măsurile de rigoare, pentru a salva elementul biologic-românesc atât de necesar în timpurile actuale şi chiar cel mai vital în satele noastre curat româneşti.

Clasificând tot materialul adunat, aceste metode se pot împărţi în trei mari categorii:

1. Prin introducerea în colul uterin de diferite obiecte.
2. Luare de diferite medicamente, buruieni pe cale bucală sau irigaţie vaginală.
3. Traumatizme abdominale, sau aplicarea pe abdomen a diferitelor obiecte sau cataplazme.

1. **Introducerea de diferite obiecte în colul uterin:** Cele mai frecvente cazuri sunt acestea, putem spune 70—80%. După felul obiectelor le putem grupa în trei categorii mari: a) Diferite rădăcini de plante cari au deobicei forma lungă şi de diferite grosimi, astfel rădăcini de leandru, de muşcată, de pătrunjel etc. Cele mai obişnuite sunt rădăcinele de muşcat. Cele mai periculoase sunt de alt fel rădăcinele de pătrunjel, recunoscute şi în popor ca cele mai veninoase.

Am avut ocazia să văd două cazuri, amândouă mortale. Nu s'a putut face nimic, cu tot arsenalul terapeutic modern şi au toate sforţările depuse pentru salvare. Una din bolnave era soţia unui măcelar cu stare materială foarte bună, şi-a provocat singură acest avort.

Rădăcinele sunt întrebuinţate fie naturale cum sunt scoase din pământ după ce sunt spălate cu apă, altele nici atât, fie că sunt curăţite de coajă şi făcute mai subţiri şi ascuţite pentru introducerea în colul uterin.

Diferite obiecte de lemn sau metalice: In primul rând se situează provocarea avorturilor cu fusul care aproape a devenit clasică, sau diferite bucăţi de lemn ascuţit special şi de diferite grăsimi pentru introducerea în colul uterin. Fiecare are credinţa ca anumită categorie de lemn are efectul dorit. Astfel întrebuinţează: salcie (moale) alun, stejar (un singur caz) frasinul. Lemnul de nuc nu este întrebuinţat deloc fiind chiar evitat, socotit ca aducător de rele.

Obiectele de lemn sunt întrebuinţate deasemenea fie naturale cu coaja respectivă, fie că sunt făcute special, ascuţite pentru a putea fi introduse în colul uterin. Bine înţeles că toate aceste obiecte, sunt introduse fără nici o prealabilă pregătire de dezinfecţie, atât organelor genitale cât şi a acestor obiecte.

3. Obiectele metalice, sunt de obicei diferite bucăţi de fier, alumin, lungi ascuţite, începând dela sârme, cuie, ace de cap etc., tot ce mintea omenească nu-şi poate închipui să întrebuinţează numai pentru a suprima naşterea unui copil. Una din paciente, care a fost salvată dela o infecţie foarte gravă, ne-a arătat obiectul criminal, o bucată de tuciu lungă şi ascuţită la vârf pe care a găsit-o pe drum complect ruginită. După declaraţia bolnavei, acest obiect a fost numai spălat în apă rece, nici caldă şi apoi introdus în col. Acest instrument devenise ceva foarte apreciat la toate cunoştinţele, căci o serie întreagă de gravide şi-au provocat avortul cu el. Bine înţeles că era ţinut în pupitru mesei cu toate celelalte obiecte casnice, la nevoie era scos şi spălat.

In partea de sud a Banatului am întâlnit înpământenit un instrument chirurgical care a fost creiat pentru alte scopuri, anume sonda uretrală feminină, acest instrument să întrebuinţează foarte mult şi în foarte multe sate şi o numesc „MAŞINA". Cele mai dese cazuri sunt provocate cu acest obiect care deasemenea este introdus în colul uterin.

Toate aceste obiecte sunt introduse în colul uterin fără cea mai mică măsură de sterilizare, căci de obiceiu nu au nici o noţiune despre aceasta. Intr'un sat „Eşelniţa-Severin" am întâlnit la o femee o maşină (Sonda uretrală femenină) care ştia un singur lucru, că după fiecare operaţie (provocare de avort) să o pună să fiarbă ca apoi s'o păstreze într'un sertar împreună cu toţi nasturii şi obiectele de croitorie. Unui coleg i-a dispărut din cabinet în repetate rânduri, sonda uretrală şi mi-a mărturisit că numai anumite persoane care întrebuinţează cu siguranţă la provocare de avorturi, aceasta este părerea confratelui care iarăşi a întâlnit numeroase cazuri provocate cu „Maşina", i-au sustras-o.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Am întâlnit o femee care şi-a provocat de trei ori avorturi cu un fel de foarfecă destul de ruginită pe care după ce o introducea în colul uterin destul de adânc o dilată până la producerea de dureri la maximum când era convinsă că efectul se va produce, care de două ori a avut rezultatul dorit, însă a treia oară s'a prezentat la spital cu o infecţie puerperală foarte gravă.

Din Serbia, comuna Techia, s'a prezentat o femee cu un avort incomplet care mi-a mărturisit că şi-a provocat în repetate rânduri avorturi cu o canulă rectală pentru clisme pe care o introducea în uter pe deget prin colul uterin şi o lăsa acolo o noapte, iar a doua zi o scotea când pornea hemoragia care mergea două-trei săptămâni, canula era spălată numai cu apă caldă. Insă tot cu aceeaşi canulă făcea şi clismele necesare în sat.

Inainte de a trece mai departe trebuie să amintesc că s'a mers şi mai departe la introducerea de anumite substanţe prin col în uter, imaginând tot felul de pompe. Astfel în comuna Mehadia-Severin, am găsit un fel de pompă dela maşina de cusut căreia i-a făcut o ţeavă lungă de 12—15 cm. special pentru a ajunge la col şi a fi introdusă în orificiul colului. O bolnavă al cărei soţ fusese sanitar în armată avea o siringă record de 5 cm. adusă de soţul ei şi căreia îi făcuse tot soţul la un mecanic din comună o tijă tubulară, lungă de aproximativ de 18—20 cm. care se adapta la această seringă, introducând-o tot în colul uterin, făcuse chiar o meserie din aceasta, mărturisindu-mi că câştiga foarte frumos, căci veneau din toată regiunea, femeile să le scape de „necaz" până când a căzut ea personal victima acestei practici cu o infecţie foarte gravă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Substanţele introduse sunt diferite. Am întâlnit, camfor, tinctura de iod concentrată, soluţia de sulfat de cupru concentrată, ţuică cu „tărnăbor"?, apa de var, urină, cu siguranţă gama acestor substanţe trebuie să fie şi mai mare.

Intâlnind aceste cazuri multiple de introducerea de obiecte în colul uterin, mi-am pus întrebarea cum izbutesc să introducă, căci noi medicii cu tot instrumentarul la dispoziţie uneori cu greutate izbutim găsirea colului uterin.

Astfel prin diferite anchete mărturisindu-mi numai unele din bolnave am putut găsi felul cum execută aceste operaţii. Aceste obiecte sunt introduse în colul uterin, fie de a doua persoană care este considerată ca expertă. Aceasta fără nici un speculum, fără nici un instrument, face tuşeul vaginal palpând colul uterin cu indexul şi pe el îl serveşte ca conducător al acestor obiecte pe care le introduc prin col în uter.

Sau îşi introduc singure fie culcate fie în picioare. Iată cum îmi descrie una din expertele satului cum îşi provoacă singură avortul stând în picioare. „Stau în picioare cu un scaun în faţa mea, un picior îl pun pe scaun celălalt jos, îmi introduc mâna stângă cu degetul arătător în trup (vagin) până ating gâtul mitrei, unde simt deschizătura apoi cu mâna dreaptă îmi introduc maşina pe degetul stâng în mitră". Câţi dintre medici nu ştiu să facă un tuşeu vaginal?

La toate bolnavele prezentate cu complicaţii în urma acestor provocări de avorturi, găsim la examenul colului toată gama leziunilor dela simple plăgi înţepate până la rupturi destul de apreciabile ale colului, vaginului şi fundurilor de sac, deobicei difierizate, infectate, aceeaşi gamă a infecţiilor puerperale.

Toate aceste obiecte isbutind a fi introduse în uter produc, 1) deschiderea colului uterin, apoi, 2) omorârea oului conceput, 3) hemoragii uterine până la epuizare, anemii, resturi placentare, infecţii, 4) eroziuni simple ale vaginului, colului, până la perforaţii uterine, produse de aceste obiecte.

Tot la acest capitol, putem adăuga şi câteva metode întrebuinţate empiric pentru a împedica creerea concepţiei. Astfel întrebuinţează spălături cu apă simplă vaginală sau cu diferite medicamente în diferite concentraţii, cari produc adevărate arsuri vaginale. Astfel întrebuinţează soluţii de caliu hipermanganic, acid acetic, ojet tare, sulfat de cupru, natrium bicarbonic, acid oxalic etc. Am întâlnit chiar o doamnă care face irigaţii cu urină. Aceste spălături vaginale le fac fie înainte de contactul sexual fie după contact sau unele, din motive de siguranţă şi mai mare le fac şi înainte şi după contact.

Sau introduc în vagin înainte contactului sexual tot felul de substanţe sau obiecte. Din anchetele făcute am întâlnit dela pastilele anticonceptionale vândute la întâmplare prin farmacii, natrium bicarbonic praf, sulfat de cupru pisât, pământ galben. Am întâlnit o femee cu vaginul complect ars din cauza sulfatului de cupru introdus înainte de contactul sexual după expresia femeii. Am introdus „ca o mână bună". Am mai întâlnit tampoane de vată de pânză, de cârpe, care erau complect infectate. Majoritatea ştiu ca să le scoată singure. Am găsit aceste obiecte după o zi două sau chiar după şase luni. Eram extern în serviciul regretatului D-r. Angheloviei Spitalul Colentina, când s'a prezentat o femee care fiind examinată s'a găsit în fundul vaginului o bucată de burete care când a fost scos afară a exalat un miros îngrozitor. Bolnava a mărturisit că l'a introdus de vre-o 6—8 luni ca să nu mai facă copii.

Un obiceiu foarte răspândit printre „cucoane" în partea de sud a Banatului, este ca să întrebuinţeze: Acid boric şi chinină sulfurică în părţi egale, cam două-trei grame şi acest amestec se pune pe glandul penisului înainte de contactul sexual. Un alt obicei este de a introduce în vagin înainte de contact butir cacao, însă din cauza războiului, nemai găsindu-se au imaginat şi introduc „Seu de oaie sau de capră". Imaginaţia femeilor este mare.

2. **Pe cale bucală. Medicamente şi diferite buruieni.** Cel mai răspândit medicament abortiv, putem spune universal, este chinina care se ea în diferite cantităţi (2—3 pastile pe zi timp de câteva zile) uneori chiar până la intoxicaţie. Mi-a fost prezentată o femee cu stare toxică destul de gravă în urmă acestei îndrăzneli cu erupţii urticariene, vărsături, stare de prostaţie nemai putând face o mişcare

BCU Cluj / Central University Library Cluj

căci îi provoca vertije care îi dădeau impresia că se prăbuşeşte, a luat seara la culcare 15 pastile de 0,50 cgr. odată.

O altă categorie putem spune tot atât de însemnată ca şi chinina o constitue picăturile abortive (Aloes, sabina etc) care sunt vândute de către farmaciştii fără nici o indicaţie medicală şi terapeutică ci numai din avântul de a câştiga. Majoritatea femeilor mai ales de când cu noua lege, trec pela farmacii şi-şi mărturisesc păsul, la care farmaciştii sunt imediat cu sfaturile şi buna voinţă şi le dau aceste două categorii de abortive, chinina şi picăturile abortive.

Expunând aceste două categorii oarecum ştiinţifice urmează apoi o serie întreagă de alte procedee empirice. Un obicei foarte mult practicat este drojdia de bere, pe care o întrebuinţează asociată sau singură. Astfel voi reda câteva reţete întâlnite la femeile cu avorturi care s'au prezentat la spital.

1. Drojdii de bere de 10 lei care se pune într'un „Deţ" de rom, care se lasă să fermenteze de seară până în dimineaţă, apoi se bea pe nemâncate. 2) Drojdii de bere făcute mici gogoloaşe 10-12 bucăţi şi se bea cu jumătate kgr. ţuică fiartă. 3) Infuzii de ceai de leandru din frunze, jumătate de kgr., care se bea sau singură sau asociată cu drojdii de bere de 10 lei. Infuzia de leandru, provoacă dureri mari abdominale.

Toate acestea sunt asociate cu băi calde generale sau de obicei numai ale bazinului, punând în băi, diferite frunze, rădăcini, coji de arbori ca de frasin, anin, rădăcini de pătrunjel, floare de fân, muştar sau tărâţe cu sare foarte multă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Toate medicamentele şi operaţiile anexe sunt făcute seara la culcare căci femeile sunt convinse că efectul este mult mai puternic în timpul nopţii.

**3. Treumatizmele abdominale, lombare şi aplicarea pe abdomen a diferitelor cataplazme.**

Se fac diferite masajii pe abdomen în regiunea hipogastrică. Unele fac numai pe abdomen, căutând să traumatizeze uterul gravid. Am întâlnit în comuna Topleţ-Severin o femee recunoscută de altfel pe toată regiunea ca cea mai expertă în provocarea avorturilor, care întrebuinţa palparea bimanuală cu mâna stângă făcea tuşeul vaginal căutând a forţa colul uterin, iar cu mâna dreaptă căuta să prindă uterul să-l exprime ca pe un sâmbure de cireaşa şi în felul acesta provoca majoritatea avorturilor. Ea dealtfel întrebuinţa metodele de introducere de tot felul de obiecte în colul uterin. Improvizase chiar o masă specială pentru exercitarea funcţiunei. Dealtfel şi-a plătit păcatele fiind condamnată de organele de justiţie aşa cum merita. Tot în comuna Topleţ am întâlnit o altă femee care mi-a mărturisit că pentru a-şi produce „lepădătura" se punea cu regiunea abdominală hipogastrică la un colţ de masă şi presa cu putere cât putea până la dureri maxime. Aceasta era manevra complimentară pe lângă introducerea de obiecte în colul uterin.

Pe lângă masajele abdominale, am întâlnit câteva cazuri când asociau primele masajele abdominale cu masajele dorso-lombare mergând până a fi culcate pe abdomen şi călcate cu picioarele cu toată greutatea corpului omenesc. Credinţa era căci cu cât durerea este mai mare cu atât efectul mai sigur. In comuna Ogradenia Veche am întâlnit un caz când o femee întrebuinţa un instrument de spălat rufele la ţară pentru masaejle abdominale şi bătăile pe şale, instrument numit „Maiul".

Pentru a produce congestiile organelor genitale, în deosebi ale uterului am întâlnit foarte răspândit în Banat, Muntenia chiar în Moldova, cataplasme cu „baligă de cal proaspăt" sau şi mai frecvent pământ galben pe abdomen în regiunea hipogastrică. Pe care le lega seara şi era ţinut până dimineaţa. Aceste sunt muiate fie cu oţet fie cu ţuică sau leşie sau chiar cu urină.

Avorturile sunt provocate începând din primele zile de întârziere a menstruaţiei, până la sarcinile de 4-5 luni. La început sunt convinse că se pot produce prin băuturi, masagii abdominale lombare apoi se recurge la celelalte procedee descrise.

Rezultatul acestor procedee sunt metroragiile, cari durează cu săptămânile, lunile, după cum am amintit. Toate femeile ştiu c'au scăpat de „necaz" când încep să aibe hemoragii multiple, care la unele sunt foarte abundente până la epuizare. Organizmul se apără eliminând cu timpul resturile, însă majoritatea rămân cu tare ginicologice pe care le întâlnim la femeile noastre de ţară şi oraşe. Este atât de înrădăcinată, ideea că dacă n'au hemoragii după avorturi, cred că rezultatul este negativ, astfel la una din pacienţe căreia i s'a indicat un raclaj terapeutic, a venit la trei patru zile după raclai foarte indignată că nu a avut scurgerea roşie şi ea este gravidă. După multe explicaţii a plecat cu expresia „Voi vedea la lună".

BCU Cluj / Central University Library Cluj

După cum am amintit dela început toate aceste procedee se întrebuinţează de către femei la ţară, sau în oraşele noastre curat. româneşti. Am întâlnit foarte multe cazuri la învăţătoare chiar şi la soţii de ofiţeri etc. etc.

Cauzele acestor provocări în linii mari şi generale fără a intra în amănunte căci trebuiesc articole cu totul aparte, din anchetele făcute sunt: 1) Comoditatea de a nu fi ocupate cu îngrijirea copilului şi deaicea obiceiul de a nu avea decât unul sau doi copii.

2. Lipsa mijloacelor materiale.

Prin acest mic articol de revistă, nu avem pretenţia a fi epuizat imaginaţia femeilor pentru a distruge „Viaţa omenească" şi cred că sunt încă multe necunoscute, deaceea rog a fi adunate şi publicate pentru a se putea lua toate măsurile de către Stat de apărare din punct de vedere social, eugenic şi biologic a elementului curat românesc. Căci aceste procedee fac ravagii în populaţia feminină curat românească din satele noastre româneşti.

*Serviciul II Chirurgical*
*Spitalul D-r A. Cândea-Timişoara*

# PRINCIPII DIRECTOARE IN TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL CANCERULUI DE SAN

de

**ALEX. LAMBESCU**
**Chirurg primar**

Este vorba, în acest articol, despre revizuirea tehnicilor chirurgicale în amputarea sânului canceros. HALSTED-ul nu întruneşte toate condiţiunile unei bune extirpări.

Autorul expune noile principii şi recomandă tehnica descrisă de DUCUING.

Observând în practica spitalicească rezultatele mediocre obţinute după amputaţia sânului canceros prin metoda **Halsted**, cum remarcă pe bună dreptate **Ducuing, Gouzi, Lazorthes** şi **Robert Danis**, s'au căutat cauzele deficienţei acestui procedeu operator. Autorii, între cari **Handley, Depage** şi **Danis, Duval, Redon, Bernard**, etc. au ajuns, din acest punct de vedere, la următoarele concluzii:

1. **Halsted** excizează incomplect pielea şi ţesutul celular axilar, precum şi marele dinţat.
2. Nu rezecă aponevrozele.
3. Nu extirpă subclaviarul.
4. Nu face complecta exereză a pelotonului grăsos retro-vascular.

— In adevăr exereza pielei, care acopere bordul extern al marelui pectoral este necesară din cauza grupului ganglionar (3—5 ganglioni) descris de **Sorgius**, iar exereza cutanată a golului axilar este comandată de aderenţa grupului central la inserţia cutanată a ligamentului suspensor descris de **Gerdy**. Această conduită în exereza tegumentară reduce şansele de recidivă locală.

— Drumul subaponevrotic bazat pe concepţia lui **Handley**, duce pe sub aponevroza marelui dorsal, marelui rotund şi subscapularului înapoi pe sub aponevroza marelui dinţat înăuntru şi pe sub aponevroza peretelui brahial.

— Digitaţiunile marelui dinţat vor fi rezecate, în special digitaţia 4-a care cuprinde în grosimea ei ganglionii lui **Bartels**, acţiune care comandă sacrificiul nervului marelui dinţat.

— **Handley** consideră regiunea epigastrică, drept „triunghiu periculos" din cauza propagării limfatice şi recomandă extirparea aponevrozei marelui drept al abdomenului.

Această chestiune a fost multă vreme nelămurită. Astăzi însă în disputa dintre anatomişti şi clinicieni, au câştigat cei din urmă. Iată cum se exprimă această dispută în Anatomia lui **Gray** tradusă şi adnotată de **Popa Grigore**:

„Vasele limfatice din părţile mediale şi inferioare a glandei mamare se anastomozează cu un plex limfatic depe teaca porţiunei superioare a dreptului abdominal şi depe faţa anterioară a liniei albe, între apendicele xifoid al sternului şi al şaptelea cartilaj costal. Deşi

BCU Cluj / Central University Library Cluj

nu s'au pus în evidenţă comunicări directe între acest plex şi vasele limfatice din ţesutul areolar subperitoneal, prin injecţii, investigaţiile clinice şi patologice ale lui W. Sampson Handley nu lasă nici o îndoială asupra existenţei lor".

Din 29 de cazuri de neoplasm mamar operate şi urmărite, am observat că recidiva şi metastaza au avut loc după cum urmează:

La coloana vertebrală 2 cazuri (deci în 7% )
La pulmon în 3 cazuri ( „ „ 10% )
In cicatrice în 8 cazuri ( „ „ 27% )

Din aceste complicaţii, în sumă de 13 bolnave, cari au revenit, una singură a fost operată cu technica Depage-Danis şi aceasta a avut metastază în pulmon.

Din acest scurt expozeu, reese clar că trebue să ne revizuim technica în ceiace priveşte metoda de ales atunci când amputăm un sân canceros.

De netăgăduit că şi în această chestiune există defetişti, cari vor propovădui numai amputaţia simplă a sânului cu tratament radiologic pe sistemul limfatic loco-regional. Argumentele lor sunt arhicunoscute: cancerul mamar este foarte grav şi mai devreme sau mai târziu, exitusul va fi finalul tragediei; radiologia face operă mai blândă sterilizând sistemul limfatic loco-regional pe care chirurgul îl brutalizează mobilizând celula neoplazică.

In faţa acestor argumente defetiste, trebuie în adevăr să recunoaştem o oarecare realitate, însă când diagnosticul s'a făcut precoce sau cel puţin oportun şi când operaţia s'a executat anatomic, cu interceptarea tuturor căilor limfatice, chirurgia a reuşit să reducă numărul recidivelor sau al matastazelor.

Technica cea mai bună ni se pare technica descrisă de Ducuing în anul 1936. (Technique Chirurgicale Nr. 10). Este în adevăr o technică mutilantă. Inşişi autorii recunosc că „Les opérées sont — elles plus fatiguees par la première opération décrite que par le Halsted ordinaire". Afară de aceasta accidentele imediate provocate de sacrificiul filetelor nervoase, precum şi accidentele secundare ca hematomul subclavicular, sfacelul pielei şi flebita postoperatorie sunt mai dese.

Rezultatele îndepărtate însă sunt mult mai bune. Din mica statistică ce o prezint se constată că din cele 13 recidive-metastaze, 12 au survenit după Halsted simplu şi numai una după Halsted modificat.

**Principi direttivi nel trattamento chirurgico del cancero alla mammella.**

In questo articolo si tratta della revisione delle diverse tecniche chirurgiche nell'amputazione della mammella affetta di cancro. Lo Halsted non riunisce tutte le condizioni di una buona estirpazione.

L'autore espone i nuovi principi e raccomanda la tecnica descritta da **Ducuing.**

**Principes directrices dans le traitement chirurgical du cancer mamaire.**

Il s'agit de la révision de nos techniques chirurgicales dans l'amputation du sein cancéreux. Le Halsted n'accomplit pas toutes les conditions d'une bonne exérèse.

L'auteur expose les nouveaux principes et vante la technique decrite par **Ducuing.**

*Spitalul Boldescu-Ploeşti*
*Medic Director: D-r Mircea Botez*

# MASTOIDITA SUGARULUI

de

**T. LUPESCU** şi **L. C. BĂIANU**

Mastoidita sugarului este rară. La această etate celulele mastoidiene nu sunt desvoltate şi avem de a face mai mult cu o antrită decât cu o mastoidită.

**Noţiuni de anatomie.** Proecţia antrului pe peretele extern al apofizei mastoidiene este diferită ca la copii şi la adult. El se găseşte mai sus. După Ramadier, antrul şi aditusul sunt aşa de sus situate încât linia temporalis trece aproape prin centrul proecţiei antrului.

Cea mai favorabilă suprafaţă de atac însă este cea intermediară, între cea a adultului şi cea descrisă mai sus.

Punctul de reper este pata spongioasă sau criblată, cu atât mai vizibilă cu cât copilul este mai tânăr, pată care totdeauna este situată la nivelul antrului şi constitue deci reper preţios. Această pată se prezintă ca o lamă depresibilă, friabilă, ciuruită de găuri vasculare. Este situată mai întâiu deasupra conductului, apoi deasupra şi în urmă şi în fine în urma spinei lui Henle. Ea se plasează deci, pe măsură ce subiectul avansează în etate, pentru a se duce în jos şi în urmă, pe o circonferinţă la meatul auditiv. (Broca).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Antrul este aşezat superficial aproape chiar sub corticala externă a mastoidei.

**Agentul patogen.** Aproape totdeauna este în cauză pneumococul mai rar streptococul.

Pneumococul comun produce o mastoidită de gravitate medie în general mai benignă decât mastoidita cu streptococ. De cele mai multe ori coexistă cu streptococul.

**Etiologie.** Cauzele mastoiditei sugarului sunt aceleaşi ca şi la adult.

Otita noului născut este foarte rară, evoluţia ei fiind benignă, vindecarea rapidă, pe când otita sugarului este fie o otită acută clasică fie o formă latentă, otita medie latentă a sugarilor. Este caracteristic că această otită nu are tendinţă la perforaţia timpanului.

Din această cauză se produc complicaţiuni mastoidiene ori cerebrale, complicaţiuni generale, survenind o atrepsie cu turburări gastrointestinale.

**Simptome.** Mastoidita sugarului are un aspect clinic diferit. Este mai mult o antrită căci celulele mastoidiene nu sunt încă formate. Antrul fiind aşezat superficial, mastoidita are mare tendinţă la exteriorizare, care se face rapid la nivelul petei criblate.

Mastoidita este adesea insidioasă, fără simptome generale, atunci când s'a exteriorizat.

Pielea este întinsă, roşie chiar violacee şi cuprinde toată regiunea mastoidiană, adesea se întinde chiar la fosa temporală.

De foarte multe ori mastoidita există fără otoree prealabilă. Pe 9 cazuri operate de Steinbereger, numai 2 au avut otoree iar 7 (deci 77%) nu aveau nici o scurgere auriculară. Salamo din 150 mastoidite în prima copilărie a găsit 32 fără otoree. A. Brindel a văzut deasemenea mastoidite declarate fără otoree prealabilă.

Supurația antrului distruge corticala osoasă și traversează peretele extern al mastoidei prin trepanația spontană. La sugar acest fapt este ușor căci acoperișul antrului este reprezentat prin pata cribla'ă.

La acest nivel se constitue un abces situat în mai multe poziții fie franc înapoia urechii ori profund între mastoidă și conductul auditiv membranos.

Abcesul părților moi poate difuza în 3 direcții principale temporal, occipital și în jos. Poate da aceleaș complicațiuni ca la adult. Mastoidita poate recidiva.

**Diagnosticul.** Nu este așa de ușor. De obiceiu se pune în momentul când apare umflarea retro-auriculară și chiar atunci poate fi confundată.

De mare valoare este semnul lui Jacques, adică ștergerea pliurilor de flexiune ale pavilionului, a șanțului retro-auricular în mastoidită, existența și exagerarea lor în limfangită.

**Prognosticul.** Este grav. Totuși intervenția asupra mastoidei este ușoară chiar fără anestezie. S'au semnalat morți subite după intervenție, prin sindromul de „hipertermie și paloare" care duce în unele cazuri la moarte. La 5—6 ore după operație, temperatura urcă la $41^0$—$42^0$ și se însoțește de paloare intensă a tegumentelor feței. S'au notat vindecări spontane. Puncția lombară (Bertoin) s'a încercat cu bune rezultate.

Patogenia ar consista într'un dezechilibru al centrilor termogeni deoarece sugarul nu prezintă încă mecanismul regulării termice, disproporționate cu intensitatea lor (Buzoianu).

S'au descris antrite supurate complicate au osteomielita temporalului.

După Maurice Renaud există și o otită latentă care invadează stânca și această otită ar fi responsabilă de numeroase sindrome infecțioase rău cunoscute încă la sugari, care conduc fatal la atrepsie.

**Tratament.** — Este cel operator.

Este bine să ne abținem dela anestezie. Să operăm cât mai repede. Bine făcută intervenția nu durează mai mult de 2-3 minute. Se va întrebuința numai cureta căci antrul este foarte superficial, imediat sub tabla externă.

In cazul când se găsește o fistulă masttoidiană, cum se întâmplă deobiceiu, se pătrunde ușor cu cureta în antru, fistula fiind de cele mai multe ori chiar în dreptul antrului. Se ridică fongozitățile curetându-se cu grije. Se introduce o meșă de tifon, se pune ori nu un punct de sutură la marginea superioară a plăgii și se trage o fașă.

Să nu uităm că la sugar antrul se găsește mai sus decât la adult ori chiar la copii mai mari.

Ca punct de reper avem pata ciuruită.

## Observaţie clinică.

Sugarul V. O. în etate de 4 luni este adus pentru o umflătură retro-auriculară stângă. Observăm corpul plin de erupţie papulo-pustuloasă mai accentuată în tălpi iar pe pielea capului crusto groase de impetigo.

Ţesutul celulo-adipos foarte redus, o stare de atrepsie. Copilul este bolnav de circa 3 săptămâni cu febră, turburări gastrice, şi cu tot tratamentul prescris de medici internişti, copilul slăbeşte mereu.

In spatele urechii stângi se vede o uşoară bombare cu impăstarea ţegumentelor de culoare mai roşie decât restul corpului.

Nu prezintă nici o scurgere auriculară. Ne-a făcut impresia unei adenopatii retro-auriculare datorită erupţiei din cap şi văzând şi erupţia din talpele picioarelor am trimis pe mamă cu copilul să-i facă S. R. B. Wassemann.

După 48 de ore, când s'a prezentat cu rezultatul analizei „negativ", mama ne spune că a început să curgă puroiu în spatele urechii stângi. Mastoidita se exteriorizase. Am trimis copilul la spital pentru operaţie imediată. Mama însă s'a prezentat la spital după alte 48 de ore „având ceva treabă pe acasă".

Prin fistula care se vedea înapoia conductului auditiv stâng se scurgea puroiu. Pavilionul urechii era decolat şi ridicat, şanţurile şterse, deci semnul lui Jacques prezent. In conduct se vede puroiu, mama spunând că numai din acea dimineaţă a început să curgă puroiu prin ureche. Intr'adevăr la cele 2 vizite ale noastre anterioare nu se vedea nici o urmă de puroiu în conduct.

Se intervine fără anestezie. După decolarea periostului, se intră cu cureta în fistula care corespunde tocmai antrului ce era plin de fongozităţi.

Se curăţă bine, se drenează cu meşă. Se lasă plaga deschisă.

Intervenţia nu a durat mai mult de 2-3 minute. I se aplică şi sulfamidoterapie prin Eleudron câte 1/4 tablete de 6 ori pe zi.

Copilul suportă bine operaţia, imediat după operaţie cerând pieptul.

După 48 de ore se constată o vădită îndreptare în starea generală. Copilul este vioiu, febra dispărută, mama ne declară că copilul doarme şi mănâncă bine.

Spre surprinderea noastră observăm chiar după 48 de ore o ameliorare foarte accentuată a erupţiei.

Pustulele încep să se usuce, papulele dispar; chiar mama pacientului ne atrage atenţiunea.

Starea se înbunătăţeşte cu pansamentele următoare, ajungând ca odată cu vindecarea mastoiditei să se vindece şi erupţia.

Cazul de mai sus ni-l explicăm astfel:

Copilul a făcut o otită latentă care i-a dat febră, turburări gastro-intestinale, slăbiciune apoi atrepsie. Nimic nu atrăgea atenţia asupra urechei bolnave.

Tratamentul medicilor internişti nu a fost eficace, negăsindu-se cauza. Erupţia se accentua, febricita, atrepsia creştea, otita lentă a dat mastoidita care s'a exteriorizat, putându-se pune diagnosticul. Abia după exteriorizare începe şi scurgerea purulentă din casa timpanului. Cât de mult a rezistat timpanul.

Curăţind focarul mastoidian, erupţia începe să dispară, starea generală se înbunătăţeşte ca apoi totul să intre în ordine.

**Rezumat.**

Mastoidita sugarului este rară, gravă, se diagnostică după exteriorizare, care se face repede. Se operează uşor numai cu cureta. De multe ori nu este otoree prealabilă. Majoritatea operaţilor mor prin sindromul de hipertermie şi paloare.

Observaţia clinică este a unui sugar cu mastoidita exteriorizată, apoi apare scurgerea purulentă din urechea medie, operat în stare de atrepsie cu erupţie generalizată papulo-pustuloasă şi vindecat.

*Clinica Dermato-Sifiligrafică din Iaşi*
*Director Prof. D-r Gh. Năstase*

# SULFAMIDOTERAPIA ALBA SIMPLA ŞI ASOCIATA CU AUTO-HEMO-TERAPIA IN BOALA LUI NICOLAS-FAVRE, FORMA INGUINALA

de

**D-r MIRCEA MUNTEANU**
Medic secundar

Redând rezultatele obţinute pe 14 cazuri de Boala lui Nicolas-Favre, tratate cu sulfamide albe, autorul insistă asupra necesităţii utilizării dozelor masive şi hiper-masive, subliniind totodată superioritatea terapeutică a sulfamidelor albe şi mai ales a sulfathiasoturilor, faţă de cele roşii.

Terapeutica sulfamidată asociată cu autohemoterapia, grăbeşte ştergerea manifestărilor clinice, chiar utilizând în acest caz, sulfamide în cantităţi mult mai mici, constituind astfel un mare avantaj pentru timpurile de faţă, când sulfamidele se procură cu atâta de mare greutate.

Boala lui Nicolas Favre, în forma ei inguinală, de care ne ocupăm în rândurile de faţă, nu se bucură până acum de existenţa unui tratament specific.

Aşa se explică numeroasele medicamente şi diferitele metode de tratament încercate, toate însă cu rezultate mediocre sau submediocre.

Nu le mai menţionăm, niciunul din ele neconstituind un mijloc de tratament satisfăcător.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Din acest întreg arsenal terapeutic, sulfamidele, în ultimul timp au reţinut atenţia tuturor şi dela aceste produce chimice pare că se aşteaptă revoluţia tratamentului acestei afecţiuni.

Incurajaţi de frumoasele rezultate obţinute cu aceste preparate în diferite afecţiuni din medicina internă, chirurgie, oftalmologie, dermatologie[1]), autorii le-au aplicat şi sulfamidele au devenit tratamentul clasic în blenoragie şi şancărul moale[2]).

Dintre bolile venerice singura boală a lui Nicolas-Favre nu are un tratament specific.

Şi încercările nu au întârziat nici în această direcţiune.

**Ngyen Van Ngy**[3]), în documentata sa teză, arată acţiunea preparatului sulfamidat 693 aplicată sub formă de pulbere în ulceraţiunea formată după supuraţia adenitei limpfogranulomatoase.

**C. Levaditi**[4]), în lucrările sale pe şoareci, confirmă acţiunea

1) D-r V. COSTEA, D-r M. MUNTEANU şi C. N. ANDONI Recherches sur l'action des sulfamides dans le traitement de la trichofitie. Revue Medico-Chirurgicale de Iassy Nr. 1-2 | 1943.

2) D-r V. COSTEA şi D-r N FRANDIN: Un nou tratament al şancărului moale Mişcarea Medicală Română Nr 3-4 din 1942 pag 181.

3) NGYEN van NGY: Essai therapeutique de la limphogranulomatose inquinale et du bubon chancreleux par la 693 Thèze de Marseille 194..

4) C. LEVADITI: Chimiotherapie de la maladie de Nicolas et Favre experimentale. Comptes rendus de la Société de Biologie. Tom 128 938 pag 875-877

energică a. p. aminomenylsulfamidei în terapeutica limpfogranulomatozei experimentale [5]).

W. Frei [6]), în lecția inaugurală, discută valoarea reacției care-i poartă numele și afirmă apoi că în ceace privește tratamentul limphogranulomatozei inguinale subacute, chimioterapia este departe de a satisface, mai ales dacă se ține seamă de existența indiscutabilă a vindecărilor spontane și crede că un progres pare să-l constitue metoda lui Hellerström (practicarea intravenoasă a injecției cu vaccin).

Abeltrami [7]), arată rezultatele bune obținute asupra blenoragiei și asupra adenitelor veneriene (fără să precizeze dacă este vorba de adenita șancroasă sau limpfogranulomatoasă).

Dan Mucha [8]) — în 1914, publică două cazuri de boala lui Nicolas-Favre, în care arată rezultatele bune obținute prin tratamentul local cu sulfamide injectate, iar D-r. V. Costea și Frandin [9]) în Ianuarie 1943 publică un articol în România Medicală unde arată rezultatele excelente obținute cu Rubiazol administrat per os.

Prof. Iacobovici [10]), la congresul de chirurgie din Iași, confirmă această terapeutică și arată eficacitatea ei și în rectitele stenozante, subliniind în acelaș timp toleranța mare a organismului față de sulfamide.

Gh. Stoienescu și V. Nițulescu [11]) prezintă un caz vindecat cu injecție intra-ganglionare de Neouliron 10%.

Încercările noastre de tratament au fost făcute numai cu sulfamide albe (neazoice), pe un număr de 14 cazuri, pe care le enumărăm mai jos.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

OBS. I. — Soldatul italian T. V., etate 28 ani, intră în Clinică la 7 Febr. 1943 pentru o tumefacțiune în reg. inguinală dreaptă. In antecedente, nimic important.

**Istoric:** Afecțiunea durează de 3 săptămâni, începând cu tumefacțiune, durere și roșeață în reg. inguinală dreaptă, concomitent începând să febriciteze și să se simtă obosit.

**Starea prezentă:** In reg. ing. dreaptă prezintă o tumefacțiune mai mare decât o nucă, roșie dureroasă, cu temperatură locală și generală. Local se palpează deasupra arcadei ganglionul iliac mărit de volum și dureros la presiune.

Bolnavul se simte slăbit; faciesul palid. Ușoară anorexie.

Reacția Bordet Wassermann și Meinicke=negativă.

Intradermo-reacția Frei=pozitivă.

Se administrează per os timp de 5 zile câte 5 tablete de Neococil pe zi.

---

5) C. LEVADITI: Chimiothérapie de la limphogranulomatose experimentale. Comptes Rendus de la Société de Biologie Tom. 138 Nr. 16 Mai 1938 pag. 138-140.

6) W. FREI: Veneral limphogranuloma—The Journal Of the American Medical Association, Vol 110 Nr. 20 Mai 1938 pag. 1653.

7) A. BELTRAMI: Paramidosulfonamida în tratamentul bolilor veneriee-Giornale italiano di Dermatologia e sifilogia. V 79 Aprilie 938.

8) DAN MUCHA: România Medicală Nr. 1 | 1942.

9) D-r V. COSTEA și D-r N. FRANDIN: Tratamentul bolii lui Nicolas-Favre cu Rubiazol. România Medicală Nr. | 1943.

0) Prof. D-r IACOBOVICI: Tratamentul sulfamidat în rectitele stenozante Congresul de chirurgie din Iași din 1943.

11) GH. STOINESCU și V. NIȚULESCU: Contribuțiuni la tratamentul boalei lui Nicolas Favre. Mișcarea Medicală Română No. 3—4 din 1942 pag. 235.

Durerea dispare aproape complect, tumefacţiunea devine brună.

După 4 zile de pauză, se administrează din nou, timp de 5 zile, câte 6 tablete de Eleudron pe zi, după care bolnavul părăseşte Clinica, la 23 Fevr., vindecat.

OBS. 2. — Bolnavul P. C., elev la şcoala de elevi meseriaşi C.F.R., se prezintă la consultaţii la Dispensarul Atelierului C.F.R. Nicolina, pentru o tumefacţiune în reg. inguinală dreaptă, la 15 Fevr. 1943.

In antecedente, nimic important.

**Istoric:** Afecţiunea a început înainte cu o săptămână când ganglionii din reg. inguinală dreaptă s'au mărit de volum, pielea la nivelul lor a devenit roşie, cu temperatură locală şi generală. cu durere şi jenă în mers.

**Starea prezentă:** febricitează, astenic. In reg. inguinală dreaptă prezintă o tumefacţiune mai mică decât un ou de găină, roşie, dureroasă, jenând foarte mult la mers.

Ganglionul iliac respectiv, palpabil şi sensibil la presiune.

Intradermo-reacţia Frei=pozitivă.

Este pus la tratament per-os cu albucid luând 40 de tablete, în total, timp de 5 zile, după posologia recomandată pentru blenoragie.

Tumefacţiunea cedează aproape complect.

Revine la 5 Martie pentru control, complect vindecat.

OBS. 3. — Soldatul Gr. R., etate 23 ani, vine la Clinică pentru consultaţii în ziua de 19. I. 1943 pentru o tumefacţiune în reg. inguinală stg.

**Antecedente:** In 1940, a avut un şancăr sifilitic sero-negativ; iar în 1939 şi 1942, blenoragie.

**Istoric:** Cu o lună de zile înainte de spitalizare apare o mică tumefacţiune în reg. inguinală stg., la început nedureroasă, care se măreşte. După 3 săptămâni apar dureri, temperatură şi frisoane.

**Starea prezentă:** Astenic, febricitează sub 38 grade. In regiunea inguinală stg., prezintă o tumefacţiune de mărimea unui ou de găină, interesând şi ganglionii din reg. crurală, imediat sub arcadă, care formează un şanţ pe mijlocul tumefacţiunei. Pielea este roşie, aderentă la planurile profunde, iar întreaga regiune este dureroasă. Ganglionul iliac respectiv se simte la palpare şi este foarte sensibil la presiune.

Cluj University Library

Nu prezintă nicio leziune peniană.

Reacţia Bordet-Wassermann în sânge este=negativă.

Intradermo-reacţia Frei este=pozitivă.

Se administrează timp de 5 zile 40 tablete de Albucid după posologia indicată pentru blenoragie.

Tumefacţiunea a scăzut complect, durerea a dispărut, ganglionii inguinali nu se mai palpează, iar pielea la nivelul fostei tumefacţiuni a rămas brună.

OBS. 4. — S. G., etate 23 ani, student, vine la consultaţie la Clinică în ziua de 24 Ianuarie 1943 pentru tumefacţiune reg. ing. dreaptă.

**Antecedente pers.:** nimic important.

Afecţiunea durează de o lună de zile, începând prin a se tumefia reg. inguinală dr., cu dureri foarte mari. Face 10 injecţii cu Fuadin şi ia 3 zile câte 5 tablete prontozil pe zi. Durerile se potolesc şi nu mai jenează mersul.

Acum 4 zile a început să aibă din nou dureri şi să se mărească ganglionii aceleiaşi reg..

**Starea prezentă:** In reg. inguinală dreaptă prezintă o tumefacţiune ceva mai mare ca un ou de găină, roşie, foarte dureroasă.

Facies palid, astenie.

Nu prezintă nicio leziune genitală.

Reacţia Meinike în sânge=negativă.

Intradermo-reacţia Frei=pozitivă.

După aceeaşi posologie ca la celelalte observaţiuni, se administrează 40 tablete Albucid. Ultima zi de medicaţie bolnavul acuză o uşoară cefalee. Tumefacţiunea a scăzut mult, nedureroasă şi nu mai jenează la mers.

Bolnavul revine la 9 Feyruarie pentru control, vindecat.

OBS. 5. — Bolnavul C. Gr., student, în etate de 24 ani, se prezintă la 14 Ianuarie la Clinică, la consultaţii cu o tumefacţiune în reg. inguinală dreaptă.

In antecedente, nimic important.

**Istoric:** In urmă cu 2 săptămâni încep să i-se mărească ganglionii în reg. inguinală dreaptă, care a devenit roşie şi dureroasă la palpare.

**Starea prezentă:** In regiunea inguinală dreaptă prezintă o tumefacţiune de mărimea unui ou de găină, cu pielea aderentă, roşie, foarte dureroasă spontan şi la presiune. Febricitează.

Nu prezintă nicio leziune genitală.

Reacţia Meinicke în sânge=negativă.

Intradermo-reacţia Frei=pozitivă.

I se administrează timp de 4 zile 22 tablete Eubazinum, ultima zi luând numai 2 tablete, deoarece apar fenomene de intoleranţă (vărsături, cefalee, febră). A doua zi se înlocueşte Eubazinul cu Albucid, luând în 3 zile 20 tablete. In acest timp bolnavul se simte bine.

După o pauză de 5 zile, face o nouă cură de 40 tablete de Albucid, după posologia indicată la celelalte cazuri.

Bolnavul este complect vindecat şi nu mai prezintă nicio tulburare de ordin subiectiv.

OBS. 6. — Femeia N., E., etate 60 ani, se prezintă în ziua de 18.II.1943 la consultaţie la Clinică, pentru tumefacţiune în ambele reg. inguinale.

**Antecedente:** A avut 4 avorturi spontane şi cefalee în repetate rânduri.

Căsătorită a doua oară, soţul are blenoragie.

**Istoric:** Acum trei săptămâni, ambele regiuni inguinale au început să se mărească de volum şi să devină dureroase. Pofta de mâncare a diminuat, se simţea slăbită şi a început să febriciteze, fenomene care au fost puse pe socoteala unei gripe.

**Starea prezentă:** Febricitează puţin, limba uşor saburală. Anorexie, astenie. Ambele regiuni inguinale sunt mărite de volum mai cu seamă la dreapta, de culoare roşie, puţin fluctuente, pielea aderentă, nu se poate plisa, cu căldură locală, dureroasă şi cu jenă în mers.

In dreapta se palpează ganglionul iliac, care e dureros la presiune.

La examenul genital nu se vede nimic deosebit.

Reacţia Meinicke în sânge=negativă.

Intradermo-reacţia Frei=pozitivă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Incepând dela 19 Fevruarie, i se administrează timp de 6 zile câte 6 tablete de Albucid pe zi, iar a 7 zi 4 tablete.

Durerile s'au potolit, tumefacţiunea a cedat la stânga, iar la dreapta a perforat, iar prin orificiu s'a scurs un puroi murdar.

După o pauză de 7 zile i-se administrează din nou 40 de tablete de Albucid, după care adenita stg. cedează complect.

După 3 săptămâni femeia revine la consultaţie, scuzându-se că nu a putut să vină mai devreme, după cum o chemasem, ca să ne spună că este complect sănătoasă.

OBS. 7. — Bolnavul T. Gh., frânar C.F.R., în etate de 33 ani, intră în Clinică la 6 Martie 1943 pentru o eroziune în şanţul balano-prepuţial şi tumefacţiunea ambelor regiuni inguinale.

Antecedente, fără importanţă.

**Istoric:** Cu 4 săptămâni înainte de internare îi apare o mică eroziune în şanţul balano-prepuţial, iar după 2 săptămâni ambele reg. inguinale încep să tumefieze, îmbrăcând formă globuloasă, cu dimensiunile de 5/2 cm., cu tegumentele roşii, dureroase. Cefalee, insomnie.

**Starea prezentă:** Acuză uşoară anorexie şi astenie. In şanţul balano-prepuţial se observă e exulceraţiune cu baza subiacent indurată, conturul rotund, de culoare roşie. Prepuţul uşor edemaţiat.

In ambele regiuni inguinale, ganglionii sunt măriţi de volum, formând un bloc globulos-fuziform, cu tegumentele roşii, aderente, infiltrate şi edemaţiate. Masele ganglionare sunt aderente la planurile profunde. Acuză dureri spontane şi la presiune.

Bilateral se palpează ganglionii iliaci care sunt dureroşi.

Reacţia Meinicke şi Citochol în sânge=pozitive.

Intradermo — reacţia Frei=pozitivă.

Incepând dela 7 Martie 1943 se administrează în două grupe de câte 2 zile, separate prin câte o zi pauză în care s'a făcut injecţie cu Bismuth, 8 tablete de Gombardol, iar a treia grupă se dă Eleudron 6 tablete pe zi. Face o pauză de 5 zile, în care timp tumefacţiunea şi durerea scad aproape

complect. Se administrează apoi încă 3 zile câte 6 tablete Eleudron, părăsind Clinica la 21 Martie 1943, complect vindecat.

OBS. 8. — Sergent M. M., etate 23 ani, intră în Serviciul Dermato-Veneric al Spitalului Militar din Iaşi, la 30 Mai 1943, pentru o ulceraţiune în şanţul balano-prepuţial şi tumefacţiune în reg. inguinală stg.

**Antecedente:** Acum un an blenoragie

**Istoric:** Cu 20 zile înainte de internare observă că reg. ing. stg. se măreşte de volum şi devine dureroasă. Concomitent în şanţul balano-prepuţial îi apare o eroziune mică, dureroasă.

**Starea prezentă:** In şanţul balano-prepuţial prezintă o eroziune cu marginele deslipite, mică, rotundă, uşor papuloasă.

Regiunea inguinală stg. este mărită de volum de mărimea unui ou de gâscă, roşie, dureroasă, cu pielea aderentă. Se palpează ganglionul iliac respectiv.

Intradermo-reacţia Frei=pozitivă

Reacţiile Bordet-Wassermann şi Citochol în sânge=negative

In serviciu, la 2 zile, adenita se deschide spontan; se încep pansamente cu pudră Eleudron.

Se administrează per os timp de 4 zile câte 12 tablete de Eleudron zilnic şi se fac în acelaşi timp şi 6 injecţii cu Fuadin.

După 3 săptămâni de spitalizare, bolnavul părăseşte spitalul complect vindecat.

OBS. 9. — Sergent Major V. G., etate 29 ani, este internat în Serviciul Dermato-Veneric al Spitalului Militar Iaşi, cu diagnosticul de Adenopatie inguinală dublă.

**Antecedente:** In 1940 blenoragie.

**Istoric:** Cu 3 săptămâni înaintte de internare în spital observă o foarte mică eroziune în şanţul balano-prepuţial, însoţită de usturime şi concomitent regiunile inguinale, bilateral, se tumefiază.

**Starea prezentă:** In şanţul balano-prepuţial prezintă o mică eroziune lentiformă, cu fundul curat. Ganglionii inguinali măriţi de volum bilateral, de mărimea unui ou de găină, foarte dureroşi. Pielea este roşie, infiltrată şi aderă la planurile profunde. Ambele regiuni cu tendinţă la supuraţie. La dreapta se palpează bine ganglionul iliac, care e dureros.

Intradermo-reacţia Frei=pozitivă.

Reacţiile Bordet-Wassermann şi Citochol în sânge=pozitive.

Incepând cu ziua de 10 August face 5 injecţii cu Fuadin. Concomitent începe tratament cu Bismuth şi Neosalvarsan.

Tumefacţiunea în ambele regiuni, cedând puţin, la 6 Septemvrie se aplică tratament per os cu Eleudron, administrându-se câte 12 tablete pe zi, timp de 4 zile. Tumefacţiunile cedează complect, durerea dispare şi bolnavul părăseşte spitalul la 10 Septemvrie, cu leziunile complect vindecate şi cu indicaţiunea de a urma tratamentul anti-sifilitic.

OBS. 10. — Elev Plut. T.R.—B.P.G. este internat în serviciul Dermato-Veneric al Spitalului Militar din Iaşi în ziua de 3 Oct. 1943, pentru adenită inguinală dreaptă.

In antecedente se găseşte gripă, varicela şi blenoragie.

**Istoric:** Cu o lună de zile înainte de internare în spital, regiunea inguinală dreaptă începe să devină dureroasă, să se tumefieze şi să se înroşească. I se face o puncţie de unde i se scoate puroi. Este tratat cu prontozil, dar fără efect.

**Starea prezentă:** Regiunea inguinală dreaptă este tumefiată şi dureroasă. Ganglionii sunt prinşi în masă comună şi măriţi de volum.

Pielea este roşie-brună la nivelul lor, aderentă, infiltrată, prezintă un mic orificiu, care la presiune lasă să iasă o secreţie purulentă. Ganglionii crurali de aceeaşi parte sunt şi ei măriţi de volum, împăstaţi, puţin dureroşi la presiune, iar pielea la nivelul lor roşie şi infiltrată, se plisează greu. Ganglionul iliac imperceptibil.

Nu a prezentat nicio afecţiune a membrului inferior drept şi nici în altă parte a corpului

Reacţiile Bordet-Wassermann şi Citochol în sânge=negative.

Intradermo-reacţia Frei=pozitivă.

Incepând din ziua de 3 Octomvrie 1943, se administrează zilnic câte 12

tablete de Eleudron timp de 4 zile, după care face o uşoară erupţie însoţită de prurit pentru care i se administrează Clorură de Calciu. A doua zi erupţia dispare. După cinci zile de pauză i-se administrează o altă cură de 5 zile de Eleudron, câte 12 tablette pe zi, care a fost bine tolerată. După această cură, adenita crurală a dispărut complect, iar cea inguinală a cedat mult; prin orificiu, care s'a micşorat şi el foarte mult, nu se mai scurge nimic.

După o pauză de alte 4 zile, se administrează a treia oară timp de 5 zile câte 12 tablete Albucid pe zi.

In tot timpul, local, se fac zilnic pansamente cu pulbere de Eleudron. La 26 Octomvrie, bolnavul părăseşte serviciul clinic, complect vindecat.

OBS. 11. — Elev sergent C. I., este evacuat dela Spitalul Militar Botoşani, în serviciul Dermato-Veneric al Spit. Militar Iaşi, în ziua de 25 Noemvrie 1943, cu diagnosticul de limfogranulomatoză inguinală dreaptă.

In antecedente, nimic important.

**Istoric:** Boala datează mai bine de o lună de zile, când au început să i-se mărească ganglionii inguinali din partea dreaptă, să aibă dureri locale şi temperatură. Este tratat la infermerie şi la Spit. Botoşani, unde neavând tendinţă la vindecare, este evacuat la Iaşi, cu indicaţia de a i-se face Röntgenterapie.

**Starea prezentă:** In regiunea inguinală dreaptă prezintă o ulceraţiune mare de 8/4 cm., cu buzele neregulate, deslipite, fundul murdar, din care la presiune apare puroi. Pielea din jur este împăstată şi aderentă, de culoare brună-cianotică. Intreaga regiune este foarte dureroasă.

Ganglionul iliac din partea dreaptă este mărit de volum, se palpează şi este dureros la presiune. Este palid şi astenic.

Intradermo-reacţia Frei=pozitivă.

Reacţia B.Wassermann şi Citochol în sânge=negative.

Incepând dela 28.11.1943 i se administrează, zilnic, câte 12 tablete de Eleudron, timp de 3 zile, după care bolnavul şimţind un uşor prurit, se întrerupe o zi tratamentul şi se continuă apoi încă o zi 12 tablete de Eleudron. Durerile dispar complect, după 3 zile de pauză se mai administrează încă 12 tablete zilnic, timp de 2 zile, după care bolnavul, fiind complect vindecat, părăseşte spitalul după ce a făcut o cură de 72 tablete de Eleudron.

Local s'a făcut zilnic pansament cu pulbere Albucid.

OBS. 12. — Sergentul I. M., este internat în ziua de 5.XII.1943, în secţia Dermato-Venerică a Spit. Militar din Iaşi, pentru o eroziune peniană şi adenită bilaterală.

In antecedente, nimic important de semnalat.

**Istoric:** Cu 10—12 zile înainte de internare în spital îi apare o mică eroziune pe penis, după care la 4 zile observă că începe să i-se tumefieze ambele regiuni inguinale şi să devină dureroase.

**Starea prezentă:** Penisul este edemaţiat, cu preputul translucid şi fimotic. Pe partea antero-laterală stg., prezintă două eroziuni uşor dureroase, acoperite de o mică crustă.

Ambele regiuni inguinale sunt tumefiate, împăstate, roşii, mai pronunţat de partea dreaptă, unde la palpare se percepe şi fluctuenţă.

Ambele regiuni sunt dureroase.

Se palpează ganglionul iliac bilateral, dureros la presiune.

Intradermo-reacţia Frei=pozitivă.

Reacţiile B.Wassermann şi Citochol în sânge=negative

Se administrează per os, timp de 6 zile, câte 10 tablete de Albucid pe zi. După 2 zile de pauză se administrează timp de 4 zile câte 12 tablete Eleudron zilnic. După această cură adenita la stânga cedează complect, iar durerea dispare. După o altă pauză de 2 zile, se dau timp de 6 zile câte 8 tablete de Eubazinum pe zi. Adenita din dreapta, care a supurat, a fost puncţionată, extregându-se 30 cm. puroi roşietic-brun. Se mai administrează încă 5 zile 8 tablete de Eubazinum pe zi, părăsind spitalul la 31.XII.1943 vindecat,—după o cură totală de 174 tablete de diferite sulfamide.

In afară de puncţia făcută în ziua de 22.XII.1943, local nu s'a aplicat niciun tratament.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

OBS. 13. — Sergent-Major N. D., etate 24 ani, este internat în Clinica Dermato-Sifiligrafică la 25 Iulie 1945, transferat dela Clinica II-a Chirurgicală, cu diag. de adenită inguinală stg.

In antecedente, nimic important de semnalat.

**Istoric:** După un drum obositor, bolnavul simte dureri în reg. inguinală stg., pentru care este internat în Cl. II-a Chirurgicală, iar de acolo transferat la noi.

**Starea prezentă:** Bolnavul este slăbit, astenic, palid.

Regiunea inguinală stg. este tumefiată, jenând mersul. Ganglionii inguinali, în această regiune, sunt măriti de volum şi dureroşi la presiune. Pielea uşor infiltrată, dar nemodificată ca aspect şi culoare la nivelul lor. Se palpează ganglionul iliac stg. Temperatura subfebrilă.

Intradermo-reacţia Frei=slab pozitivă.

Reacţia B.Wassermann şi Meinicke în sânge=negative.

Se administrează timp de 6 zile câte 6 tablete de Eleudron şi Gombardol pe zi. Afecţiunea cedează incomplect, în sensul scăderii durerilor şi dispariţiei jenei în mers. Nemaiavând sulfamide, se face bolnavului Autohemoterapie, începând cu 3 cmc., crescând până la 10 cmc., în total 6 injecţii.

Local tumefacţiunea dispare complect, durerile de asemeni şi bolnavul părăseşte spitalul la 5 August a. c.

OBS. 14. — Bolnavul D. A., acar la C.F.R., în etate de 30 ani, intră la Clinica Dermato-Sifiligrafică la 21 Iunie 1945, pentru adenită inguinală stg.

In antecedente găsim şancăr sifilitic în 1940.

**Istoric:** Cu o lună de zile înainte de a se interna în spital îi apare o mică eroziune subpreputială, care se vindecă spontan după o săptămână. Ulterior ganglionii inguinali stg. încep să se mărească de volum, devin dureroşi, cu pielea roşie şi aderentă.

Tumefacţiunea crescând este necesară incizia.

**Starea prezentă:** In reg. inguinală stg. prezintă o plagă în urma incizici făcute, cu buzele roşii şi cu congestii în jur cu fund murdar şi secreţie abundentă, galbenă-purulentă.

In reg. inguinală dreaptă se palpează câtiva ganglioni măriţi de volum, puţin dureroşi, aflegmasici. Genital, nu prezintă nimic deosebit.

Reacţiile B. Wassermann şi Meinicke în sânge=negative.

Intradermo-reacţia Frei=intens pozitivă.

I se începe un tratament antisifilitic, deşi reacţiile sunt negative, fiind vechi specific.

In pauza injecţiilor cu Neosalvarsan i se dă per os 4 tablete de Eleudron pe zi, timp de 4 zile, iar local i se face pansament cu pulbere de Gombardol.

Nedispunând de un stoc mai mare de sulfamide, bolnavul simţindu-se ameliorat părăseşte clinica.

La 3 August 1943 revine în spital, adenita supurând din nou, de astă dată pe partea dreapttă.

I se administrează 4 zile câte 4 tablete de Eleudron şi i se face autohemoterapie. Local, adenita este incizată şi i se face pansament cu pulbere sulfortan.

Bolnavul se găseşte încă în spital fiind mult ameliorat, nu febricitează, şi poate să meargă fără jenă.

In cele 14 observaţii prezentate de noi, am utilizat diferite sulfamide, chiar la acelaş bolnav, din motive că nu întotdeauna serviciile respective erau aprovizionate cu acelaş fel de sulfamidă în continuu, iar pe de altă parte, un anumit timp unele din ele au lipsit şi de pe piaţă.

Am administrat sulfamidele per os în doze mai mici la primele observaţiuni cu titlu de încercare şi de verificare a eficacităţii şi suportabilităţii, pentru ca la ultimele observaţiuni să administrăm doze masive timp îndelungat.

Sulfamidele în doze masive sunt suportate bine de către bolnavi.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Uneori însă produc uşoare tulburări mai mult de ordin subiectiv ca: cefalee (observ. 4—5) uşor prurit (obs. 11-a) şi uneori chiar o uşoară erupţie urticariană (obs. 10-a) care însă au dispărut numai după o zi de întrerupere a tratamentului.

Acesta a fost motivul introducerii de către noi a pauzelor de 2—5 zile în aplicarea dozelor masive, după care tratamentul putea fi reluat fără niciun inconvenient din partea bolnavului.

Din observaţiunile de mai sus reese, că sulfamidele albe constituesc un foarte bun şi eficace mijloc de tratament în boala lui Nicolas-Favre, cu o condiţie însă: să fie aplicate în doze supermasive (ca în obs. No. 10 şi 12, când am ajuns la administrarea în total 168—174 tablete sulfamide) şi să fie susţinut cu perseverenţă, fiind atenţi asupra unui eventual semn de insuportabilitate.

Ca măsură de prevedere, e indicat a se continua tratamentul câtva timp şi după dispariţia leziunilor clinice, ca tratament de consolidare şi prevenire a recidivei.

Toate sulfamidele albe au dat rezultate bune, chiar atunci când sulfamidele roşii au eşuat (obs. 4 şi 10 — şi încă un caz, a cărui observaţiune nu este trecută aici, când după administrarea de rubiazol şi prontozil, adenita nu s'a modificat, dar a cedat complect după administrarea masivă de gombardol), dovedindu-se astfel superioritatea eficacităţii sulfamidelor albe şi mai ales a sulfotiazolului, faţă de cele roşii.

In observ. 13—14, care sunt recente, datând din anul 1945, când sulfamidele se procură cu atât de mare greutate, nu am avut posibilitatea administrării unor doze supermasive.

Biblioteca Universitară / Central University Library Cluj

Rezultatul a fost dispariţia incomplectă a fenomenelor clinice (obs. 13) şi recidivă (obs. 14), care însă au dispărut complect (obs. 13), sau s'a ameliorat foarte mult (obs. 14, care se găseşte încă în curs de tratament) prin asocierea autohemoterapiei la tratamentul sulfamidat.

Rezultate asemănătoare am obţinut administrând concomitent cu sulfamidele şi injecţii cu Fuadin (obs. 8 şi 9), însă nu superioare celor obţinute prin asociere cu autohemoterapia.

In concluzie: 1) Boala lui Nicolas-Favre, în stadiul cunoştinţelor de acum, se bucură de un tratament, putându-l numi chiar specific, şi anume: **Sulfamidoterapia.** Cu o singură condiţie însă, ca aplicarea tratamentului să se facă în doze masive, cură prelungită repetată şi susţinută, continuând-o chiar şi după vindecarea manifestărilor clinice, pentru prevenirea eventualelor recidive.

2) Sulfamidele albe şi în special sulfotiazolurile (Eleudronul, Thiazomida, Cybazolul) s'au dovedit superioare, ca eficacitate, celor roşii. Acolo unde eşuăm cu aceste din urmă, obţinem rezultate cu primele.

3) Asocierea sulfamidoterapiei cu autohemoterapia, facilitează vindecarea manifestărilor clinice, putând, în acest caz, utiliza şi doze mai mici de sulfamide, constituind un mare avantaj pentru timpurile de faţă, când sulfamidele se procură atât de anevoios.

Asocierea cu Fuadinul dă de asemenea rezultate bune.

D-r M. MUNTEANU : *La sulfamidothérapie blanche simple et associée avec l'autohemothérapie dans la maladie de Nicolas-Favre, forme inquinale.*

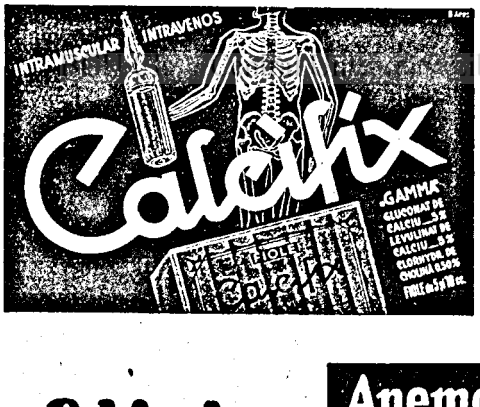
L'auteur présente les résultats obtenus sur 14 cas cliniques de la maladie de Nicolas-Favre, traités par sulfamides blanches et insiste pour la nécéssité d'utiliser les doses masives, en montrant en même temps la superiorité thérapeutique des sulfamides blanches et surtout des sulfothiasols sur les sulfamides rouges.

En associant la sulfamidothérapie à l'autohemothérapie nous avons la possibilité d'employer les sulfamides en moindres doses et par conséquent la possibilité d'appliquer ce traitement, lorsqu'on ne peut avoir les sulfamides qu'avec beaucoup de difficulté.

D-r M. MUNTEANU : *La solfamidoterapia bianca semplice ed associata all'autohemoterapia nella malattia di Nicolas-Favre, sa forma inquinale.*

L'autore presenta i risultati ottenuti con quatordici casi clinici di malattia di Nicolas-Favre, tutti trattati con solfamide bianche ed insiste sulla necessità di utilizzare dose masive, mostrando nello stesso tempo la superiorita terapeutica delle solfamide rosse.

Associando la solfamidoterapia all'autohemoterapia habbiamo la possibilita di utilizzare delle solfamide in dose piu piccole e dunque habbiamo la possibilità di applicare questo trattamento nei tempi presenti, quando le solfamide si procurando con molto difficultà


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.

*Spitalul de Stat din Târgoviște*

# CONSIDERAȚIUNI ASUPRA CAZURILOR DE FEBRĂ TIFOIDĂ TRATATE IN SPITALUL DE STAT TÂRGOVIȘTE IN VARA ANULUI 1945

de

**D-r ION V. POPESCU** și **D-r TEODOR N. TEODORESCU**
Medic secundar — Medic-șef de Laborator

Ca și în alte veri, în orașul Târgoviște și Jud. Dâmboviița au apărut cazuri de Febră tifoidă și în vara anului 1945. Primul caz este cunoscut la data de 19 Mai 1945, când a fost izolat la spital, diagnosticul fiind confirmat de Laboratorul de Igienă Târgoviște. Sursa de infecție a rămas necunoscută, cu toate cercetările întreprinse, cazul rămânând sporadic. Al doilea caz de Febră tifoidă apare la 23 Iunie 1945, la o femee venită din Galați cu o săptămână anterior îmbolnăvirei. Nici la acest caz nu am putut stabili sursa de infecție (probabil Galați). Până la data de 24 Iulie, nu a mai fost izolat în spital nici un alt caz. Dela această dată apar încă trei cazuri până la sfârșitul lunei. In luna August, numărul cazurilor internate de Febră tifoidă crește la 20 și apogeul epidemiei este ajuns în luna Septembrie la 29 de cazuri, pentru ca în cursul primei jumătăți a lunei Octombrie să coboare la 6 cazuri. In total au fost izolate și tratate în spitalul Târgoviște 60 de cazuri. Incercând a stabili filiațiunea cazurilor prin studiul datei apariției noilor îmbolnăviri, ca și a topografiei apariției acestor cazuri pe harta orașului Târgoviște și a Județului Dâmboviița, am constatat că aceste cazuri apar la date variate și la adrese cu totul diferite unele de altele.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Astfel putem afirma că această epidemie nu este datorită unei infecții hidrice, fapt demonstrat de noi și prin analiza apei din conducta de alimentare a orașului Târgoviște.

In ce privește formele clinice, prezentate de acești 60 de bolnavi, remarcăm următoarele:

a) 41 de cazuri au avut forme ușoare de Febră tifoidă=22 bărbați și 19 femei.

După grupele de vârstă aceste cazuri se prezintă astfel:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Dela | 0—10 ani= 1 | Dela | 30—40 ani=4 |
| „ | 10—20 „ =29 | „ | 40—50 „ =2 |
| „ | 20—30 „ = 5 | „ | 50—60 „ =0 |

Remarcăm că numărul cel mai mare de bolnavi cu formă ușoară este la grupul de vârstă între 10 și 20 ani, total 29 de cazuri, deci 70,7%.

b) 19 cazuri au avut forme clinice grave și anume: 9 bărbați și 10 femei. După grupul de vârstă aceste cazuri se prezintă astfel:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Dela | 0—10 ani=0 | Dela | 30—40 ani=7 |
| „ | 10—20 „ =0 | „ | 40—50 „ =8 |
| „ | 20—30 „ =4 | „ | 50—60 „ =0 |

Remarcăm că numărul cazurilor de formă gravă este mai mare la grupele de vârstă de peste 30 ani cu 15 cazuri, deci 80%. Menționăm că aceste forme grave s'au manifestat astfel: 5 cazuri au

prezentat forma ataxo-adinamică, 12 cazuri au prezentat forma holerică şi 2 forma hemoragică.

In cursul tratamentului au apărut următoarele complicaţii la 13 cazuri din formele grave şi anume: 4 cazuri de miocardită, un caz de miocardită şi insuficienţă supra-renală, 2 cazuri hemoragie intestinală, un caz angină ulceroasă, un avort a III-a lună şi un caz de cholecistită. De observat că miocarditele au survenit la bolnavii de peste 40 ani şi la acei cu antecedente cardiace. Din formele uşoare am observat complicaţii la 6 cazuri: două cazuri muguet, un caz cholecistită şi 3 cazuri de bronşită. Ca maladii asociate cu febra tifoidă am constatat într'un singur caz malaria. Recidive în cazurile noastre au fost în număr de 5 la formele de Febră tifoidă uşoară şi aceste recidive au avut ele însuşi un caracter cu totul benign.

In rezumat, tratamentul care l-am aplicat acestor bolnavi, a fost în primul rând igienic, gargarisme, clorat de potasiu, glicerină boraxată pe limbă, instilaţiuni în fosele nasale cu oleu gomenolat. In tot cursul febrei şi încă 10 zile de afebrilitate, li s'a administrat un regim exclusiv lactat-hidric, nepermiţându-le decât lapte, ceaiuri şi supă de fructe, iar după 10 zile de afebrilitate li s'a permis treptat alimente mai consistente ca pâine, supe, piureuri. Tratamentul medicamentos aplicat acestor bolnavi, a constat din antipiretice, clisme şi desinfectate a tubului digestiv şi a ficatului, cardio-tonice, vitamina C. şi în cazurile indicate, antispasmodice. Complicaţiile au fost tratate după fiecare caz în parte. Mortalitatea observată este de trei cazuri, deci 5% din totalul îmbolnăvirilor şi anume: două cazuri de deces prin complicaţii cardiace şi un deces prin avort spontan în a treia lună.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Toate aceste cazuri au prezentat sero-reacţia Widal pozitivă pentru bacilii tifici în diluţie 1/200 până la 1/600.

La toţi aceşti bolnavi am cercetat în cursul maladiei funcţiunile renale astfel: La intrare s'a recoltat sânge pentru dozarea ureei, examen repetat săptămânal la fiecare bolnav până la părăsirea spitalului.

Rezultatele obţinute ne demonstrează că cifra ureei în serul sanguin variază în limite normale în tot cursul boalei cu excepţia unui singur caz unde ureea a atins cifra de 1,20 gr. ‰ în a 16-a zi de maladie la un bolnav în vârstă de 50 ani, care în scurt timp a revenit la normal.

Concomitent cu recoltarea sângelui pentru uree, am urmărit la acelaş interval, în urină densitatea, prezenţa albuminei şi examenul sedimentului. Rezultatele obţinute sunt următoarele:

a) Densitatea urinei a variat în limite normale.

b) Albumina s'a găsit în urme nedozabile în 10 cazuri, în două cazuri s'a găsit uşoară albuminurie şi în 48 cazuri albumină absent.

c) Sedimentul nu a arătat nici un element patologic.

## CONCLUZIUNI.

1. Epidemia de Febră tifoidă din oraşul Târgovişte şi Judeţul Dâmboviţa din vara anului 1945 nu a fost de origină hidrică, după toate probabilităţile, ar fi importată din alte regiuni infectate, iar ex-

tinderea epidemiei s'ar datora contactului direct şi indirect între purtători de germeni.

2. Febra tifoidă a prezentat în general caracter benign, iar formele grave cât şi complicaţiile s'au observat la cazurile de vârstă înaintată.

3. Mortalitatea a fost de 5% tot la grupul de vârstă înaintată.

4. In toate 60 de cazuri funcţia renală ureo-secretòrie a fost menţinută în condiţii normale şi chiar în singurul caz unde ureea a atins cifra de 1,20 gr. %° această funcţiune a fost complet restabilită în scurt timp.

---

*Spit „Pavel şi Ana Cristea"— Bacău*

# INJECŢIILE CU LAPTE ŞI VITEZA DE SEDIMENTARE

de

**EUG. STRĂCHINESCU**

Medic secundar

Cel care a utilizat prima dată viteza de sedimentare a hematiilor a fost suedezul Fahraeus care a susţinut la Congresul de Gynecologie dela Stokolm în 1917 că V. S. este mult mărită la gravide şi a înţeles să o utilizeze ca reacţie de sarcină. Alţi cercetători între care Claude a observat că sedimentarea hematiilor este accelerată în multe stări patologice.

Digitized by / Central University Library Cluj

Deaici întrebuinţarea uzuală a V. S. în aprecierea prognosticului anumitor maladii şi în special în T. B. C. unde putem controla oarecum eficacitarea pneumotoracelui. La noi în neuro-psihiatrie Marinescu, Paulian, Obregia, Tomescu şi alţii o utilizează pe o scară întinsă.

Förster stabileşte pragul normal: bărbaţi 3—5 mm. la o oră şi 17 mm. la 2 ore. Femei 4—8 mm. la o oră, 20 mm la 2 ore.

O metodă simplă este a lui Westergreen modificată de Pappert şi Kreindler. Procedeul este următorul:

In siringa de 2 cm. aspirăm 0,4 cm. citrat Na. 3.8% complectând cu sânge colectat prin puncţie venoasă până la 2 cc., agitând uşor apoi aspirăm din siringă cu pipeta dela aparat până la diviziunea O.

Aşezăm pipeta pe suportul aparatului şi citim din jumătate în jumătate de oră până la două ore.

Cercetările noastre le-am făcut asupra unui număr de 82 bolnavi la care s'a administrat 10 cm. lapte intramuscular. Viteza de sedimentare am urmărit-o înainte de injectarea laptelui şi la trei ore după injecţie, în timpul reacţiei termice puternice pe care am obţinut-o prin piretoterapie.

Rezultatele noastre le expunem într'un tablou de unde se poate trage concluzii că V. S. în 65% cazuri este accelerată atât la o oră cât şi la două ore (bolnavii sunt majoritatea venerici, mai rar alte maladii ca reumatism poliarticular cronic, pyodermită, ulcer duodenal, neuro-retinită aripală, flegmon al feţei, meningo-encefalită luetică, eczema).

In 25,6% cazuri V. S. a fost încetinită atât după o oră cât şi după două ore. (Deasemeni venerici, un caz de ulcer duodenal, o nevralgie lombo-abdominală, o nevralgie sciatică).

In 8,5% cazuri V. S. am găsit-o variabilă în sensul că la 1/2 oră era accelerată, la o oră încetinită, la 1.1/2 ore din nou accelerată, în raport cu V. S. urmărită înainte înainte de injecţie) şi aceştia sunt de asemeni bolnavi de diferite maladii, vulvo-vaginită gonococică, sifilide vulvare, salpingo-ovarită, nevralgie lombo-abdominală, miozită a gambei stângi).

Observaţiile noastre duc la concluzia că în majoritatea cazurilor V. S. după injecţiile cu lapte este evident accelerată.

Care este procesul bio-chimic intim căruia se datoreşte acest lucru, nu-l ştim.

Ce modificări în echilibrul coloizilor humorali produce şocul proteinic nu le putem decât bănui deocamdată. Să presupunem că s'ar modifica, cantitatea de fibrinofen din massa sângelui sau cantitatea de hemoglobină a hematiilor? Rămâne de cercetat.

| NUMELE ŞI DIAGNOSTICUL | A. lapte | | | | D. inj. cu lapte | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | după 1/2 oră | după 1 oră | după 1 1/2 oră | după 2 ore | după 1/2 oră | după 1 oră | după 1 1/2 oră | după 2 ore |
| 1. Hurmuzache Maria exemă. | 11 | 35 | 52 | 70 | 16 | 39 | 55 | 75 |
| 2. Platon Ileana pyodermită. | 20 | 44 | 63 | 77 | 25 | 59 | 66 | 78 |
| 3. Haliţeanu Luţa reum. poli. subacut. | 45 | 88 | 111 | 131 | 70 | 101 | 115 | 132 |
| 4. Viorica Drăghici reum. muscular. | 7 | 22 | 35 | 45 | 9 | 23 | 39 | 51 |
| 5. Novac Petre artrit. gon. gen. stg. | 33 | 72 | 94 | 105 | 89 | 116 | 123 | 125 |
| 6. Maria Herman colită spastică. | 10 | 30 | 46 | 60 | 16 | 35 | 51 | 70 |
| 7. Elena Ciobotaru sifilide vulvare. | 13 | 38 | 58 | 73 | 30 | 73 | 88 | 94 |
| 8. Eliza Ciuchi vulvo. vag. banală. | 12 | 35 | 55 | 73 | 16 | 40 | 53 | 79 |
| 9. Dichiu Didina Reumat. vertebral. | 36 | 73 | 100 | 110 | 38 | 74 | 101 | 119 |
| 10. Vrânceanu Maria vulvo-vag. gonoc. | 104 | 121 | 129 | 131 | 113 | 126 | 131 | 133 |
| 11. Ghidu Elena sifilide vulvare. | 15 | 30 | 48 | 60 | 30 | 80 | 100 | 111 |
| 12. Olimpia Călin sifilide vulvare. | 23 | 55 | 83 | 98 | 26 | 73 | 94 | 104 |

BCU Cluj / Central University Library Cluj

| NUMELE ŞI DIAGNOSTICUL | A. lapte | | | | D. inj. cu lapte | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | după 1/2 oră | după 1 oră | după 1 1/2 oră | după 2 ore | după 1/2 oră | după 1 oră | după 1 1/2 oră | după 2 ore |
| 13. Tecuceanu Aneta. Sif. perianale. | 10 | 32 | 47 | 62 | 13 | 40 | 68 | 80 |
| 14. Lupu Elena Vulv. vag. lues lat. | 55 | 102 | 113 | 120 | 55 | 113 | 124 | 126 |
| 15. Maria Bejan. sănătoasă. | 5 | 17 | 31 | 43 | 9 | 21 | 34 | 45 |
| 16. Maria Nica. sifil. vulv. vulv. vag. | 17 | 60 | 75 | 84 | 45 | 77 | 80 | 86 |
| 17. Didina Frunză vulv. vag. gonoc. | 11 | 35 | 52 | 84 | 25 | 24 | 72 | 86 |
| 18. Irimia Maria lues latent., | 7 | 23 | 42 | 53 | 11 | 37 | 52 | 62 |
| 19. Văleanu Anica vulvovag. banală. | 8 | 27 | 44 | 55 | 11 | 43 | 69 | 84 |
| 20. Andrei Maria sifil. vulv. malarie. | 25 | 50 | 58 | 80 | 35 | 61 | 80 | 92 |
| 21. Elena Groapă. Neuro-ret. gripală. | 15 | 36 | 44 | 65 | 25 | 52 | 74 | 85 |
| 22. Nistor Elisabeta. Sifilide vulvare. | 1 | 8 | 11 | 23 | 4 | 11 | 20 | 28 |
| 23. Nastasia Bejan. Vulvo vag. banală. Lues latent. | 11 | 35 | 55 | 66 | 21 | 51 | 74 | 90 |
| 24. Elena Bofă. Sifilide vulvare. | 28 | 62 | 86 | 99 | 23 | 48 | 71 | 90 |
| 25. Onică Elena. Flegmon perianal. | 55 | 96 | 114 | 119 | 75 | 110 | 120 | 123 |
| 26. Panaitescu Eug. Lues latent. | 7 | 26 | 42 | 56 | 10 | 19 | 35 | 44 |
| 27. Silică Sofia. Sifilide vulvare. | 10 | 27 | 42 | 54 | 10 | 28 | 46 | 57 |
| 28. Ailenei Maria. Vulv. vag. banală. | 10 | 38 | 63 | 77 | 21 | 53 | 73 | 83 |
| 29. Petrovici Zoe. Vulv. vag. banală. | 7 | 23 | 34 | 50 | 12 | 33 | 54 | 68 |
| 30. Ghinea Maria. Lues latent. | 3 | 22 | 40 | 56 | 5 | 20 | 37 | 50 |
| 31. Lucreţia Sahulea. Nevralgie sciatică. | 3 | 15 | 26 | 40 | 11 | 21 | 32 | 42 |
| 32. Valeria Arsene. Sifilide vulvare. | 5 | 19 | 30 | 42 | 6 | 24 | 33 | 43 |

BCU Cluj / Central University Library Cluj

| NUMELE ŞI DIAGNOSTICUL | A. lapte | | | | D. inj. cu lapte | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | după 1/2 oră | după 1 oră | după 1 1/2 oră | după 2 ore | după 1/2 oră | după 1 oră | după 1 1/2 oră | după 2 ore |
| 33. Zaharia Petre. — | 70 | 119 | 131 | 136 | 50 | 100 | 124 | 134 |
| 34. Mişog Ştefan. Nevralgie faţială. | 15 | 36 | 57 | 73 | 16 | 42 | 63 | 76 |
| 35. Maria Vâţă. Vulv., vag. banală. | 7 | 23 | 40 | 55 | 6 | 17 | 28 | 39 |
| 36. Elena Dumitru. — | 0 | 4 | 7 | 11 | 2 | 5 | 8 | 13 |
| 37. Lucreţia Platon. Sifilis + gon. | 32 | 71 | 92 | 108 | 17 | 53 | 75 | 93 |
| 38. Pătrăşcanu Lisaveta. — | 43 | 67 | 90 | 103 | 11 | 35 | 53 | 85 |
| 39. Olimpia Călin. Sifilide vulvare. | 23 | 55 | 83 | 98 | 26 | 73 | 94 | 104 |
| 40. Olga Bardaş. Flegmon al feţei. | 39 | 65 | 86 | 100 | 38 | 86 | 106 | 117 |
| 41. Zahiu Gheorghe. — | 18 | 46 | 64 | 78 | 12 | 18 | 48 | 66 |
| 42. Andone Ioan. Nevr. sciatică. | 58 | 91 | 104 | 114 | 42 | 76 | 95 | 108 |
| 43. Popa Elena. Sif. vulvare. | 37 | 103 | 117 | 121 | 60 | 101 | 117 | 125 |
| 44. Mihalache Sanda. Salp. ov. dreaptă. | 8 | 28 | 44 | 56 | 10 | 33 | 48 | 60 |
| 45. Panţâru Petre. Ulcer gastric. | 1 | 8 | 17 | 22 | 2 | 5 | 11 | 17 |
| 46. Paşcanu Vasile. — | 8 | 26 | 43 | 57 | 4 | 21 | 30 | 45 |
| 47. Hanu Nicolae. — | 19 | 50 | 75 | 85 | 19 | 43 | 60 | 70 |
| 48. Anica Moţoc Mialg. dorso-lombară. | 12 | 36 | 56 | 67 | 11 | 35 | 55 | 66 |
| 49. Anica Neagu Vulvo-vag-banală. | 6 | 21 | 34 | 45 | 12 | 21 | 37 | 47 |
| 50. Toma Maria. Gonococie. | 21 | 53 | 74 | 91 | 40 | 64 | 90 | 103 |
| 51. Paţaite Maria. Vulv. vag. banală. | 9 | 33 | 47 | 62 | 12 | 39 | 52 | 70 |
| 52. Păduraru Vera. Sif. vulv., gonoree. | 6 | 40 | 56 | 68 | 18 | 32 | 51 | 60 |

BCU Cluj / Central University Library Cluj

| NUMELE ŞI DIAGNOSTICUL | A. lapte | | | | D. inj cu lapte | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | după 1/2 oră | după 1 oră | după 1 1/2 oră | după 2 ore | după 1/2 oră | după 1 oră | după 1 1/2 oră | după 2 ore |
| 53. Porumb Victoria. Lues latent. | 5 | 23 | 36 | 45 | 10 | 17 | 32 | 43 |
| 54. Mihalache Sanda. Vulv. vag. banală. | 9 | 32 | 51 | 70 | 15 | 27 | 45 | 57 |
| 55. Docan Elena. Lues latent. | 8 | 29 | 40 | 50 | 6 | 14 | 25 | 35 |
| 56. Panaite Aurica. — | 25 | 85 | 94 | 105 | 35 | 74 | 87 | 96 |
| 57. Guruianu Maria Sif. vulvare. gon. | 22 | 76 | 99 | 12 | 52 | 85 | 109 | 121 |
| 58. Purice Lucreţia. — | 2 | 11 | 21 | 36 | 4 | 10 | 19 | 27 |
| 59. Apreutesei Anica. Sifilide vulvare. | 46 | 95 | 110 | 115 | 69 | 101 | 111 | 114 |
| 60. Moraru Victoria. Sifilide vulvare. | 56 | 77 | 83 | 91 | 53 | 98 | 115 | 121 |
| 61. Agăleanu Elena. Art. luetică cereb. | 13 | 40 | 64 | 78 | 30 | 69 | 86 | 95 |
| 62. Groapă Silvia. Miozita gambei stg. | 8 | 30 | 69 | 86 | 11 | 30 | 47 | 62 |
| 63. Florica Ştirbu. Vulvo-vag. banală. | 12 | 35 | 94 | 98 | 15 | 42 | 59 | 70 |
| 64. Anghel Gheorghe. Nevr. lombo-abd., stg. | 4 | 18 | 27 | 38 | 6 | 15 | 26 | 35 |
| 65. Trandafir Maria. Meningo-encef. stg. | 1 | 7 | 15 | 21 | 2 | 9 | 16 | 23 |
| 66. Maria Iftimie. Ragade sif. | 6 | 16 | 28 | 39 | 8 | 20 | 32 | 43 |
| 67. Sava Floarea Sif. vulv. gon. | 9 | 25 | 44 | 86 | 8 | 21 | 36 | 47 |
| 68. Nica Maria. Vulv. vag. banală. | 1 | 4 | 15 | 20 | 2 | 19 | 23 | 24 |
| 69. Marusia Mihinova. Sifilide vulvare. | 4 | 42 | 86 | 100 | 38 | 76 | 92 | 107 |
| 70. Firiţa Carabulea. Mialgie lombară. | 2 | 6 | 14 | 23 | 4 | 13 | 22 | 31 |
| 71. Oliniuc Elena. Vulv. vag. banală. | 8 | 26 | 40 | 51 | 7 | 20 | 35 | 45 |
| 72. Victoria Dina. Sifilide vulvare. | 11 | 35 | 60 | 70 | 9 | 23 | 36 | 49 |

BCU Cluj / Central University Library Cluj

| NUMELE ŞI DIAGNOSTICUL | A. lapte | | | | D. inj. cu lapte | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | după 1/2 oră | după 1 oră | după 1 1/2 oră | după 2 ore | după 1/2 oră | după 1 oră | după 1 1/2 oră | după 2 ore |
| 73. Maria Nistor. Vulv. vag. banală. | 1 | 2 | 4 | 5 | 3 | 5 | 10 | 15 |
| 74. Pintilie Profira. Lues latent. | 5 | 17 | 26 | 36 | 6 | 17 | 27 | 43 |
| 75. Nistor Ioan. Ulcer duodenal. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 7 | 12 | 15 |
| 76. Mitican Ioan. P. G. P. | 5 | 25 | 32 | 42 | 7 | 30 | 35 | 46 |
| 77. Boccăneţ Leonora. Vulv. vag. gonoc. | 6 | 19 | 30 | 45 | 6 | 21 | 34 | 41 |
| 78. Ionescu Alexandrina. Vulv. vag. banală. | 7 | 27 | 40 | 53 | 10 | 22 | 40 | 50 |
| 79. Buhăianu Ortansa. Nevr. lombo-abd. | 8 | 24 | 40 | 48 | 10 | 26 | 36 | 47 |
| 80. Hroştea Mihai. Intertrigo-impetiginat. | 39 | 80 | 100 | 107 | 47 | 85 | 103 | 112 |
| 81. Ioan Jigău. Uretrită gonococică. | 5 | 16 | 30 | 45 | 6 | 16 | 29 | 42 |
| 82. Turiţă Eugenia. Salpingo-ov. dr. | 10 | 26 | 43 | 58 | 13 | 28 | 43 | 57 |

V. S. creşte în 65% cazuri.

V. S. scade în 25,60% cazuri.

V. S. variabilă în 8,53% cazuri.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

# PENICILLINA IN TRATAMENTUL SIFILISULUI

de

**D-r N. VĂTĂMANU**

Consilier tehnic venerolog în Minist. Sănătăţii

Penicillina a fost medicamentul care la apariţie a produs entuziasmul îndreptăţit al cercurilor medicale, atât prin efectele sale extraordinare, cât şi prin vastitatea indicaţiunilor. Deşi sulfamidoterapia apărută anterior, pregătise spiritul medical, totuşi impresia produsă de terapeutica cu penicillină a fost foarte puternică. Cu toate acestea, unele indicaţiuni au fost primite cu rezerva cuvenită, când bunăoară era vorba de o boală cu mers cronic, cum este sifilisul. In prezent însă, aflându-ne în situaţia de a cunoaşte cele dintâi memorii originale ale oamenilor de ştiinţă care s'au ocupat de această

problemă, suntem în măsură să punem la dispoziţia specialiştilor şi a medicilor în general, primele informaţiuni ştiinţifice asupra rezultatelor administrării Penicillinei în sifilis.

Ne folosim în acest scop de broşura „Penicillin" o retipărire a articolelor asupra acestui nou medicament apărute în presa medicală americană. Retipărirea s'a făcut de către Oficiul de Informaţiuni de răsboiu al Statelor Unite şi a apărut în 1944.

Am folosit pentru această dare de seamă, din bogatul material, numai capitolul Penicillinei în boalele venerice, iar din aceasta am lăsat pentru moment la o parte tratamentul gonoreei şi ne-am limitat exclusiv la sifilis, capitolul cel mai interesant. In expunerea care urmează ne folosim de următoarele trei articole:

1. **Penicillina în tratamentul sifilisului recent** (memoriul al II-lea) de I. F. Mahoney, M. D.; R. C. Arnold, M. D.; Burton L. Sterner, M. D.; Ad. Harris, serologist şi M. R. Zwally, M. A.

2. **Tratamentul sifilisului recent cu Penicilină**, un raport preliminar pe 1418 cazuri, de Ioseph Earle Moore, M. D., Baltimore; I. F. Mahomey M. D., medical director U. S. Public Health Service, Stapelton; Staten Island N. Y; Comander Walter Schwartz (M. C.) U. S. N., Lietenant Colonel Thomas Sternberg, medical corps Armyn of the U. S.; W. Barry Wood M. D. St. Louis.

3. **Acţiunea Penicillinei în sifilisul târziu**, inclusiv neurosifilisul, sifilisul benign târziu şi sifilisul congenital târziu, raport preliminar de Iohn H. Stokes, M. D. Philadelphia Lieutenant Col. Thomas H. Sternberg, Medical Corps, Army of the U. S.; Comannder Walther H. Schwartz (M. C.) U. S. N.; Iohn Mahoney M. D. Senior Surgeon U. S. Public Health Service Staplton State Island M. Y; I. E. Moore, M. D. Baltimore şi W. Barry Wood Jr. M. D. St. Louis.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Primul raport asupra acţiunei Penicillinei în sifilis s'a publicat în Decembrie 1943 şi se referea la tratamentul a 4 bolnavi cu sifilis recent, la care ultramicroscopia fusese pozitivă în momentul începerii tratamentului. Tratamentul a constat din injecţii cu Penicillină de către 25.000 de unităţi, administrate la 4 ore interval şi înglobând un număr 48 de injecţii administrate în decurs de 8 zile, cu o doză totală de 1.200.000 u. Dozele de 25.000 u. au fost arbitrare. Unităţile Oxford de Penicillină sunt stabilite pe criterii biologice (cantitatea care împiedică creşterea unei culturi standard de microbi); se speră ca în viitor să se extragă o Penicillină pură sau să se producă sintetic, pentru a se putea administra în unităţi bazate pe miligrame. In cazurile astfel tratate nu s'a administrat anterior şi concomitent, nicio altă medicaţie anti-sifilitică. După tratamentul de 8 zile, bolnavii au fost examinaţi clinic şi serologic, săptămânal în primele 6 luni şi apoi lunar. După scurgerea a 6 luni dela tratament s'a făcut şi o examinare a lichidului cefalorahidian.

Rezultatele obţinute pe acest prim lot au fost foarte încurajatoare: la 3 bolnavi s'a constatat o rapidă vindecare a ulceraţiilor, însoţită de negativarea reacţiilor serologice înăuntrul primelor trei luni de observaţie; ele au rămas negative, până la data redactării memoriului, lunie 1944. La cel de al patrulea bolnav leziunea sifilitică s'a vindecat repede, reacţiile serologice s'au negativat în a 71-a zi, rămânând negative până în a 286-a zi, când s'au constatat reacţii

intens pozitive prin toate metodele. In acest interval bolnavul era internat într'un spital din altă localitate unde urma un tratament pentru o uretrită. Când a putut fi din nou examinat s'a constatat că avea pe faţa interioară a buzei inferioare o leziune ulceroasă, cu ganglionul respectiv hipertrofiat, însă fără nicio altă manifestare cutanată sau ganglionară. Examenul ultra-microscopic al leziunei dela buză a fost pozitiv. Cazul acestui al patrulea bolnav a fost socotit drept o recădere, deşi nu se poate înlătura posibilitatea unei reinfecţii. Nu i s'a mai administrat tratamentul cu Penicillină.

Studiul a fost continuat pe aproximativ 100 de bolnavi administrându-se aproape acelaş tratament ca la grupul original. Cu toate că nu s'a scurs timp suficient după tratament, s'au putut face unele constatări interesante, care au fost prezentate cu titlul de material informativ.

Tratamentul a constat din injecţii de câte 20.000 u. Penicillină, făcute din trei în trei ore, ziua şi noaptea şi însumând în total 1.200.000 u. date în 60 de injecţii. Nicio altă medicaţie antisifilitică nu s'a întrebuinţat. Tratamentul a fost identic pentru toţi bolnavii. Nu s'a constatat nevoia de a se micşora dozele sau de a se întrerupe tratamentul; toţi bolnavii aveau leziuni caracteristice de sifilis recent (primar sau secundar) în afară de 3 excepţii (intoxicaţii acute arsenicale).

In primele zile de tratament s'a observat la 86 de bolnavi reacţiuni Herxheimer, şocuri terapeutice de diferite grade. Ulceraţiile au retrocedat prompt, epitelizându-se complet în timpul tratamentului. Nu s'a observat nici un fel de reacţie gravă cu caracter toxic. La doi bolnavi s'au constatat dermatite exfoliative, dintre cari una a cerut trei săptămâni de îngrijire. Deoarece ambii pacienţi fuseseră trataţi din acelaş lot de material, s'ar fi putut ca acea serie să conţină impurităţi.

Pentru controlul serologic s'au folosit la fiecare bolnav 7 metode colorimetrice şi de floculaţie. Durata medie de observaţie a fost de 135 de zile, cu un minimum de 75 de zile.

Dintr'un lot de 52 de bolnavi, 6 au avut leziuni pozitive la ultra cu serologie negativă, rămasă tot negativă în cursul perioadei de observaţie. Alţi 25 pacienţi cu serologia pozitivă s'au negativat în perioada de observaţie. Schimbarea sensului reacţiilor serologice s'a făcut în medie în 70 zile. In total din 52 de bolnavi pot fi consideraţi că au reacţionat favorabil 31.

La 7 bolnavi s'a observat o scădere progresivă a titlului serologic fără a se ajunge la o inversare completă a tuturor reacţiilor, dar nici o revenire la pozitivitate intensă. S'a admis că negativarea completă s'ar putea face ulterior, fără să existe însă certitudinea.

La alt grup de 7 bolnavi s'a observat la început o tendinţă spre negativare, urmată însă de o netă repozitivare: sunt cazuri de recădere serologică. In fine, ultimul grup de 7 a dat rezultate neconcludente.

Considerându-se aceşti bolnavi după vârsta boalei, din totalul de 52 se poate izola un grup de 30, cu sifilis primar pozitiv la ultra-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

microscop. Dintre aceştia, unul a avut o recădere clinică după nouă luni dela tratament; altul a făcut o sero-recădere pozitivă după 112 zile de la tratament; un al treilea a făcut o recădere clinică după 84 zile, în care timp pozitivitatea serologică intensă nu s'a modificat deloc. Un al 5-lea şi al 6-lea nu se pot clasifica, iar restul de 25 au rămas negativi serologic şi clinic. Deci, din 30 de pacienţi cu sifilis primar pozitiv la ultra se pot considera ca rezultate satisfăcătoare 27.

Din celălalt grup de 22 pacienţi cu sifilis secundar, 11 au evoluat la început satisfăcător şi au declinat apoi prelung către rezultate nesatisfăcătoare.

Concluziile ce se impun sunt:

1. Infecţiile foarte recente sunt cele mai bine influenţate de tratamentul cu Penicilină.

2. Numărul mare de eşecuri în sifilisul secundar arată necesitatea unui tratament mai puternic.

3. Ca şi în arseno-terapia sifilitică şi sulfamido-terapia gonoreică există şi în tratamentul cu penicilină un număr de eşecuri la tratament.

4. Obţinerea unei Penicilline pure sau sintetice va contribui la perfecţionarea tratamentului.

5. Sifilisul fiind o boală cronică, cu lungi perioade de latenţă şi cu o accentuată tendinţă la recăderi clinice şi serologice, este nevoe de o îndelungată experimentare după mai multe tipuri de tratament şi cu o atentă observaţie ulterioară.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

* * *

Cel de al doilea raport asupra tratamentului sifilisului recent cu Penicillină se bazează pe un studiu colectiv întreprins în 23 de clinici şi centre de tratament, unde s'a administrat totsarea sodică de Penicillină bolnavilor cu sifilis recent şi cu ultramicroscopia pozitivă. In tratament s'a ţinut seamă de următoarele norme:

1. Administrare intramusculară pentru a se absoarbe Penicillina mai încet decât după administrarea intravenoasă.

2. Ritmul injecţiilor din 3 în 3 ore, pe baza cunoştinţelor privitoare la absorbţia şi excreţia Penicillinei.

3. Menţinerea tratamentului arbitrar ales anterior de 8 zile.

4. Doză totală de 1.200.000 u. iarăşi anterior şi arbitrar fixată.

5. Posibilitatea combinării Penicillinei cu arsenicale.

Două grupuri de bolnavi au primit un dozaj total de 60.000 şi 300.000 u. plus un total de 320 mlg. mapharsen administrat fracţionat, câte 40 mlg. zilnic timp de 8 zile. Se atrage atenţia că aceste doze de arsenic au fost înadins alese, mici şi de o valoare subcurativă, în urma cărora este normal să se producă recidive.

(Un alt grup a fost supus unui tratament mai scurt şi mai intens administrat în 4 zile, care însă nu intră în acest studiu).

Până la 25 Mai 1944 s'au raportat 1587 de cazuri, dintre care s'au reţinut pentru studiu 1418, repartizate după cum urmează: 177 sifilis primar seronegativ, 379 sifilis primar seropozitiv, 698 si-

filis secundar recent necomplicat, 67 sifilis secundar recent complicat şi 97 sifilis secundar cu diverse recăderi. După rasă: 461 albi, 590 negri, 7 alte rase. După sex: 791 bărbaţi şi 627 femei, dintre care 58 însărcinate. 113 bolnavi au fost observaţi 4 luni şi mai mult, ceilalţi numai 2 luni.

S'au putut constata următoarele rezultate:

**Dispariţia treponemelor din leziunile deschise tratate** exclusiv cu Penicillină s'a observat în 6—60 de ore. Cu dozele extreme de 1.000 şi 40.000 u. media timpului de dispariţie este de 21 şi 14 ore. Administrarea intra-venoasă nu este mai avantajoasă decât cea intra-musculară.

**Vindecarea leziunilor** se obţine mai repede decât după chimioterapia standard, dacă se întrebuinţează un dozaj superior (300.000 u.).

**Reacţiunile serologice.** Cu cât dozajul este mai mare cu atât reacţiunile se negativează mai repede, în medie în 20 de zile dela începerea tratamentului. 48 de cazuri de sifilis primar seronegativ şi sero pozitiv au fost urmărite 9 şi mai multe săptămâni. Dintre acestea, 28 negative au rămas permanent negative; 18 negative s'au pozitivat şi apoi iarăşi s'au negativat; 2 recăderi serologice. Urmează deci ca rezultate provizorii pentru scurtul timp de observaţie, 95,8% rezultate pozitive.

**Recăderea după tratamentul cu Penicillină,** după o perioadă minimă de observaţie de 38 de zile. In sifilisul primar seropozitiv, s'au înregistrat recăderi în 25% dintre bolnavii trataţi 8 zile cu 60.000 u. şi de 2,6% la cei care au primit în 8 zile 1.200.000 u. In sifilisul secundar şi în aceleaşi condiţiuni, recăderile au fost de 29,6% la cei cu 60.000 u. şi de 3,1% la cei cu 1.200.000 u. In sifilisul recent de orice fel tratat după tot felul de scheme de tratament dar intramuscular, s'a observat 28,2% recăderi la cei cu 60.000 u; 2% recăderi la cei cu 1.200.000 u. şi 1,4% recăderi la cei cu 300.000 u. + 320 mlg. mapharsen. In sfârşit în sifilisul de orice fel, tratat prin orice fel de metodă cu Penicillină s'a observat: în sifilisul primar seronegativ 3,2% recăderi; în sifilisul primar seropozitiv 5% recăderi; în sifilisul secundar 9,8% recăderi.

Tratamentul în **forme special de sifilis recent:** 13 bolnavi au avut lichidul cefalo-rahidian pozitiv înainte de tratament; după tratament sau în cursul lui au dispărut anomaliile în 10 cazuri între 10—15 zile. La 3 au persistat.

**Meningită sifilitică acută.** 10 pacienţi cu fost trataţi în 7 zile jumătate cu 1.200.000 u. S'a observat ameliorări simptomatice, dramatic de prompte, în toate cazurile şi dispariţia anomaliilor lichidului cefalorahidian în majoritatea cazurilor.

**Tratamentul sifilisului recent rezistent** a dus la o promptă vindecare în toate cazurile (8).

**Sifilisul congenital infantil** este tot aşa de bine influenţat ca şi sifilisul căpătat al adulţilor.

**Sarcina:** au fost tratate 58 de femei însărcinate, dar timpul prea scurt nu a permis a se trage concluzii.

**Reacţii la Penicillină:** din 1418 bolnavi au făcut reacţii Herxhei-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

mer 846 adică 59% în primele 24 de ore, manifestate prin febră sau exacerbarea leziunilor secundare. Niciodată nu s'a turburat urmările tratamentului. 15 bolnavi au făcut reacţiuni cutanate urticariene, 7 reacţii gastro-intestinale, 33 febră secundară, 2 abcese fesiere.

Concluziile ce se pot trage din acest lot de bolnavi în tratament sunt:

1. Rezultate bune în sifilisul recent în ce priveşte dispariţia leziunilor, a treponemelor şi inversarea serologică.

2. Aceste rezultate sunt în general obţinute cu administrarea de 60.000 — 1.200.000 u. în 60 de injecţii şi în 7 zile şi jumătate la fel ca şi cu 300.000 u. până la 1.200.000 u. în 30 de injecţii şi în 4 zile.

3. Aceste rezultate nu pot însă determina relaţia dintre doza optimă şi timp, care depinde de incidenţa recăderilor.

4. Incidenţa recăderilor este în directă legătură cu dozajul dat intramuscular în 7 zile şi jumătate: mai mare cu 60.000 u. şi mai mic cu 1.200.000 u.; mai dese după administrarea intravenoasă, decât după cea intramusculară.

5. Cea mai joasă incidenţă a recăderilor şi cel mai satisfăcător răspuns serologic a fost dat de grupele de pacienţi trataţi cu Penicillină, plus o doză subcurativă de mapharsen.

6. Penicillina are efect favorabil în neurosifilisul recent, în meningita acută sifilitică, în sifilisul recent rezistent la tratamentul arsenical şi bismutic şi în sifilisul congenital infantil.

7. Nu se pot exprima opinii asupra efectelor în prevenirea sifilisului prenatal.

8. Doza minimă în sifilisul secundar nu poate fi mai mică decât 1.200.000 u.; probabil va trebui sporită.

9. Reacţiile Herxheimer după Penicillină sunt frecvente în sifilisul recent, dar nu serioase.

* * *

Acţiunea Penicillinei în sifilisul târziu inclusiv neurosifilisul, sifilisul benign târziu şi sifilisul congenital târziu a fost studiată în 8 clinici. S'a constatat că Penicillina aduce ameliorări distincte serologice şi clinice în toate aceste afecţiuni. Materialul colectat dela 182 de bolnavi, observaţi în 8—214 zile după instituirea tratamentului, a permis să se constate că atât paralizia generală (56 de cazuri) cât şi neuro sifilisul (122 de cazuri) sunt incontestabil influenţate de Penicillină. S'au admis 2 grade de tratament: unul de intensitate slabă cu 600.000 până la 1.200.000 u. de sare sodică şi altul de mare intensitate cu 2.400.000 u. până la 4.000.000 de unităţi, acestea din urmă administrate în 2—4 ore. Nu s'a putut deosebi diferenţe în efecte între aceste două grade de tratament.

Din materialul de 182 de cazuri de sifilis târziu în care predomină neuro-sifilisul cu 122 de cazuri şi se cuprinde sifilisul gomos benign, sifilisul ocular şi sifilisul congenital târziu observat pe un interval de 8—214 zile, după ce s'a început terapia cu Penicillină şi folosindu-se o mare serie de scheme de dozaj şi timp, s'au putut obţine următoarele observaţii.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

1. Leziunile de sifilis gomos benign al pielii şi oaselor se vindecă în 12—46 de zile, cu un dozaj de aproximativ 300.000 u.

2. In toate tipurile de sifilis şi indiferent de schema de tratament folosită, Penicillina aduce reducerea titlului reaginei sifilitice din sânge în 50—60% dintre cazurile târzii. O reacţie iniţială în genul Herxheimer sau o provocare s'au observat în 20% dintre cazuri. S'au tratat numai 5 cazuri sero-rezistente dintre cari unul s'a negativat, iar altul s'a ameliorat.

3. Lichidul c. r. anormal în neurosifilis s'a ameliorat în 74% şi a revenit la normal în 33%. Modificarea cea mai obişnuită se observă asupra numărului limfocitelor şi a proteinei totale, (în 67% din cazuri). La un bolnav lichidul s'a normalizat înăuntrul perioadei de observaţie. In neurosifilisul asimptomatic toate analizele s'au ameliorat în 25% dintre cazuri.

4. Paralizia simplă demenţială s'a ameliorat cu 80%, în 30 cazuri; ameliorări 50% în jumătate de cazuri, ameliorări 75% în 8 cazuri şi 1 revenit la normal. In paralizia generală progresivă mai avansată s'au obţinut ameliorări de 75% la 2 din 10 bolnavi; 1 bolnav cu ameliorare de 50% şi 7 neschimbaţi. In tabes: din 14 cazuri a 5-a parte s'au ameliorat cu 50%. Din 7 dureri fulgurante 2 au dispărut complet, 1 s'a ameliorat cu 50%, 2 cu 25%, unul nu s'a schimbat şi unul s'a înrăutăţit. Din 7 cazuri de atrofie optică niciunul nu s'a înrăutăţit, unul s'a ameliorat. In neurosifilisul meningovascular 40% s'au ameliorat cu 50—75%.

5. In sifilisul târziu şi în deosebi în neurosifilis, dozele mici au efecte bune mai ales când sunt repetate. Este o technică superioară întrebuinţării de doze mari iniţiale. Cazurile cu număr de limfocite moderat sau mare, reacţionează ceva mai bine la tratamentul cu Penicillină, decât cazurile cu număr mic.

6. Tratamentul prealabil al sifilisului cu malarie şi alte procedee febrile nu constitue niciun avantaj faţă de rezultatele obţinute numai cu Penicillină.

7. In sifilisul congenital târziu keratita interstiţială s'a ameliorat, la 6 din 14 cazuri, cu 3—100%; unul cu 75%, 2 cu 50%. Două înrăutăţiri definitive.

8. In nevrita optică (2 cazuri) s'a obţinut ameliorări dintre care unul cu 100%.

9. Din 2 cazuri de surzenie prin perechea a 8-a, rezultatele au fost echivoce.

10. Reacţiile Herxheimer pot fi serioase în sifilisul târziu dar se înlătură prin reducerea dozelor de Penicillină administrate în primele 24—48 de ore. Reacţiile la Penicillina propriu zisă sunt puţine şi lipsite de gravitate.

Din aceste prime constatări se poate trage concluzia că Penicillina va însemna sigur un mare progres în tratamentul sifilisului, dacă observaţiile de până acum vor confirma aceste date. Reducerea enormă a duratei tratamentului şi relativa lui inocuitate vor fi cele două imense avantagii, care ne permit să credem că în viitor această boală atât de nefastă, va fi practic desfiinţată.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

*Spitalul „Sf. Spiridon" Iaşi*
*Clinica terapeutică*

# POSTUL PRELUNGIT CA METODA DE TRATAMENT

de

**CONST ZOSIN** şi **PAULA ZOSIN**
Asistenţi universitari

Postul, ca metodă terapeutică, a căpătat în ultimii ani un fundament ştiinţific, datorită cercetărilor fiziologilor şi observaţiilor clinice, care au arătat modificările metabolice, ce au loc în organism, în timpul postului.

Tratamentul cel mai uzitat astăzi utilizează metoda postului prelungit, timp de 10-16 zile, bolnavul primind ca alimentaţie, o anumită cantitate de lichide, ce variază între 700-750 gr. lichide.

Postul poate fi:

1. Postul cu ceai.
2. Postul cu zeamă de compot.
3. Postul cu sucuri de fructe şi legume crude.

Postul cu sucuri de crudităţi este utilizat de majoritatea autorilor, recomandându-se zeama fructelor şi legumelor preferate de bolnav sau care se găsesc într'un anumit anotimp.

— Trecerea dela post la alimentaţie se va face treptat.

— Indicaţiile postului: afecţiuni cardiace (insuficienţă cardiacă decompensată, insuficienţă coronariană, etc).

Afecţiuni renale: glomerulo nefrita difuză acută, glomerulo nefrita difuză cronică, scleroza renală benignă, pseudouremia acută.

Hipertensiunea arterială esenţială.

Maladii de nutriţie: obezitatea, diabetul, litiaza biliară, litiaza renală.

Maladii alergice: astmul bronchial, rinita alergică, colica mucoasă, exema şi migrena alergică.

Maladiile tubului digestiv: ulcerul gastric şi duodenal, constipaţia cronică, colitele, dispepsiile cronice.

Maladiile infecţioase şi unele reumatisme.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Postul, ca metodă terapeutică, se practică din cele mai vechi timpuri. Impus de anumite sisteme religioase, el era considerat ca o metodă de curăţire a corpului cât şi a spiritului.

Buda, Christos şi Moise au postit fiecare câte 40 zile şi în religiile lor recomandă postul. Un părinte al Bisericei, Sf. Crisostomos, descrie acţiunea binefăcătoare a postului cu următoarele cuvinte:

„Postul înfrânează plăcerea şi mânia, trezeşte puterea de judecată, dă cugetărei vioiciune şi claritate, face corpul sprinten, vindecă durerea de cap şi este folositor ochilor".

Cel mai mare medic al tuturor timpurilor, Hippokrates, ne învaţă: „Cu cât mai mult se alimentează un bolnav, cu atât mai mult i se agravează suferinţa".

In secolul al XVIII şi XIX-lea postul prelungit este una din metodele terapeutice ale şcoalei naturiste, aplicându-se cu deosebire în afecţiunile gastro-intestinale, ulcer, apendicită, colicistită, etc. Mo-

dul deosebit în aplicarea metodei a dus la multe erori şi exagerări, fiind privită de cei mai mulţi clinicieni cu neîncredere.

C. von Noorden recomandă postul la hipertensivi, precum şi în diferite afecţiuni ale tubului digestiv. El a observat pentru prima oară la un bolnav ce suferea de nefrită ameninţat de pericolul uremiei, ce a fost supus la post cu zeamă de fructe şi zahăr, o scădere a substanţelor azotate din sânge.

Volhard mai târziu aplică postul absolut, aşa numita cură de foame şi sete timp de 3—7 zile, în glomerulo nefrita difuză acută, ameninţată de uremie şi în pseudouremia acută, (forma eclamptică).

Nonnenbruch a arătat pe un mare număr de cazuri eficacitatea acestui tratament.

Allen şi Joslin, înainte de epoca insulinică, tratau diabetul zaharat prin post.

O. Muck a obţinut rezultate bune în migrenă şi în crampele arterelor cerebrale, iar Talbot, Schaw şi Karger tratează accesele epileptice la copii prin post.

In terapeutica intoxicaţiei cronice cu alcool, morfină şi nicotină, postul a dat rezultatele cele mai frumoase.

Rezultate deosebit de mulţumitoare cu ajutorul postului se obţin în tratamentul afecţiunilor cardiace cronice.

Cercetările fiziologilor şi observaţiile clinicienilor din ultimii ani, au dat un fundament ştiinţific acestei metode, arătând în parte, modificările schimburilor metabolice ce au loc în organism în timpul postului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Autori ca: Brauchle, Heun, Grote, Just, Gutzeit, Kapferer, Drigalski, Günter, Riedlin, Meyer, Schenk şi a'ţii în Germania, Segesser în Elveţia, Guelpa în Franţa şi Dewey în America, sunt reprezentaţii cei mai cunoscuţi ai acestei concepţii terapeutice.

Ei au adus prin experienţa şi cercetările lor o contribuţie din cele mai importante, căutând să obţină maximum de rezultate, prin aplicarea raţională a acestei metode de tratament.

*
* *

Organismul bolnav încearcă adesea singur să-şi reducă din alimentaţie. Dispariţia senzaţiei de foame şi diminuarea apetitului faţă de anumite alimente este un simptom clinic important în multe maladii.

Se pare că medicina ştiinţifică a neglijat acest fenomen, importanţa lui nefiind apreciat la o justă valoare.

Refuzul instictiv faţă de alimente, ce se vede la bolnavi, este socotit de către şcoala naturistă, ca o reacţie de apărare a organismului bolnav.

După Grote, postul utilizat ca metodă terapeutică, nu este altceva decât **organizarea unui instinct.** El crede că prin dispariţia senzaţiei de foame, ce se observă în cele mai multe maladii, organismul bolnav vrea să împiedice cheltuiala energetică necesară transformărei alimentelor, deoarece schimburile metabolice ale organismului bolnav sunt cu mult împovărate în comparaţie cu a celui sănătos; organismul

bolnav îşi utilizează mai curând această cheltuială energetică pentru nevoile sale interne tulburate, decât pentru transformarea alimentelor care în starea de suferinţă a organismului devin mai mult un balast decât un folos.

De aceia, măsura cea mai indicată, bineînţeles fără exagerări, faţă de un bolnav căruia îi lipseşte pofta de mâncare, este oprirea alimentaţiei. Pentru aplicarea acestui principiu, este necesară totdeauna o cunoaştere a nevoilor imediate ale organismului şi a tulburărilor metabolice ale maladiei, ştiind că nu orice turburare se ameliorează prin post, din contră, în unele cazuri, postul poate provoca o agravare a tuturor fenomenelor.

Punctul de vedere, care caută să explice acţiunea postului ca metodă de vindecare, este reprezentat în deosebi prin concepţia terapiei naturiste, cari presupune că una din cauzele determinante ale maladiilor este reţenţia şi depozitarea otrăvurilor în ţesuturi. Datorită postului are loc o curăţire, o purificare a organismului de diferite otrăvuri; postul realizând astfel o dezintoxicare a organismului. Afară de acest fapt, s'a dovedit că în post creşte puterea de apărare a organismului prin creşterea capacităţilor imunobiologice.

Influenţa postului asupra diferitelor metabolisme a fost studiată amănunţit, la indivizi sănătoşi ce au fost supuşi curei de foame. Cercetările făcute de către: Benedict, E. Grafe, Morgulis, Munk, Heubner, E. Schenk şi Meyer au arătat modificările metabolice, la om şi animal, în timpul postului. Din observaţiile făcute de către clinicieni, ce au aplicat această metodă în diferite maladii, s'au încercat să se tragă unele concluzii.

Metabolismul protidelor sufere modificări importante. Dozarea azotului total şi a fracţiunilor ce-l compun: uree, acid uric, aminoacizi, creatină-creatinină şi amoniac, se face în majoritatea cazurilor, în urină, unde aceste corpuri se elimină în procentul cel mai mare. Prin materiile fecale, eliminarea azotului total este într'un procent de aproape 12%. Desigur că nedozarea azotului din scaun este un motiv de mici erori.

In primele zile de post, eliminarea azotului creşte, de la a 2-a până la a 4-a zi, apoi urmează o perioadă lungă, în care valoarea azotului este scăzută. In experienţele făcute pe animale, s'a observat că în stadiul premortal, datorită unei distrugeri a albuminelor, survine o creştere în eliminările azotului.

In mod normal, azotul ureic reprezintă 70-90% din azotul total; în timpul primei săptămâni de post urmează atât în valorile absolute cât şi în cele relative, proporţional, eliminările azotului total. La sfârşitul primei săptămâni de post, cantitatea de uree scade, datorită faptului că parte din azot este eliminat sub forma unei cantităţi mai mari de amoniac, fapt ce se datoreşte acidozei.

Morgulis a observat în acidoza datorită foamei, un strâns parolelism între intensitatea eliminării amoniacului, şi gradul aciditătii urinare.

Eliminarea amoniacului se găseşte într'un raport invers proporţional faţă de eliminarea ureei.

Eliminarea acidului uric arată mici deosebiri faţă de normal. El scade la începutul postului, apoi urmează o creştere, pentru a scădea iarăşi în timpul apariţiei acidozei. Apoi eliminarea acidului uric creşte din nou.

Aminoacizii nu arată particularităţi importante în eliminare. Se observă o uşoară scădere în timpul acidozei.

Creatina şi creatinina arată numai uşoare creşteri în eliminare, în timpul postului.

Modificările în eliminările substanţelor azotate, după cum arată Morgulis, stau într'o strânsă relaţie cu metabolismul hidraţilor de cărbune şi anume cu modificările rezervelor de glicogen.

Este cunoscut faptul, că la un individ supus foamei, datorită carenţei hidraţilor de cărbune, apare o stare de acidoză. Aceasta se manifestă prin eliminarea în urină a corpilor cetonici, ce ating valoarea maximă între a 3-a şi a 6-a zi de post (Criza acidă). Utilizarea metodei postului prelungit cu zeamă de compot sau sucuri de fructe face ca eliminarea corpilor cetonici să atingă valori f. mici, iar adesea aceşti corpi cetonici lipsesc. Valorile pe cari le atinge acetona, variează între 1-2 grame, după care dispare. Tendinţa la acidoză face loc unei uşoare stări de alcaloză. Prezenţa acetonei în urină este însoţită de o creştere în eliminarea amoniacului. Apariţia corpilor cetonici este datorită diminuării glicogenului endogen din ficat şi muşchi.

Grote arată că fenomenele de acidoză ce au loc în post sunt deosebite de cele ce se observă în diabet. La cei supuşi postului, se produce un fenomen de economisire, ce inhibă consumarea rezervelor de glicogen şi care se manifestă printr'o diminuare a metabolismului general. Acest principiu corespunde şi experienţii de inhibiţie a cetozei, prin acţiunea zilelor de foame la unii diabetici, după metoda lui Allen şi Joslin. Examenul glicemiei arată valori normale.

In metabolismul mineral rolul deosebit îl are eliminarea clorurei de sodiu; acest fapt este datorit strânsei relaţiuni ce există între pretenţia clorurei de sodiu şi metabolismul apei.

Dela lucrările lui Widal şi Javal, se ştie că ionul de sodiu favorizează producerea edemului. Acest ion asociat cu clorul sau alţi anioni produc o inhibiţie a diurezei.

Cura de post cu compot sau sucuri de fructe si legume duce la o eliminare crescută a clorurei de sodiu. In afecţiunile însoţite de edem, afecţiunile renale şi cele cardiace, survin importante modificări în bilanţul clorurei de sodiu, aceasta fiind strâns legată de cantitatea de urină eliminată. Cantitatea de clorură de sodiu eliminată prin urină creşte uneori la valori deosebit de mari, (într'un caz observat de noi, de glomerulonefrită difuză acută, în a 8-a zi de post cu zeamă de compot, bolnavul a eliminat 18,2 grame clorură de sodiu), edemele au dispărut, eliminându-se mari cantităţi de urină. După dispariţia edemelor, valorile clorurei de sodiu găsite sunt sub valoarea minimală normală.

Cercetarea substanţelor provenite din metabolismul intermediar care se evidenţiază prin reacţia xantoproteică a lui Becher, arată im-

portante modificări. Această reacţie, de obicei creşte în primă săptămână de post, atingând valorile cele mai mari; scade într'a doua săptămână, către sfârşitul curei. Valorile reacţiei xantoproteice din sânge merg paralel cu cele găsite în urină.

Grote consideră scăderea reacţiei xantoproteice în sânge ca un semn de curăţire a organismului de substanţele toxice; aceasta fiind un indicator în suspendarea curei de post şi trecerea la o alimentaţie uşoară. Intensificarea reacţiei în timpul postului presupune o trecere a substanţelor intermediare din ţesuturi în sânge urmate apoi de eliminarea lor prin urină.

S'a putut face dovada, că în timpul postului creşte puterea de apărare a organismului. Astfel, serul sancvin are o putere bactericidă crescută.

Urmărind o serie de bolnavi, suferind de afecţiuni renale cronice însoţite de fenomene de insuficienţă renală, care au fost supuşi la cura de post cu zile de compot, printre altele, am urmărit substanţele azotate în sânge şi urină, clorurul de sodiu şi starea de acidoză a sângelui.

Intr'un procent de 60% din cazuri, în glomerulo nefrita cronică difuză, însoţită de insuficienţă renală, (ureea în sânge fiind crescută între 0,60—2,50 gr. %) ureea a revenit la normal după prima săptămână de post, iar în 30% din cazuri în a doua săptămână.

In acelaş timp, s'a observat o scădere a acidului uric. Clorurul de sodiu sanguin a scăzut în majoritatea cazurilor, ajungând uneori la valori normale. In ceia ce priveşte aprecierea stărei de acidoză, aceasta s'a făcut prin determinarea rezervei alcaline.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In majoritatea cazurilor cercetările noastre au arătat o rezervă alcalină scăzută. Bolnavii supuşi postului cu zeamă de compot au prezentat după prima săptămână o creştere a rezervei alcaline, care în unele cazuri a atins un grad de alcalinitate. La nici un bolnav nu s'a semnalat prezenţa corpilor cetonici în urină.

Aceste succinte observaţii, pe care le semnalăm aci, fac parte dintr'o lucrare asupra tratamentului nefritelor cronice prin metoda postului prelungit.

* * *

Postul utilizat ca metodă de tratament, poate fi recomandat ca post total sau ca post relativ.

Metoda postului total, complet, absolut, prin care se suprimă orice aliment, nu se aplică astăzi în clinică, decât pe un termen limitat, fiind metoda de tratament pe care şcoala lui Volhard o numeşte cura de foame şi sete şi care se recomandă deobicei în glomerulonefrita difuză acută. (In general, se consideră o cură de post numai atunci când postul durează mai mult de trei zile, adică cel puţin 5—6 zile şi cel mult 14-20 zile).

Prin postul relativ, se înţeleg o serie de procedee dietetice, care reduc într'o măsură mai mare sau mai mică alimentele şi băuturile. Dintre toate procedeele utilizate până acum, în practică, a dat dovadă de o eficacitate deosebită, cura de post prelungit cu zeamă de fructe şi legume crude.

Vom face o scurtă privire a procedeelor celor mai uzitate.

1. **Cura de lapte a lui Karell sau zilele Karell** este unul din vechile procedee dietetice, aplicat cu deosebire în tratamntul afecţiunilor cardiace şi în tratamentul obezităţii, constând în alimentarea bolnavului cu 800—1000 gr. lapte pe zi, timp de trei zile.

In unele cazuri, se poate prelungi această cură timp de 6—8 zile. Prin faptul că laptele este un aliment ce conţine o cantitate apreciabilă de lichide, protide şi sare, nu poate fi vreo analogie cu metodele actuale, de post, ce utilizează postul cu sucuri de crudităţi.

Este o metodă ce nu se mai utilizează, rezultatele ei fiind inferioare postului cu sucuri.

2. **Postul parţial.** Nu este o metodă de post propriu zisă, ci un procedeu de a se reduce o parte din alimentaţia prea abondentă a unor bolnavi, în deosebi acelora ce suferă de obezitate. A fost preconizată de Dewey în America, numindu-l postul de dimineaţă. Acesta constă din puţin ceai sau zeamă de fructe, în locul obişnuitei mese de dimineaţă. In acest mod, alimentaţia se reduce aproximativ cu o treime.

3. **Postul periodic** se mai numeşte şi cura lui Guelpa, după numele cunoscutului medic francez. Acest post se deosebeşte de toate celelalte procedee, prin faptul că în perioada de post absolut bolnavul este purgat zilnic. Autorul îşi bazează concepţia terapeutică pe faptul că cele mai multe maladii sunt datorite toxinelor intestinale.

Cura începe printr'o perioadă de post absolut de 3—5 zile; zilnic în acest interval, bolnavului i se administrează 40—50 gr., sulfat de sodiu. Se poate permite apa minerală, ceaiul şi cafeaua de malz. Urmează apoi o perioadă de aproximativ o săptămână de regim vegetarian. După perioada vegetariană se revine la postul cu care a fost începută cura. Apoi urmează iarăşi o perioadă vegetariană de 12—15 zile, permiţându-se de data aceasta o alimentaţie mai abondentă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

După ce s'a executat cura descrisă mai sus, se mai poate repeta ultimul post, însoţit de perioada vegetariană, dacă nu s'a obţinut succesul terapeutic dorit. La fel, întreaga cură se poate repeta la intervale determinate.

4. **Cura de post prelungit** a dat dovadă de o eficacitate deosebită. Sunt diferite procedee. Mai cunoscute sunt metodele lui Brauchle şi Grote. In scop pregătitor, se poate începe cura cu două zile de fructe, crude, în acelaş timp se evacuiază intestinul cu ajutorul unei cantităţi de 40 gr., sulfat de sodiu, sare de Karlsbad sau oleu de ricin.

Purgativul se ia de obicei în dimineaţa primei zile de post. Va putea fi repetat a doua şi a treia zi. In cazurile când bolnavul este constipat, se va administra aceleaşi medicamente, zilnic sau la două zile, în doză laxativă. Grote recomandă la bolnavii săi, în tot timpul postului, în fiecare dimineaţă, o clismă de un sfert de litru infuzie de muşeţel, care uşurează evacuarea scaunului. Alţi autori recomandă zilnic o clismă de 1 l. de apă, cu o temperatură de 33°.

Postul poate fi:

a) **postul cu ceaiuri.**

b) postul cu compot.

c) postul cu sucuri de fructe şi legume crude.

a) **Postul cu ceai.** Bolnavul primeşte în timpul unei zile, o cantitate de aproximativ 750 gr., de ceai, rezultat prin opărirea plantelor ce se utilizează obişnuit ca ceaiuri: muşeţel, mentă, thei, nalbă, etc. Postul cu ceai se recomandă în special, atunci când se urmăreşte obţinerea unei stări de acidoză crescută.

b) **Postul cu zeamă de compot.** Se recomandă compotul din diferite fructe. Acest compot se indulceşte cu zahăr sau cu dextropur.

Unii bolnavi preferă postul cu compot de mere. Compotul se poate prepara dintr'un kgr. sau 1,½ kgr., mere tăiate felii şi curăţate de coajă sau se pot fierbe necurăţate de coajă şi trecute apoi prin sită. Se dă în aceiaşi cantitate ca şi ceaiul.

c) **Postul cu zeamă de fructe şi legume crude.** Mulţi autori, Bircher-Benner, Brauchle, Heun, Grote, etc., preferă utilizarea la începutul postului a sucurilor de fructe şi legume, după care pot trece la aşa numitul regim de „Rohkost", urmând apoi o dietă vegetariană.

Zeama de fructe şi de legume crude este săracă în calorii şi conţine pe lângă apă (80%) o cantitate apreciabilă de zahăr (7-9% gr), săruri minerale, în deosebi săruri de potasiu şi de calciu, ce au o acţiune diuretică, — clorul şi sodiu lipsesc aproape complect, acizi organici, substanţe alcaline, oleuri eterice, vitamine, hormoni şi fermenţi.

Sucurile de fructe şi legume au o importanţă deosebită ca factor terapeutic, prin faptul că nu conţin protide, decât în mici cantităţi. Concentraţia zahărului ce se găseşte în sucul fructelor, fiind aproape izotonică cu lichidele organismului, are o acţiune favorabilă. Brauchle consideră conţinutul ridicat în vitamine, ca unul din cei mai importanţi factori terapeutici.

Afară de vitamine se găsesc hormoni (foliculină, progesteron) şi anumiţi coloizi protectori, care prin fierbere sau încălzire sunt distruşi.

Aceşti coloizi protectori ar împiedica formarea calculilor biliari şi renali, după cum a arătat cercetările lui Mc. Carrison.

In ultimul timp, acţiunea eficace a postului, cu regimul de sucuri şi cruditâţi, este explicat de Kollath, prin fenomenele de oxido-reducţiune.

In general, se recomandă zeama fructelor şi legumelor preferate de bolnav şi mai cu seamă fructele şi legumele ce se găsesc într'un anumit anotimp. Pentru prepararea sucurilor de fructe şi legume, se aleg fructele şi legumele proaspete şi coapte, se curăţă, eliminându-se părţile nedigerabile. Coaja şi sâmburii nu se aruncă, deoarece aici se găsesc cele mai multe substanţe minerale şi vitamine.

Cu ajutorul unei maşini presă de preparat zeama din fructele şi legumele crude, se poate obţine cantitatea dorită de zeamă. Astfel, se poate prepara zeama din următoarele fructe: mere, pere, portocale, lămâi, caise, prune, cireşe, vişine, corcoduşe, piersici, struguri, ananas, chitre, fragi, smeură, mure, afine, etc., şi din următoarele legume: tomate, castraveţi, dovleac, pepene, salată verde, sparanghel, andive, spanac, lobodă, sfeclă, cicoare, ţăţină, pătrunjel, usturoi, etc.

Pentru a da un gust cât mai plăcut, se pot face amestecuri din aceste sucuri, în proporţii diferite. Unele sucuri de fructe, fiind mai bogate în hidraţi de cărbune, de ex.: zeama de struguri, se vor dilua cu apă. Se poate administra numai 1/3 din cantitatea de lichide, sub formă de zeamă de fructe şi legume, restul putând fi complectat cu ceai sau compot.

Ca exemplu de cură de post prelungit cu sucuri de fructe şi legume, Heun dă schema de tratament, pe care o descrim mai jos. Aceasta se poate aplica timp de o săptămână.

Autorul dă cantităţile medii de fructe şi legume calculate în grame, din care se poate extrage zeama prin presare.

**Prima zi.**

dimineaţa: zeamă de prune (500-700 gr. prune, eventual şi 1 lămâie).
amiază: zeamă de tomate (400-500 gr. tomate, o lingură zeamă de ceapă şi o lămâie).
seara: zeamă de caise (400-500 gr. caise proaspete sau 150 gr. caise uscate, ţinute 12 ore în apă).

**A doua zi.**

dimineaţa: suc de portocale (7-9 portocale).
amiază: zeamă de ţelină (900-1000 gr. ţelină + 1 lingură zeamă de arpagică + 1/2 lămâie).
seara: zeamă de struguri (500-700 gr. struguri).

**A treia zi.**

dimineaţa: zeamă de mere (800-1000 gr. mere proaspete).
amiază: „ „ castraveţi (300-400 gr. castraveţi + 2 linguri de mărar + 1/2 lămâie).
seara: zeamă de grappe fruit (zeama curată din 3-4 fructe sau amestecată cu zeamă de pere, 2 grappe fruituri şi 2-300 gr. pere moi).

**A patra zi.**

dimineaţa: zeamă de prune (5-700 gr. de prune, eventual cu 1/2 de lămâie sau 150-200 gr. prune uscate ţinute timp de 12 ore în apă + zeama dela 1 lămâie).
amiază: zeamă de morcov (800-1000 gr. morcov + 2 linguri zeamă de pătrunjel sau zeamă de usturoi, eventual 50 gr. zeamă de ridichi, urzici sau păpădie).
seara: zeamă de agrişe, amestecată cu zeamă de fragi în proporţii egale.

**A 5-a zi.**

dimineaţa: zeamă de afine (500 gr. afine + zeama din 1/2 lămâie)).
amiază: „ de castraveţi şi ridichi (500 gr. castraveţi + 100 gr. ridichi + zeama din 1 lămâie).

**A 6-a zi.**

dimineaţa: zeamă de cireşe (500-600 gr. cireşe sau vişine. Se poate adăuga 1/3 zeamă de coreduşe sau zeamă de prune).
amiază: zeamă de spanac şi tomate (400 gr. spanac + 200 gr. tomate + zeama de la 1-2 lămâi).
seara: zeamă de agrişe şi pomuşoară (300 gr. pomuşoară + 300 gr. agr).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

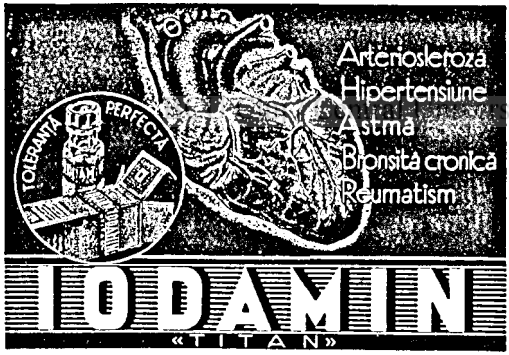
**A 7-a zi.**

dimineața: zeamă de persici (500 gr. piersici + 1 lămâie).
amiază: „ „ usturoi și morcov (600 gr. morcov + 300 gr. usturoi + 2 ling. zeamă de ceapă)).
seara: zeamă de agrișă și de zmeură (300 gr. agrișă + 200 gr smeură).

Deoarece nu toate felurile de fructe și legume, din tabelul de mai sus, se găsesc în orice anotimp, în practică se pot repeta la trei, patru zile, fără nici un dezavantaj.

Autorul crede că acțiunea terapeutică a postului cu sucuri este cu atât mai eficace, cu cât sucurile utilizate sunt mai variate, în deosebi în ceia ce privește amestecul sucurilor de legume.

(Va urma).


MEDICAȚIUNE
IODATĂ
INTENSIVĂ

DISOLVANT
ȘI ELIMINATOR
AL
ACIDULUI URIC,

Reprezentanța pentru România S. I. F. s. a. r. București IV, Avram Iancu 32.

# SPRE O MEDICINĂ PREVENTIVĂ

de

**D-r CIOCHINA DIMITIL**
Răcăciuni-Bacău

Doctrinele medicale au străbătut numeroase etape, evoluând împreună cu progresele civilizaţiei. In prodigioasa sa evoluţie, medicina nu a încetat de a oscila între spiritualism şi materialism, între sinteză şi analiză. In aprofundarea legilor vieţii, medicina de azi şi de mâine, trebue să se bazeze pe colaborarea armonioasă a cunoştinţelor sociologice, fiziologice şi psihologice, cu preciziunile ştiinţelor experimentale.

Ştiinţa medicinei este cea mai vastă dintre toate ştiinţele şi toate descoperirile făcute în una din branşele activităţii umane au fost îmbrăţişate de dânsa pentru a-i servi să elaboreze un sistem nou. Legile care stăpânesc materia animată nefiind încă complect puse la punct, ea se aruncă cu aviditate asupra tuturor descoperirilor noi cu speranţa că va eşi la lumină.

Babeş-Bolyai Central University Library Cluj

Primul obiectiv al ei a fost de a învinge suferinţa, de a uşura durerea (sedare dolorem), apoi şi-a extins rolul asumându-şi întreţinerea sănătăţii prin aprofundarea însăşi a legilor vieţii şi a prevenirei bolilor.

Ea s'a menţinut însă mai mult pe linia sa curativă, studiind mai mult starea patologică decât starea normală, ajungând astfel să cunoască bolile mai bine decât sănătatea. Hiperspecializarea medicilor, a avut ca rezultat o izolare şi mai mult de o medicină preventivă, care cere un mai mare efort de sinteză, de ansamblu a mai multor ştiinţe. O legătură mai strânsă între medicina preventivă şi curativă, prin studiul mai profund al patogeniei, al fiziologiei şi psihologiei patologice, va pătrunde mai adânc în cunoaşterea bolilor, putându-se ajunge la un tratament preventiv şi unul curativ mai eficace.

Inainte de a cunoaşte boala în tot ciclul ei, este necesar a cunoaşte sănătatea în fond; numai astfel se va lumina calea unei medicini preventive. Fiinţa umană, dela început până la sfârşit evoluiază într'o stare de echilibru sau de sănătate şi care echilibru poate fi întrerupt dând naştere la acel dezechilibru, care este boala. Ea întrebuinţează,

pentru a realiza cele mai bune condiţiuni posibile a evoluţiei sale mijloace care sunt inerente proprietăţilor vitale. Acea „vix medicatrix naturae“ a lui Hippocrat este viaţa în evoluţie. In adevăr, natura umană obligată la fiecare moment de a face faţă unei mulţimi de cauze perturbatrice, care ţin fie de imperfecţiunile native, fie din influenţele venite din afară, este forţată de a apela la ştiinţele medicale care să-i fortifice forţele de apărare şi de menţinere a echilibrului. După Delore, sănătatea este menţinerea echilibrelor şi a ritmurilor organice normale. Noţiunea de echilibru vital îmbracă un sens fiziologic şi fizic, ştiinţe care stau la baza progresului.

De aici rezultă, că este interesant de a cunoaşte cât mai profund legile care stăpânesc echilibrele neuro-organice, ele fiind însăşi legile sănătăţii şi deopotrivă legile de pătrundere în structura intimă a bolilor.

Alexis Carrel împărţia sănătatea în două feluri: o sănătate naturală şi una artificială. Este preferabilă prima, care vine din rezistenţa ţesuturilor faţă de bolile infecţioase şi degenerative, din acel echilibru al sistemului nervos şi nu sănătatea artificială, care se bazează pe anumite restricţiuni, regimuri, vaccinuri, seruri, vitamine, produse endocrine, etc.

Medicina va ajunge la cel mai mare triumf, atunci când va descoperi mijloacele care să înlăture definitiv boala. Idealul ei este de a interveni în funcţiunile intime ale ţesuturilor şi organelor, de a stimula şi complecta funcţiunile insuficiente, de a creşte rezistenţa la infecţiuni, fortificând reacţia organelor şi a humorilor contra agenţilor, care turbură echilibrul organic. Pentru a-i asigura omului sănătatea trebue să i se cunoască adevărata sa natură. Sănătatea sa depinde de construcţia sa chimică şi structurală, de echilibrul intern între organe, de echilibrul extern, care încadrează factorii mediului, chimic, fiziologic şi social. Sănătatea colectivă, va fi asigurată prin măsuri generale de higienă, de eugenie, de educaţie şi prin modificări adecuate economice şi sociale. Ferrière, în „La loi du progrès“ spune că ar exista între fenomenele organice şi fenomenele sociale, analogii de ordin dinamic, care provin din originea lor comună, deoarece ambele sunt fenomene de viaţă. Fiecare vine pe lume cu un potenţial vital, sinteză a tuturor posibilităţilor, pe care hereditătile acumulate le-au plasat într'o particulă vie, înzestrată cu proprietăţi specia'e, astfel ca: facultatea de creştere, de nutriţie, de reproducţie, etc. şi care este scufundat în mediul ambiant unde intervin factori ca: aerul, căldura, umiditatea, starea electrică, presiunea barometrică şi toate forţele în mijlocul cărora trăim. Orice manifestaţie vitală este o replică la o stimulaţie. Graţie tuturor forţelor regulatrice, fiinţa umană se menţine în echilibru, în mijlocul schimbărilor neîncetate pe care i le imprimă mediul şi propria sa evoluţie. Natura umană este un organism complex, o simfonie a forţelor elementare, în care, speţe celulare asociate în aparate asigură prin funcţionarea lor armonioasă echilibrul funcţiunilor, necesare la menţinerea vieţii şi sănătăţii. Legătura care menţine ordinea şi armonia în această asociaţie, este asigurată de mediul

BCU Cluj / Central University Library Cluj

interior şi sistemul nervos. La om sistemul nervos a luat o desvoltare particulară depăşind funcţiunile vieţii vegetative şi acele de a asigura legătura funcţională a organelor, ridicându-se progresiv spre cucerirea gândirii pure, care s'a degajat din creerul care o produce, pentru a se purta spre abstracţiuni, a se înălţa spre ideal şi a se avânta spre cucerirea lumii materiale şi morale.

Spiritul nu este o cantitate neglijabilă în organismul uman, el este o modalitate a energiei universale, căreia viaţa îi este o expresie biologică (mens agitat molem = spiritul conduce materia).

Sistemul nervos se supune la aceleaşi legi ca şi alte aparate, dar prin extrema sa complexitate şi multitudinea funcţiunilor sale, a luat aşa mare importanţă că maşina umană este sub o dependenţă strânsă a integrităţii sale. Graţie lui, fiinţa umană a putut să se adapteze aşa de minunat mediului său. El menţine fiziologia şi anatomia în integritatea caracterelor lor fundamentale.

Atât cât legile echilibrului sunt respectate, organismul funcţionează într'un fel de tăcere, de satisfacţie, acea stare numită sănătate, îndată însă ce acest echilibru este violat, organismul trece la acea stare anormală, de nelinişte, numită boală. Boala este deci rezultatul rupturii echilibrelor sau a ritmurilor organice.

Pentru ca boala să se producă, trebue să intervină neapărat doi factori, un factor intrinsec (un teren de predispoziţie) sau o aptitudine la dezechilibru, cu alte cuvinte o capacitate reacţională anormală. Aceasta este condiţiunea primă sau cauza îndepărtată. După Tzannck, acea stare de insuficienţe funcţionale rezultând din tare organice dădea loc la ceeace numea „locus minoris resistentiae“ sau arătând rolul activ al terenului la „locus majoris reactionis“. Terenul de imunitate, spune Delore, este rezistenţa la desechilibru, la disritmie. Al doilea factor, extrinsec, este un agent de desechilibru, sau factor etiologic propriu-zis, care este cauza imediată, ocazională sau declanşantă. Medicina modernă, în mod greşit, s'a mărginit să studieze mai mult acest factor extrinsec al boalei. Această concepţie unicistă a închis gândirea medicală şi a îngreuia progresul medicinei preventive. Multiplicitatea, diversitatea nu este atât în afara individului, cât în el însuşi, în reacţiunile sale personale, adică în teren cu toţi factorii hereditari şi câştigaţi, somatici şi psichici, care îl caracterizează. Boala este punerea în acţiune a mijloacelor obişnuite a organismului uneori dirijate contra unei cauze exterioare care vine să atace sau să turbure funcţiunile sale, alteori întrebuinţate pentru a compensa lipsurile funcţionale native sau câştigate, sub dependinţa leziunilor organice deja existente sau în cale de evoluţie. Ea este o reacţie conservatorie, după unii; este o neîncetată luptă între fiinţa care vrea să dureze şi cauza care îi turbură funcţiunile. In această luptă acţiunile şi reacţiunile se împletesc; de aici dificultatea clinicianului în arta de a şti să recunoască în această desfăşurare a forţelor active acele care trebue să le ajute şi acele care trebue să le stăpânească. Cauza morbidă nu

BCU Cluj / Central University Library Cluj

lucrează decât ca provocatrice, ea se mărgineşte de a solicita ecloziunea unei serii de acte la care ea rămâne străină şi pe care organismul le produce prin vitalitatea sa proprie. Nu e cazul de a studia toate mecanismele de apărare şi de reacţiune întrebuinţate de organism.

Fiecare reacţionează după individualitatea sa, hereditatea sa, tarele sale câştigate, maladiile sale anterioare şi starea în care ele au lăsat anumite organe.

Boala este caracterizată prin simptome. Simptomele ca şi leziunile sunt create de teren şi nu impuse lui. Ele sunt semnele care ne permit de a ne urcà până la identificarea turburării funcţionale în cauză, sau a leziunei, care a declanşat procesul morbid; ele nu au totdeauna o interpretare simplă, căci organismul nu dispune decât de un număr restrâns de reacţii, astfel că sub reacţiuni univoce se ascund o infinitate de cauze patogenice disparate. Mai mult încă, în timp ce ai descoperit leziunea, problema nu este cu totul rezolvită, căci deseori leziunea nu este cauza, dar efectul boalei; căci varietăţile de leziuni sunt limitate în numărul şi aspectele lor ca şi simptomele. Trecerea dela starea de sănătate la starea de boală este insensibilă. In starea de sănătate se constată o succesiune, o înlănţuire de cauze şi efecte organice orientate spre scopul ideal al organismului; în starea de boală acest concurs armonic spre un scop comun apare turburat.

Funcţiunea defectuoasă începe de fapt cu mult înainte ca leziunea tisulară care îi corespunde să fi devenit aparentă sau definitivă; în acest interval, acea vix medicatrix se sforţează prin mijloace (al căror mecanism minunat ar trebui cunoscut) de a remedia turburările funcţionale din organism. Aici se petrece aplicarea la fiinţa umană a acelei mari legi a echilibrului, care este fundamentul universului dela infinitul mic—electronul—până la infinitul mare—cosmosul.

Starea normală nu este un punct matematic; ea este făcută dintr'o serie de oscilaţii în jurul unei oscilaţii mijlocii. Dacă o funcţiune întrece pe altele, se creiază deja un desechilibru, care ar da varietatea de temperamente. Dacă acest desechilibru se accentuiază, manifestându-se prin simptome nete şi constante, permanente sau paroxistice, avem un temperament morbid. Acesta din urmă, dacă în loc de a se localiza la un aparat în particular, interesează dela început organismul in întregime, avem diatezele, care sunt dispoziţii native de a da naştere sau întreţine bolile, în aparenţe diferite. In fine, dacă leziunile sunt fixe pe punctul de a creea o maladie în adevăr autonomă, având individualitatea sa bine marcată şi o personalitate totdeauna aceiaşi, se va vorbi de o entitate morbidă.

In studiul bolilor, se dă de obicei o formă descriptivă a simptomelor, fără a pătrunde în mecanismul lor fiziologic şi fără a le determina semnificaţia în evoluţia morbidă. Este interesant a cunoaşte valoarea funcţională a organelor bolnavilor, căci starea funcţiunei nu este întotdeauna în raport strâns cu starea anatomică a organului atins.

Turburarea funcţiunei precedă deobicei leziunea organului, căci este o lege a naturei că fiecare organ tinde să persevereze în funcţiunea sa; insuficienţele funcţionale fiind adesea prrma manifestaţie a unei boli care începe. Terapeutica este mai aptă de a restaura un aparat biologic în ritmul său normal decât de a-i repara leziunile tisulare odată ce ele au fost constituite. Acestea sunt sub dependinţa a cauze multiple dintre care unele sunt accesibile mijloacelor noastre de acţiune, în timp ce altele nu sunt justiciabile decât unei higiene profilactice.

Este obiectul medicinei preventive, de a codifica regulele care permit să înlăture în măsura posibilului pericolele unei heredităţi încărcate şi să furnizeze fiecărui individ directive în raport cu constituţia sa fizică şi trecutul său patologic.

Intre starea de sănătate şi starea de boală mai există o stare de trecere, o stare intermediară; studiul fiziologiei patologice tinde să ne arate că ruptura echilibrului nu coincide cu primele semne clinice, ci le precede cu mult mai înainte.

In consecinţă, evoluţia boalei trebue să se exprime în următoarele rei faze (după Delore):

I. Faza de predispoziţie morbidă. Este aptitudinea organismului de a se expune la anumite desechilibre. Aici i se deschide marea perspectivă a medicinei preventive individuale alături de cea socială sau colectivă.

II. Faza de debut real sau faza preclinică. Este faza biologică sau preanatomică. Diagnosticul său presupune semiologia semnelor biologice a turburărilor ritmice şi al desechilibrelor de debut al boalelor. Aici ar fi indicat un tratament abortiv.

III. Faza de stare sau perioada clinică, este faza cea mai mult studiată, sau faza deja înaintată a bolii, unde se aplică terapeutica curativă.

In concluzie, medicina preventivă trebuie să devină ştiinţa sănătăţii, să pună pe primul plan al ocupaţiunilor sale respectul legilor sănătăţii, care nu sunt suficient cunoscute.

De ajustarea reciprocă a structurei omului şi a mediului depinde sănătatea sau boala, forţa sau slăbiciunea, fericirea sau nenorocirea fiecăruia din noi.

Progresele fiziologiei patologice ne vor duce la cunoaşterea primelor turburări funcţionale, adică a debutului real al boalei şi de acolo la cunoaşterea stărei de predispoziţie, a constituţiior şi diatezelor morbide.

Din studiul sintetic al factorului intrinsec sau patogenic şi al factorului extrinsec sau etiologic, va trage folos medicina preventivă.

**Cazuri clinice**

# OSTEOM KISTIC AL ORBITEI

de

**Doc. D-r V. CERCHEZ**

Tumorile orbitei, fie că iau naştere din pereţii săi, fie din regiunile vecine, fie chiar în însăşi cavitatea orbitei, prin tulburările pe care pot să le provoace şi prin dificultăţile diagnosticului, merită toată atenţia.

Influenţa lor asupra globului ocular, asupra sinusurilor feţii şi prin complicaţiunile cerebrale cari de cele mai multe ori se întâmplă, cât şi prin dificultatea şi gravitatea intervenţiilor ce le necesită, prezintă o importanţă şi un interes cu totul deosebit.

In cunoaşterea tumorilor osoase a existat o mare confuzie până la lucrările şi studiile anatomo-patologice ale lui Virchow, Cornil, Ranvier, Recklinghausen etc., şi până la perioada bacteriologică; de atunci s'au putut separa tumorile osoase propriu zise de tumefacţiile inflamatorii osoase. Etiologia şi mai ales patogenia acestor tumori, chiar în starea actuală a cunoştiinţelor noastre, cari au reuşit de multe ori să aducă elemente noi foarte importante, rămân totuşi foarte obscure, neputând deslega în mod logic şi ştiinţific problema tumorilor osoase în special.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Sediul de predilecţie al osteomului se află în oasele scheletului capului, cari cuprind sinusurile feţii; nu s'a observat niciodată osteom pe oasele lungi ale membrelor.

După **A. Bedell 1924**, osteomul îşi ia origina nu în pereţii orbitei, ci în cavităţile vecine: în sinusul frontal şi etmoidal mai ales, mai rar în sinusul sfenoidal, fosele nasale şi sinusul maxilar. Despre osteomul fronto-etmoidal, unul din cele mai frecvente, la noi a fost descris şi publicat de Buzoianu 4 cazuri, Bagdasar şi Lăzărescu 1 caz şi Cosăcescu 1 caz.

**Lagrange** spune că regiunea de predilecţie a osteomului este unghiul supero-intern şi foarte rar unghiul extern.

Cele mai multe apar înainte de 25 ani provenind din periost, ceiace şi explică structura lor lamelară. Osteomul are structura osului adult, câteodată spongioasă ca osul normal, cu canale **Hawers** sau spaţii medulare; alteori este compact eburnat, ca fildeşul cu o stratificaţie concentrică cu lipsa canalelor lui **Hawers** şi fără vascularizaţie.

A. Bedell spune că traumatismul ar provoca un osteom al marginii orbitoare. La tumorile orbitei perioada de debut este variabilă după natura tumorii, adesea foarte lungă și numai după aceasta apar simptomele obiective și funcționale, cari atrag atenția și îngrijorarea pacientului.

Osteomele prin desvoltarea pe care o iau într'o cavitate și după mai mult timp se acopăr de o mucoasă roșie, o fibromucoasă, care cu timpul se îngroașă formând adevărate cavități kistice, dând naștere la osteom kistic, caz extrem de rar, așa cum este cazul nostru.

Caracterul esențial al osteomului kistic este încetineala în evoluție, fără simptomatologie specială, perioada de debut mergând până la 10-15 și 30 ani chiar, pentru osteomul eburnat compact și numai când ajunge la oarecari dimensiuni atunci este pus în evidență prin complicațiile de vecinătate pe care le provoacă; osteomul spongios evoluează mai repede.

Dacă evoluția lui se face în orbită dă naștere la tulburări oculare cu deviațiune mare a globului ocular; având origina în sinusul frontal, tumora este simțită în unghiul supero-intern este rar pediculată, aproape totdeauna aderă la schelet prin o bază largă neputându-se preciza limitele sale. (Rollet J. et Perthiot 1929).

Este dur și când este chistic prezintă crepitațiuni; Déjean 1927 spune că osteomul kistic ar lua naștere numai în sinusul frontal. Osteomul evoluează în general fără dureri.

Simptomul cel mai constant este exoftalmia care de obiceiu este oblică în jos și în afară după Van der Hoeve 1925, însoțit de tulburări visuale datorit compresiunei oculare cu micșorarea motilității globului ocular și care câteodată este absolută și a compresiunei nervului optic, producând modificări ale papilei și ale câmpului visual și inflamațiuni ale membranelor profunde; alteori osteomul evoluează înspre cavitatea craniană producând crize epileptiforme, meningită, abces cerebral, tromboza venoasă cu embolii și la urmă decesul. De cele mai multe ori când osteomul sinusului frontal nu este operat la timp, poate să provoace complicațiuni cerebrale dând o mortalitate de 64% — Birch-Hirschfeld — la 27 persoane cu osteom al sinusului frontal 13 au sucombat, toți cu complicațiuni cerebrale.

Regiunile vecine orbitei din față ca sinusurile, fosele nasale pot fi invadate cu globul ocular complet alterat, atunci moartea vine prin generalizare.

Iată de ce am crezut interesant și chiar util de a reda un caz, de osteom kistic al orbitei.

Cazul nostru este interesant atât din punctul de vedere al rarității sale cât și al diagnosticului pus imediat după placa radiografică, înlăturându-se complicațiunile grave și cu un efect operator foarte bun.

**Observ.** D-na K. A. de 32 ani din Caransebeș se prezintă în luna Iulie 1944 la consultație cu exoftalmie și devierea globului ocular stâng în afară.

Antecedente heredo-colaterale nimic deosebit. Antecedente personale idem. Istoricul. Sunt mai bine de 10 ani de când a observat că globul

ocular stâng este puţin deviat în afară şi puţin exoftalmic; aceste două simptome se tot accentuează pe măsură ce treceau anii, ba după un timp a observat că şi vederea începe să-i scadă.

In momentul prezentării la consultaţie se constată: **examen ocular: O = drept normal;** VOD = I, TOD = 21 mm. Schiötz, exoftalmometria 15 m/m. **O. stâng:** VOS = 1/6, TOS = 23 mm. Schiötz, exoftalmometria 23 m/m. Strabism divergent de 25°.

Tumoarea provoacă exoftalmia globului ocular stâng înainte în jos şi în afară, este ireductibilă, aderă la schelet făcând corp cu osul prin o bază largă cu faţa anterioară şi inferioară a osului frontal; limitele sale confundându-se cu osul frontal, de consistenţă dură. Pleoapa superioară mult întinsă, pare edemaţiată cu uşoară proeminenţă a peretelui anterior al sinusului frontal stâng cât şi a marginei supero-interne a orbitei şi cu dispariţia completă a şanţului supra-orbitar, producând o asimetrie pronunţată a feţei, după cum se vede în figura Nr. 1.

Conjunctivele puţin hiperemiate, corneia conservă transparenţa sa, camera anterioară normală, irisul normal, reflexul pupilar normal; La examenul de fund de ochi, papila foarte decolorată mergând până la atrofie optică, mai ales în regiunea frontală, desigur din cauza tracţiunii şi a presiunei ce se face pe nervul optic. Mişcările globului ocular limitate foarte mult în toate direcţiile, dar mai cu seamă cele interne şi supero-interne.

Fig. 1

Fig. 2

BCU Cluj / Central University Library Cluj

B. W. şi Meinicke a sângelui negative chiar după reactivare.

Radiografia ce i-s'a făcut a fost foarte reuşită şi ne-a dat toate indicaţiile asupra diagnosticului şi asupra prognosticului: se vedea foarte bine cum osteomul cu conturul bine delimitat umplea aproape în întregime sinusul frontal, care era foarte mărit şi cu o structură osoasă compactă; se vedea în acelaşi timp şi originea sa intra-sinusiană; însă cu părere de rău nu o putem arăta fiindcă s'a pierdut în urma unui bombardament inamic în August 1944. Era un document de nediscutat; totuşi constatarea ce s'a făcut prin citirea radiografiei că este un osteom al sinusului frontal stâng s'a verificat şi constatat şi în timpul operaţiei.

In adevăr la operaţia ce i s'a făcut prin incizia curbă dealungul sprâncenei în unghiul supero-intern s'a dat de o proeminenţă dură a peretelui anterior şi inferior al osului frontal; făcându-se trepanaţia feţii inferioare a osului frontal, baza sinusului frontal, se dă de o cavitate în care era un osteom dur neregulat cu baza de implantaţie pe peretele an-

terior al sinusului, cu desvoltare liberă în sinus care prezintă şi câteva trabecule osoase despărţind restul cavităţii sinusului în 2 compartimente — kiste — în care se găsea un lichid cleios roşietic-închis. Cavitatea sinusului nu avea nici o legătură cu nici o altă cavitate din jur. Se goleşte conţinutul acestor kişti şi cu multă prudenţă se scoate osteomul care era de mărimea unei fasole, rugos, neregulat. Se spală bine cu sol. de oxicianură de Hg., se suturează plaga plan cu plan, se pune dren care după 5 zile se scoate iar după o săptămână se scot restul firelor, încât după 2 săptămâni este complet vindecată. Este revizitată şi după un an găsindu-se în aceiaşi situaţie de vindecare completă, cum se vede în fig. nr. 2.

Dintre tumorile osoase, osteomele sunt cele mai vizibile în radiologie. **Morax** încă din 1911 la Soc. de Oftalmologie din Paris, arată raritatea osteomului şi în acelaşi timp arată clişeele radiografice a două cazuri de osteom al sinusului frontal, permiţând în acelaşi timp să se vadă şi originea sinusiană. Osteomul situat în sinusul frontal, desvoltarea lui se poate face fie în sus în cavitatea craniană fie în jos către cavitatea orbitară. **Favaloro** în 1926 şi **Roy** în 1934 au publicat radiografii cu osteom în sinusul frontal dar cu desvoltarea în cavitatea craniană. **Eagleton** în 1934 publică o radiografie unde osteomul era de origină etmoidală, dar desvoltându-se în orbită era pediculat. Osteomul cu desvoltarea ascendentă se însoţeşte câteodată de un canal care face să comunice spaţiile meningiene cu cavităţile aeriene ale etmoidului sau ale sinusului frontal, dând naştere la un pneumatocel intracranian. **Morax** publică un caz foarte rar şi interesant: bolnavul avea un osteom al sinusului frontal stâng; de câte ori sufla nasul mai tare avea imediat violente ameţeli de cap şi diferite tulburări nervoase: amorţeala braţului drept (osteom la stânga) mişcări involuntare ale braţului drept, crise Jacksoniene; explicaţia făcută tot radiografic: exista un pneumatocel.

**Terrien** spune că osteomul kistic este foarte rar şi cu un prognostic benign şi apare înainte de 25 ani. Ceiace atinge osteomul în evoluţia lui, chiar din primul moment este mobilitatea globului, mişcările globului ocular fiind foarte limtate, nervii motori fiind cei dintâi lezaţi; în asemenea cazuri bolnavul are diplopie, dar de scurtă durată; la bolnava noastră din declaraţiile ce ne dă, n'a avut diplopie; probabil că ea s'a manifestat la început când mişcările globului ocular erau limitate şi acuitatea visuală era normală şi n'a observat'o, fiind de scurtă durată.

**Cloquet** şi **Rokitanscky** credeau că osteomul ar fi polipi osificaţi iar **Bornhaupt** credea că osteomul ar fi un rezidiu de cartilai foetal; ori se ştie în prezent că osteomul provine din periost şi are şi structura sa lamelară.

Ceiace ne pare interesant de revelat în cazul nostru este mai ales patogenia, desvoltarea şi evoluţia osteomului:

1. Bolnava n'a primit niciun traumatism în reginea orbitară şi frontală care să ne facă să credem că osteomul ar fi de origină traumatică după părerea lui **A. Bedell.**

2. Desvoltarea tumorii s'a făcut înainte spre orbită provocând tulburări de motilitate ale globului ocular, precum şi compresiune asupra nervului optic, dând atrofie optică incompletă; dacă operaţia s'ar fi amânat, s'ar fi produs atrofie optică completă.

**In general osteomele orbitare au o evoluţie lentă, fără fenomene inflamatorii alarmate la început; acuitatea visuală se păstrează normal mult timp şi numai după ce tumora a luat o desvoltare, produce o compresiune mai pronunţată asupra nervului optic, şi atunci de abia se produc tulburări şi scăderi ale acuităţii visuale.**

**Docent D-r. V. Cerchez:** L'ostéome kystique de l'orbite.

Après une mise à point du problème de l'ostéome, l'auteur expose le cas d'un ostéome kystique de l'orbite, cas d'une extrême rareté, pour qu'il relève à la fin les conclusions suivantes:

1. C'est seulement par la radiographie qu'on peut préciser le diagnostic et le prognostic de cette affection.
2. C'est l'angle supéro-interne de l'orbite qui forme le lieu d'élection de ces tumeurs.
3. L'origine de ces tumeurs est bien précisée: celles-ci proviènnent du périoste ayant la même structure et pour ça on rejète le traumatisme.
4. Cette affection a une évolution lente sans phénomènes inflamatoires alarmantes au commencement.
5. L'acuité visuelle reste normale longtemps, même quand l'exophtalmie est parue et se trouve dans une phase avancée.

**Docente D-r. V. Cerchez:** L'osteome cistico dell'orbita.

L'autore espone un caso di osteome cistico dell'orbita caso di un'estrèma rarità; dopo che ha misso in chiaro il problema di oeteome, arriva alle seguente conclusioni:

1. Solammente per la radiografia şi puo precisare la diàgnosi e la prògnosi di quest'affetto.
2. Il luogo di predilezione di questi tumori è l'àngolo superio-interno della orbita.
3. L'origine di questi tumori è bene precisata: i provengono di periosto, avendo la stessa struttura, e per ciò possiamo eliminare il traumatismo.
4. Quest'affrtto ha un'evoluzione lenta senza fenòmeni di tumefazione d'allarme all'inizio.
5. L'acuità visuale si consèrva normale, molto tempo anche quando l'esoftalmia è apparsa e si trova nel'o stadio avanzato.

**Dozent D-r V. Cerchez:** Zystische Knochengeschwulst der Orbita.

Nachdem der Verfasser das Problem der Knochengeschwülste fest gesetzt hat, stellt er den möglichst seltenen Fall einer zystische Knochéngeschwulst der Orbita aus. Er erreicht an folgende Schlussfolgerungen:

1. Nur durch das Röntgenbild kann man die Diagnose und die Prognose dieser Krankheit bestellen.
2. Die Vorliebelokalisierung dieser Geschwülste ist in ober-innere Ecker der Orbita.
3. Die Urschprung dieser Geschwülste steht es fest:
sie entwickeln sich aus dem Periost mit gleicher Struktur und darum das Traumatismus entfernt ist.
4. Diese Affektion hat eine langsame Entwicklung ohne beunruhigende entzündliche Phänomenen von Anfang an.
5. Die Sehschärfe bleib normal viel Zeit auch als das Exophtalmus schon eingerichten ist und in einem fortgeschriettenen Stadium findet sich.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

*Spitalul „Pavel şi Ana Cristea"— Bacău*
*Serv. „Maternitatea"*

# CONSIDERAŢIUNI ASUPRA UNUI CAZ CU AVORT FETAL SPONTAN LUNA 6-a ŞI NEFRITA UREMIGENA [1])

de
**GH. COSTACHEL**

## OBSERVAŢIUNE CLINICĂ.

Femeia Ec. M. în vârstă de 28 de ani căsătorită, de profesiune casnică din comuna Valea Seacă, jud. Bacău, gravidă în 6 luni, se internează pe ziua de 23 Ianuarie 1944, în secţia de maternitate a „Spitalului Pavel şi Ana Cristea" din Bacău, pentru dureri lombo-abdominale, eleme generalizate (anasarcă) cu oligurie foarte accentuată, urini roşietice şi tulburi, cefalee rebelă, agitaţii şi obnubilaţie.

**Ant. personale.** a) **Patologice:** pneumonie la vârsta de 19 ani, în rest nimic deosebit.

b) **Fisiologice.** Născută spontan, alăptată la sân, înţărcată la 11 luni, iar primii paşi la $11/2$ an. Menstruată pentru prima dată la vârsta de 14 ani, menstre regulate ce ţin 7 zile, abondente în cantitate şi cu dureri foarte mari. S'a căsătorit la vârsta de 18 ani.

c) **Ginecologice.** A avut 7 avorturi spontane între 5 şi 6 luni.

d) **Obstetricale.** XI. Gestă, şi III. Pară. Primele 3 naşteri au fost spontane şi la termen. Copii au fost născuţi vii, dar între 2—6 săptămâni au decedat. De remarcat că sarcina a III-a a fost gemelară, iar copiii au fost născuţi morţi la 7 luni.

Toate avorturile au urmat ulterior.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

## ISTORICUL SARCINEI ACTUALE.

Ultima menstruaţie a avut-o la 16 Iulie 1943, iar primele mişcări fetale au fost simţite la 12 Decembrie 1943. A avut tulburări vagosimpatice ce s'au caracterizat prin inapetenţă şi greţuri dimineaţa şi seara. Din ziua de 10 Ianuarie 1944, au apărut edeme care au început să se generalizeze, iar după 7 zile adică la 17 Ianuarie 1944 a început să prezinte oligurie care s'a accentuat mereu ajungând să urineze în 24 ore 2—3 linguri de urină.

In acelaş timp a început să aibă cefalee, apatie cu agitaţii ce varia de la o zi la alta. Rudele văzând că starea ei se agravează s'au decis s'o interneze în spital.

## STAREA PREZENTĂ.

**Ex. general.** Femee de constituţie robustă, cu ţesutul osteo-muscular normal desvoltat. Ţesutul celular subcutanat înfiltrat lăsând godeuri foarte pronunţate la presiune, mai ales la nivelul gambelor şi pleoapelor. Tegumentele infiltrate şi edemaţiate de culoare albicioasă. Este adinamică, febrilă şi hipertensivă.

**Ex. somatic. Aparatul respirator.** Raluri umede la ambele baze pulmonare şi dispnee accentuată.

**Aparatul cardio-vascular.** Tachicardie; puls 104. Tensiunea arterială. Mx. 29 Mn. 10.

**Aparatul digestiv.** Limba saburală, apetitul mult diminuat, constipaţie. Ficatul, palpabil sub rebordul costal, sensibil la presiune.

Splina în limite normale.

---

[1]) Comunicare făcută pe ziua de 12 Februarie 1944 la Societatea Ştiinţifică a Colegiului Medical din Bacău.

**Aparatul urinar.** Oligurie foarte accentuată aproape anurie (30 gr. în 24 ore), urini roşietice şi tulburi.

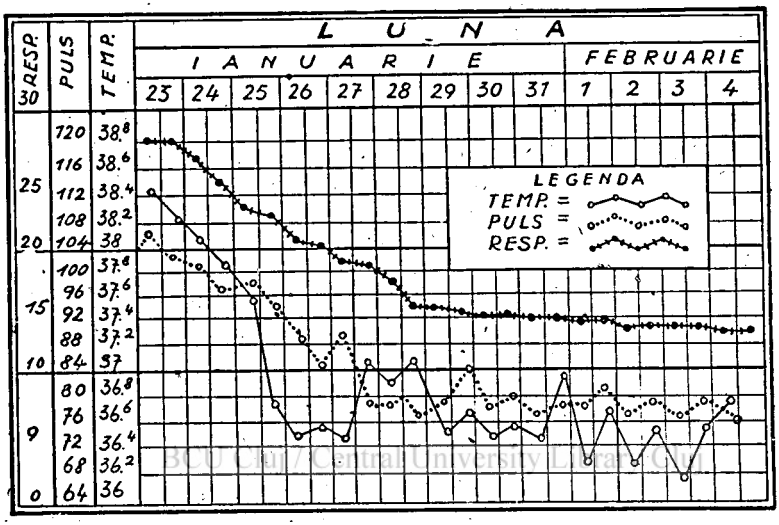
**Examenul abdomino-genital.**

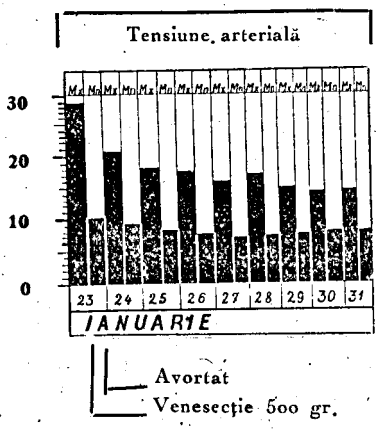
Abdomenul mult mărit de volum, necorespunzând pentru vârsta sarcinei.

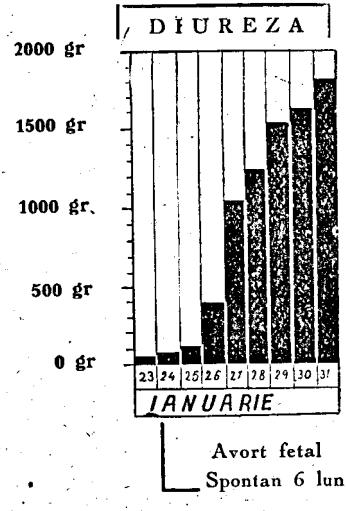
Fundul uterului la 35 cm. deasupra simfizei pubiene.

## GRAFIC

### DE TEMPERATURA, PULS şi RESPIRAŢIE




Circomferinţa abdominală de 102 centimetri. Edem accentuat al vulvei. Membranele amniotice sunt intacte iar sgomotele fetale absente. Mişcările fetale nu le mai simte de 2 săptămâni. Durerile lombo-abdominale sunt de scurtă durată la intervale de 10 minute. Prin tactul vaginal se constată ştergerea colului şi dilatarea lui cam cât o monedă de 100 lei actuală.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

**Tratament.** La internarea în spital se face o venisecţie extrăgându-se 500 cm. cubi sânge, iar după 15 ore dela internare, cam pe la orele 24, pe ziua de 23 Ianuarie 1944, se extrage un făt mort, macerat, de sex femenin, greu de 2100 gr., înfiltrat de lichid pe întreg corpul, mai ales abdomenul şi capul, care a făcut ca manevra ultimă de extragere a capului (Mauriceau) să fie destul de dificilă. După 2 ore de aşteptare, placenta se extrage manual.

Placenta a fost foarte mare, prezentând încrustaţiuni de depozite calcare, prezentând în acelaş timp un aspect slănino-.

Fiind controlată, s'a constatat că a fost complectă atât din punct de vedere a cotiledoanelor cât şi a membranelor. Placenta a cântărit 1500 grame. Perineul a rămas intact. După aceasta se face toaletă externă, se aşează la pat şi se recomandă pungă cu ghiaţă pe abdomen timp de 5 zile.

Dăm mai jos tratamentul medicamentos ce i-a fost administrat dela 24 Ianuarie 1944 până la 30 Ianuarie 1944.

1. Injecţii intravenoase cu glucoză 33%, 2 fiole pe zi a 10 cm. c. (dimineaţa şi seara).

2. Infuzie uva ursi 10/500 gr.
Theobromină 6 gr.
Urotropină 5 gr.
Benzoat Na. } aa —
Benzoat Litiu } 3 gr.
Lactoză. 8 gr.
Ds. int. 5 linguri pe zi.

3. Se glucozat goutte à (goutte 47%° 500 cm. c. zilnic.

Tratam. dietetic.

1. Regim lactat.
2. Comporturi.

EXAMEN DE LABORATOR.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

**24 Ian. 1944.** Bordet Wassnrmann şi Sachs Witebscki-Citochol sânge negativ.

**24 Ian. 1944.** Ureea în serul sanguin = 1,95 gr. la litru (normal 0,20=0,50 gr. la litru).

**30. Ian. 1944.** Ureea în serul sanguin = 0,35 la litru.

**24 Ian. 1944.** (Urină sondată)).

Analiza totală. Albumină = 1,20 gr. la litru, celule epiteliale renale = prezente.

Celule epiteliale bazinetale = rari.
Cilindri granuloşi = rari.
Cilindri leucocitari = rari.
Leucocite polinucleare =numeroase.
Hematii = prezente.

**30 Ian. 1944.** Lichid. cefalo-rachidian.
Bordet Wassermann şi Meinicke=pozitive.

**Concluziuni.**

Din antecedentele personale ginecologice şi obstetricale, nu încape nici o îndoială, că această femee este o veche specifică, deşi analiza serologică a sângelui a fost negativă. In primul rând se vede clar o disproporţie între raportul feto-placentar care în mod normal după Pinard este de 1/6 pe când la cazul de faţă este cu mult scăzut 0,75/1 (2100 gr. greutate fetală şi 1500 gr. greutatea placentei) spre deosebire de placentele nefreticelor, ce sunt deobicei mici, burate de infarcte, trufe negre, formate din sânge şi trufe roze albe formate din fibrină coagulată.

2. După toate simptomele prezentate şi analizele de laborator,

reese net, că a fost vorba de o nefrită uremigenă formă acută, cu stări de comă fără convulsii.

3. Această nefrită uremigenă a fost consecinţa specificităţii care prin leziunile caducei deciduale cât şi moartea fătului şi secreţiile de toxine într'o cantitate mult mai abondentă decât în mod normal a produs o alterare profundă a epitelului renal, încât a redus permeabilitatea renală pentru eliminarea ureei şi de reţinerea albuminelui.

4. Din punct de vedere a pronosticului pentru mamă este sever, dacă diagnosticul nu se pune din vreme, şi nu se iau măsurile cuvenite, precum şi aplicarea unui tratament sistematic şi perseverent.

5. Din punct de vedere a pronosticului pentru făt, în cazurile grave, poate muri sau dacă nu moare, se naşte un copil debil, din cauza alimentaţiei dificiente, deoarece placenta de obiceiu e mult redusă ca volum.

6. In cazul de faţă pronosticul pentru mamă a fost bun, evacuarea uterului făcându-se spontan. In căz contrar era indicată de urgenţă evacuarea cavităţii uterine, dovadă că imediat după evacuarea uterului, tensiunea asterială a scăzut dela 29 la 21, deşi la evacuarea placentei a pierdut o cantitate de sânge destul de apreciabilă, lăsându-se într'adins acest lucru. Nu-i s'a făcut nici-un fel de injecţie ocitocică.

7. Pentru viior se recomandă, ca această femee să nu mai rămână gravidă, iar de va rămâne este indicat a i se face avort terapeutic.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

8. De va dori să aibă copii, mai întâiu va trebui să facă un tratament antiluetic complect.

9. Femeea a plecat complect vindecată din Maternitate după 13 zile dela data internării.

---

# L'HOMME A LA FOURCHETTE

par

**H. MAKELARIE**

Le malade F. I, agé de 35 ans, domicilié à Galatz (Roumanie), de profession saltimbanque, arrive à l'höpital de Câmpulung Muscel, le 31 Juillet 1937, pour qu'on lui éxtraïe de l'estomac une fourchette qu'il venait d'avaler.

**Exposé du cas.**

Artiste de cirque, le malade nous raconte, qu'il avait avalé pendant ses exhibitions, divers objets comme par exemple: des billes en métal de différentes grandeurs, jusqu'à la grandeur d'un oeuf de poule.

Ensuite, il les faisait sonner dans l'estomac avec le bout coupé d'une baionnette, après lui avoir fait traverser la bouche, le pharynx, et l'esophage.

Ensuite retirant son epée, il expulsait par un efort, les billes métaliques, contractant avec force la musculature des parois abdominales et celle de l'estomac.

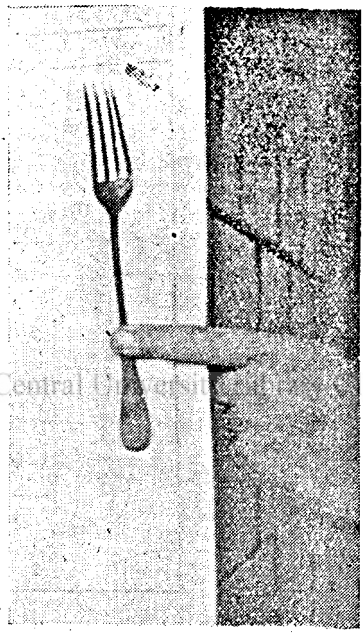
UNIVERSITATEA DIN CLUJ BIBLIOTECA

Pendant ses exhibitions il introduisait dans la bouche, le pharinx et en partie dans l'esophage, une fourchette. en l'introduisant avec le manche et en l'avalant jusqu'à ce qu'elle ne fut plus visibile même dans la bouche.

Il la gardait quelque temps, puis la sortait.

L'accident qui lui avait fait avalé définitivment la fourchette, fut causé par la fatigue. Se trouvant à Câmpulung (Muscel) avec le cirque pendant la foire, il donnait des représentations jusqu'à l'aube, devant un public nombreux, qui l'applaudissait avec frénésie.

L'accident qui l'amenait à l'hôpital, était arrivé dans la soirée du 30 Juillet 1937, à deux heures de la nuit, quand, en plus de sa fatigue (due à l'heure avancée), le patient se trouvait également sous l'influence d'une légère ébriété. (alcoolique).



BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dans la même soirée, il avait répété l'exercice de l'ingurgitation et vomitation de la fourchette, quelques dizaines de fois. Pendant un de ces exercices, il s'adressa à son public, qui l'applaudissait, avec les paroles suivantes: chers spectateurs, à présent c'est fini de moi; je ne peux plus vous montrér la fourchette, car je l'ai avalée pour de bon.

Le public redoubla ses applaudissements, demandant à l'artiste de s'arracher la fourchette et de la faire voir, pensant que ce que l'artiste disait était une blague.

La police dût intervenir pour constater que les dires du saltimbanque étaient la vérité même et que le monde pouvait par conséquent se retirer.

Le premier moyen que l'artiste employa pour expluser la fourchette, fut de vomir, supposant que de cette manière la fourchette serait evacuée.

Il employa dans ce but le procédé connu, l'introduction des doigts dans la gorge. N'obténant pas de résultat, il prit une purge (deux cuillérees d'huile de ricin) qui firent leur effet, mais saus évacuation de la fourchette.

C'est cet état pénible qui le décida à se presenter à notre hôpital, le matin du 31 Juin 1937.

Le malade nous relatant les faits rappelés ci-dessus, nous avons eu des doutes sur la vérité de ses dires, comme tous les médecins assistants de l'hôpital.

Le première chose à laquelle nous avons procédé à été de lui faire une radioscopie; executée par le médecin radiologue de l'hôpital, faite devant nous et montrant la justesse des faits allégués par la patient.

La fourchette dans les parois de son estomac projetait son image placée obliquement, reposant sur la grande tuberosité de l'estomac, et le manche de la fourchette dirigé en bas, reposait sur le fond de l'estomac dans la proximité du pilore.

Les investigations que nous avons poursuivies en procédant à l'examen clinique du malade, nous ont permis de constater que l'état général du malade était excelent.

Le patient avait une taille moyenne, trés muscle et depourvu presque complétement des tissus graisseux sous-cutanés, de sorte que les muscles se dessinaient clairement dans leur conformation naturale sur les membres et le tronc, comme dans un dessin anatomique.

Il ne présentait rien d'anormal du côté des appareils circulatoire, réspiratoire et urinaire. Il n'était pas fiévreux. Le tatonnement de la région épigastrique était douloureux, sans qu'on puisse localiser la douleur en telle partie précise de l'estomac.

Nous avons décidé l'opération que le malade a reçue non sans quelques hésitations.

L'opération a eu lieu a 2 h. le jour même de son internement à l'hôpital. Elle a consisté en une laparotomie médiane, l'incision partant de la partie basse de l'appendix xiphoide et se terminant au dessous de l'ombilic, suivie par l'ouverture du péritoine, après la quelle l'estomac fut immediatement atteint.

Palpant, on a eu sous la main le corps étranger qui gardait encore la position indiquée par la radioscopie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Par un léger meuvement de translation, que nous avons imprimé à ce corps étranger, le manche de la fourchette a pris contact avec le paroi antérieur de l'estomac, à égale distance entre la grande et la petite courbure, et à trois largeurs de doigt au dessus de la région du pylore.

Sur cet endroit, le champ opératoire, étant abondement protégé par des compresses, a été incisé, donnant lieu à une gastrotomie par l'incision longitudinale de la paroi antérieure de l'estomac sur une étendu de 3 cm. Là se trouvait fixé le manche de la fourchette; bientôt celle-ci fit son apparition entre les lèvres de l'incision.

Elle a été ensuite saisie, et evacuée de l'estomac, suivant les mouvements d'évacuation indiqués par les courbes de la fourchette.

On a immédiatement appliqué sur les lèvres de l'incison stomacale une pince courbe et souple de coprostase, désinfectant tout l'estomac à l'éther et faisant les sutures par un surjet, qui a pris toute la graisse de la paroi stomacale retrécissant les lèvres de l'incision, suivi d'un second surjet qui n'a plus intéressé que la séreuse musculaire, enfoncant le premier surjet.

On n'a procédé à aucum drennage; fermant de suite le péritoine et refaisant le paroi abdominal, d'aprés la technique connue.

Les suites de l'opération ont été heureuses.

Le malade a eu une légère fièvre dans les premiers jours, oscilant entre 27, 5—37, 8.

On n'a permis aucune alimentation au malade dans les trois premiers jours et au quatrième jour on lui a administré du thé et du jus de legumes, ensuite du thé au lait. Le 4 ème jour le malade a eu spontanement une abondante selle. On a complété le traitement post opératoire, par quelques injections sous cutanées de serum physiologique.

Les fils on été enlevés le 10 ème jour de l'opération, et le 12 ème jour le patient a quitté l'hôpital, complétement guéri.

Les faits ci-dessus mentionnés sont intéréssants par leur rareté. En effet, les corps étrangers de l'estomac, de la nature de ceux sus mentionnés, sont rares et passent comme sensationnels.

Un cas semblable a été opéré en Roumanie par le prof. Cristidi à l'hôpital Brancovan de Bucarest.

Nous trouvons décrit un cas similaire dans le volume: „Sur la chirurgie" signé par Bouquet dans la Bibliothèque des merveilles (Librairie Hachette) sous le nom de „l'homme à la fourchette", soigné et opéré dans les hôpitaux de Paris et de Lyon, à une époque ou l'ouverture du péritoine effrayait les chirurgiens.

Après une série de péripéties cliniques pré et post opératoires, le cas a terminé par la guérison.

---

*Spitalul de Stat din Târgoviște (Dâmbovița)*

# UN CAZ DE TURBARE CU INCUBAȚIE ȘI EVOLUȚIE PRELUNGITE

de

**MINUȘ MUSTACIOSU** și **IOAN POPESCU**

Medici secundari

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Turbarea a fost totdeauna o maladie de actualitate și prezintă un interes special atât pentru medici cât și pentru biologi, nu pe numărul victimelor, ci prin groaza pe care o produce, căci odată declarată nu mai lasă nicio speranță de vindecare.

In ultimii ani, cazurile de turbare s'au înmulțit în țară la noi ca urmare a contactului cu câinele și a lipsei de prevedere deoarece unii dintre cei mușcați se prezintă prea târziu la tratament, iar alții de loc. Observația care a făcut subiectul acestei comunicări se referă la un tânăr, care n'a făcut tratament antirabic și la care boala s'a declarat după o perioadă de incubație excepțional de lungă, ceeace constitue particularitatea cazului de față, pe care l-am avut în observație în ultimele 3 zile de boală.

Bolnavul I. M. în vârstă de 18 ani, profesiune muncitor, este adus de părinți în ziua de 17 Octomvrie 1945 la Spitalul Județean din Târgoviște pentru: agitație, insomnie, frică de apă (Hidrofobie) și greutate în respirație.

**Istoric.** Boala a început de 10 zile cu puțină febră și cefalee. In ultimele două zile situația s'a înrăutățit apărând și alte turburări: hidrofobia, agitația, excitație cerebrală, fenomene care determină familia să-l aducă la spital.

A. P. Nu a suferit de nici o boală. Părinții își amintesc, că în urmă cu trei ani a fost mușcat de un câine turbat, dar n'a făcut tratament antirabic.

**Starea prezentă.** Prezintă o paloare exprimată a feții. Are privirea fixă. Corpul tiroid este mărit de volum. Țesutul celular subcutanat este normal desvoltat. **Aparatul respirator.** Prezintă o dificultate în respirație însoțită de opriri cu suspinuri adânci. La ambele baze se aud rari raluri sibilante. **Aparatul digestiv.** Limba este de colorație normală. Refuză să să bea apă, are hidrofobie. La prima încercare de a-i oferi apă a asvârlit

paharul jos. La a doua încercare a băut apă şi îndată a asvârlit-o afară cu putere în timp ce se sforţa să spună: „mi-e sete, dar nu... nu pot să beau a... apă".

**Aparatul cardio-vascular.** Pe toată aria cardiacă se aud numeroase frecături pericardice. Zgomotul I este slab, îndepărtat. Pulsul este regulat, 116 p. m. iar T. A. 131/2-6.

**Sistem nervos.** Este agitat, are accese furioase; încearcă să se scoale şi să plece în timp ce se luptă cu infirmierele. Din când în când are momente de linişte, pare conştient, ascultă ce i se spune şi caută să se conformeze. Pupilele sunt dilatate şi reflexele rotuliene exagerate. Are insomnie şi halucinaţie. Nu are noţiunea de timp şi spaţiu, e confuz.

**Sistemul locomotor.** Se menţine cu greutate în picioare, se reazemă pe cei din jur.

**Diagnostic clinic:** Turbare, formă furioasă, în perioadă de stare.

**Evoluţie.**

18. X. In cursul nopţii a fost foarte agitat. A fugit din salon şi a fost prins la poarta spitalului. I s'a făcut o injecţie cu Dilaudid, după care a dormit. La vizita matinală e mai puţin agitat. Temperatura este în creştere, 38° 8. Are sialoree şi scuipă încontinuu.

19. X. Zace inert în decubitus dorsal, ţipă din când în când. Pupilele sunt dilatate, din gură se scurge salivă albă, spumoasă, abundentă, care acoperă comisura stângă. Reflexele osteo-tendinoase rotuliene sunt abolite. Nu mai răspunde la întrebări şi excitaţii. Moare la ora 14 în anestezie complectă şi paralizie totală.

**Examene de laborator:** urcea a fost 0,48%° gr.

Manifestările clinice din ziua prezentării în care semnul major era hidrofobia, au făcut să presupunem că ne găseam în faţa unui caz de turbare. Evoluţia clinică prin apariţia sialoreei, trecerea în faza de paralizie şi continua creştere a temperaturii pe lângă toate celelalte simptome, au confirmat diagnosticul clinic de turbare fără posibilitate de confuzie cu tetanos sau epilepsie. Cazul expus prezintă două particularităţi: a) **durata incubaţiei, care a fost de trei ani şi b) durata evoluţiei de 13 zile.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In ceeace priveşte incubaţia, după majoritatea autorilor, limitele extreme variază între 15-60 zile, notându-se şi cazuri cari au depăşit aceste cazuri. Robert a observat un caz netratat, la care incubaţia a fost numai de 6 zile şi moartea a survenit în a opta zi. Limita superioară mijlocie a incubaţiei, e de trei luni. In mod cu totul excepţional s'au semnalat incubaţii de 230 zile, 1 an, 20 luni. Unii au citat incubaţii 3-4-10 ani. In cazul de faţă, din anamneza luată dela părinţi, s'a stabilit că **bolnavul n'a mai suferit altă muşcătură de câine** în afară de aceea cu trei ani în urmă; aşa că nu există nici un element care să pună la îndoială durata excepţional de lungă a incubaţiei în cazul nostru. Nu ne putem pronunţa asupra mecanismului care a făcut ca boala să se declare după o perioadă atât de lungă dela data muşcăturii. Se ştie că dela poarta de intrare virusul se propagă de-a-lungul nervilor până la sistemul nervos central, unde se localizează de unde rezultă că incubaţia este în directă legătură cu profunzimea plăgii şi de depărtarea de sistemul nervos central. Aceasta explică variabilitatea comună de 15-60 zile a incubaţiei.

In cazurile de incubaţie lungă şi foarte lungă, se poate întâmpla ca virusul rabic să rămână multă vreme în stare latentă în ţesuturi şi sub o influenţă oarecare accidentală, să se propage la sistemul nervos central.

Cea de a doua particularitate privește evoluția boalei, care a durat 13 zile depășind media obișnuită de 4-5-7 zile. Babeș citează un caz al lui Prouset, a cărui evoluție a durat 15 zile.

Concluziuni:

1. Limita superioară a incubației în turbare, nu poate fi stabilită cu certitudine ci numai cu aproximație.

2. Evoluția boalei este de câteva ore până la o zi în formă fulgerătoare, de 3-5 zile în formă comună, de 4-6 zile când rezistă până în faza paralitică, dar în afară de acestea pot fi și forme prelungite de 12-14 zile ca în cazul observat, evoluția lor fiind condiționată de rezistența organismului cât și de virulența virusului rabic.

---

*Spitalul de Stat „I. C. Brătianu"*
*Pitești*

# DISTOCIE PRIN OCLUZIA COLULUI UTERIN LA O MULTIPARĂ, FĂT GIGANT

de

**GH. NELEPCU** și **EM. GUȚU**
Medic primar — Medic secundar

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pentru ca o naștere să se termine prin căile naturale, una din condițiuni este ștergerea colului și dilatarea orificiului uterin suficient, pentru a permite trecerea fătului. Sunt cazuri când aceste două fenomene importante ale nașterii nu se produc decât cu o extremă încetineală, sau nu se produc de loc. Dintre principalele cauze ce le pot împiedeca, cităm după A. Ribemont-Dessaignes: 1. Obliterația colului; 2. Diferite varietăți de rigiditate a colului, și 3. Leziuni e canceroase. Cazul nostru ar face parte dintre obliterațiile colului uterin.

**Observația clinică:** S. A. de 30 ani, soție de funcționar din Curtea de Argeș, de profesiune casnică, este adusă în spital la 29 Martie 1945 pentru faptul că nu putea naște cu toate că trecuse termenul și durerile i-au apărut la termen cu șase săptămâni mai înainte.

Ca antecedente heredo-colaterale: Mama moartă de o afecțiune pulmonară, se pare că tuberculoză; tatăl trăește și este sănătos. Au fost cinci copii: primul a murit imediat după naștere nu se poate ști din ce cauză iar restul de patru dintre care și gravida, trăesc și sunt sănătoși Soțul deasemeni este sănătos. Nu se poate deduce luesul din antecedente.

Ca antecedente personale: A început să meargă la un an. Menstruația i-a apărut la 11 ani, dismenoreică, iar ca durată 3 zile. A durat așa până la 18 ani când s'a măritat. După prima sarcină menstruația i a fost numai de $1^1/_2$—2 zile și în mică cantitate. Sufere de o colicistită veche pentru care se tratează de 7 ani. In luna August a anului trecut a fost operată la noi pentru o apendicită cronică. Nu a suferit de nici o maladie genitală, nu a avut leucoreie.

Ca antecedente obstetricale: Căsătorită la 18 ani, la 19 ani a rămas gravidă pentru prima oară; a suportat sarcina bine, a născut ușor și la termen. Copilul trăește și este sănătos. Intre 19 și 23 ani a mai avut două sarcini pe care nu a voit să le mai suporte și și-a făcut chiuretaje

neterapeutice. La 23 ani a avut a doua sarcină pe care a lăsat-o, a suportat-o bine, a născut la termen şi uşor. Timp de trei ani apoi nu a mai rămas nici odată gravidă şi deabia după aceia la 26 ani a avut a treia sarcină, pe care la fel a suportat-o bine şi a născut la termen şi uşor. După alţi doi ani o altă sarcină, a 4-a, a suportat-o şi pe ea bine, a născut la termen şi uşor, însă nu a fost precaută şi a născut fiind singură acasă. Ne având cine să dea ajutor fătului care a fost asfixiat, deşi a ţipat, a murit până să vină moaşa.

Ca evoluţie a sarcinei actuale, a 5-a: La 18 Mai 1944 a fost ultima zi a ultimei menstruaţii, căci a doua lună în Iunie nu i-a mai apărut. Odată cu dispariţia menstruaţiei i-au apărut tulburările simpatice: senzaţie de greaţă, ameţeli, senzaţii ce le cunoştea deja dela sarcinile anterioare. A simţit mişcările fătului la $4^1/_2$ luni. Durerile de naştere propriu zisă i-au apărut la 20 Februarie 1945 şi au ţinut-o cu intensitate mare în general, fiind internată şi în spitalul Cartea de Argeş şi vizitată şi de alţi medici şi moaşe care toţi au asigurat-o că va naşte normal când se va dilata colul. A fost internată la noi la 29 Martie 1945. In tot timpul sarcinei declară că nu a făcut nici un tratament ginecologic aplicat vaginal şi nici măcar simple spălături pentru higiena intimă. Deasemeni nu a făcut niciun tratament cu raze X sau radium

La examenul obiectiv: In ansamblu femeia normal constituită, de 1,56 m. înălţime, de statură eumerică. Membrele superioare normale. Diametrul biumeral 36 cm. Membrele inferioare la fel normale. Diametrul bitrohanterin 33 cm. La pelvimetrie externă au rezultat următoarele cifre: diametrul bispinos 27 cm., diametrul bicret 29 cm., diametrul bitrohanterin am văzut 33 cm., diametrul antero-posterior sau conjugata externă 20 cm. Paniculul adipos, mediocru desvoltat. Sânii de mărime mijlocie, cu mamelon hypertrofiat din care se scurge colostru la presiune, areola intens pigmentată şi cu o areoolă secundară, tuberculii lui Montgomery hipertrofiaţi.

In domeniul aparatelor: cardio-vascular, pulmonar, digestiv, urinar, nervos şi endocrin, nimic de semnalat.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Examenul obstetrical: La inspecţie abdomenul este proeminent, de formă ascuţită înainte, e un abdomen în obuzier. Linia brună largă de 4—5 mm. Depresiunea ombilicală ştearsă şi înlocuită prin o proeminenţă. Vergeturi vechi albe sidefii şi vergeturi noi violacee. Distanţa dintre fundul uterului şi marginea superioară a simfizei pubiene este de 36 cm. Fundul uterului atinge marginea costală şi apendicele xifoid. La palpaţie se simt contracţiile uterine şi în pauze mişcările active ale fătului. Capul se palpează deasupra simfizei pubiene, spatele se palpează la stânga şi fesele fătului la baza uterului. La ascultaţie, sgomotele cordului fătului se aud cu intensitate maximă în stânga ombilicului. La tuşeul vaginal, cu toată atenţia făcută nu se găseşte nici măcar urma unde a fost colul uterin, nici o urmă de asperitate nu indică o cicatrice în acest loc. Mucoasa uscată ne dă aceiaşi senzaţie catifelată peste tot. La examenul cu speculum nici o secreţie în vagin. Se vede foarte slab perceptibil o mică proeminenţă circulară urmă a colului şters şi dilatat, plasată anterior sub simfiza pubiană, iar în mijlocul acestui inel, mucoasa nu prezintă nici o schimbare de aspect. Toate încercările noastre de a desface această obliteraţie au fost zadarnice. Având în vedere şi faptul lipsei de angajare a capului la strâmtoarea superioară din cauza mărimii sale, fapt constatat prin examenul obstetrical şi prin examenul radiologic, căci teleradiografia ne-a indicat că diametrul capului fetal întrece cu 4 cm. diametrul strâmtorii superioare, tot odată indicându-ne diametre normale pentru bazin, am hotărît să facem o operaţie cezariană şi am procedat la o cezariană joasă după procedeul lui Krönig-Beck. S'a scos un făt viu, gigant de sex masculin. In timpul operaţiei am căutat şi din uter spre vagin locul obliteraţiei. Deasemeni nu s'a găsit nicio asperitate sau schimbare de aspect ce ne-ar putea măcar indica locul unde a fost orificiul colului. Ne cedând nici pe această cale la presiunea digitală sau cu sonda, am fost nevoiţi să secţionăm uterul, conduşi fiind de o pensă pusă din timp în vagin pe un pliu de mucoasă pentru a ne indica locul unde a fost orificiul colului uterin. Prin această secţiune am coborît meşe în vagin pentru a asigura drenarea cavităţii uterine.

Placenta de formă discoidală cântărind 1000 gr. are cordonul inserat central.

Noul născut, gigant de sex masculin, cântărind 5200 gr., născut în stare normală şi normal constituit, are talia de 57 cm., circomferinţa capului 38 cm., perimetru toracic 37 cm., fontanela mare de trei laturi de deget.

După 4 zile dela operaţie încep să i se tragă operatei meşele, iar după 10 zile pleacă acasă complect restabilită.

După operaţie, reacţia Wassermann făcută lehuzei şi soţului a fost negativă.

Discuţie: Cazul prezentat de noi este interesant din mai multe puncte de vedere:

1. In primul rând ne prezintă o ocluzie a colului uterin, fapt în deajuns de rar. Aceste obliteraţii, fapte cu totul excepţionale după A. Ribemont-Dessaignes, sunt consecutive la spălături caustice, la cauterizări făcute cu nitrat de argint sau cu termocauterul la începutul sarcinei. La unele femei ce au suferit o operaţie Schroeder sau una analoagă, există uneori cicatrici ce pot jena dilataţia. Martineti a descris o scleroză sifilitică a segmentului inferior, iar Doléris o rigiditate sifilitică a colului, obliteraţii după infecţii de col şi leziuni traumatice au fost descrise de Couvelaire. Desnoyrs şi Fisch. De asemeni după radium terapie de Metzger şi Lequeux.

In cazul nostru este o formă specială de ocluzie a colului uterin, la care nu se poate găsi nimic în antecedente şi la examenul obiectiv ce ar putea să o explice. Ar fi o obliteraţie esenţială. Putem să o plasăm şi în grupul de ocluzii ale colului uterin descrise de H. F. Naegelé, în 1835, sub numele de conglutinatio orifici coli uteri externi. Naegelé descrie aceste aglutinări mai ales la primipare şi în etate. Consistă după el în: obliteraţia superficială parţială sau complectă prin ţesut membranos sau filamentos de rezistenţă variabilă, uneori foarte mare. Orificiul ca şi părţile vecine nu prezintă nicio urmă de induraţie sau alteraţie oarecare.

F. Comandeur spune că această anomalie, care nu se produce decât după fecundaţie, ar fi datorită unei îngroşări a dopului mucos prin aderenţe la orificiul extern al colului.

In cazul nostru însă este vorba de o multipară şi nu de o primipară la care Naegelé descrie cazurile de aglutinări. Este vorba apoi de o ocluzie foarte strânsă şi nu de o simplă aglutinare, superficială, ce cedează la o presiune cu degetul. Contracţiile uterine nu au reuşit să o desfacă şi nici noi nu am reuşit prin o simplă presiune. A fost necesar să recurgem la o secţiune a uterului, histerostomatomia lui H. P. Naegelé şi W. L. Gresner, însă făcută din uter spre vagin.

2. O altă importanţă a cazului nostru constă în faptul că vechea problemă a sarcinei prelungite, pentru care au fost atâtea discuţii, poate găsi şi aici o mică lămurire. La întrebarea dacă o femeie poate păstra în uter un copil peste termenul admis în general de 9 luni solare sau 10 luni lunare, adică 270—280 zile, fără inconveniente de o parte şi de alta, cazul nostru răspunde prin o categorică afirmare. Fetusul a rămas în uterul matern peste o lună de zile după termenul de naştere în care timp a continuat să crească şi nu a suferit cu nimic. De asemeni mama în afara inconvenientului durerilor facerii nu a suferit cu nimic.

Babeş-Bolyai University Library Cluj

3. Ultima importanţă constă în faptul prezentării unui făt gigant fără nimic patologic. După A. Brindeau şi M. Brouha, orice făt trece peste 4 kgr., este un făt gigant. După ei ar exista în următoarele proporţii: Un fetus de 4 kgr. la 90 naşteri, un fetus de 4,5 kgr. la 170 naşteri. Peste 5 kgr. raritatea marilor fetuşi este în mare proporţie şi nu s'ar întâlni decât un copil la 2500 naşteri. Laur într'o lucrare bazată pe 22.750 observaţii a găsit noui născuţi cu peste 4,5 kgr. în 0,40% din cazuri şi de greutate superioară la 5' kgr. în 0,05% sau 1 la 2000 naşteri. Aceşti „Jeunes colosses aux pieds d'argile" ar avea drept cauză sifilisul din prima şi a doua generaţie, sifilisul vechi şi distrofiant mai ales de partea mamei, sau obezitatea ascendenţilor (Fruhinsholz).

In cazul nostru se pare că deja la termen a fost un fetus mare, caci dacă facem socoteala că creşterea în greutate a unui fetus normal extra-uterin este de 700 gr. în prima lună, având în vedere întârzierea naşterii cu şase săptămâni, înseamnă că a trebuit să crească în jurul a 1000 gr. în care caz el însuşi la termen avea 4 kgr.

Aceste cazuri cu fetuşi mari se găsesc uneori la multipare în raport cu numărul naşterilor, mai ales când părinţii sunt robuşti şi îndeosebi tatăl, când sunt obeji, sau când se găseşte în antecedenţele lor luesul. In cazul nostru a fost un fetus mare la termen, datorită poate multiparităţii, căci părinţii nu sunt nici robuşti, nici obeji şi nici din antecedente şi reacţii serologice nu rezultă infecţia luetică.

Explicaţia însă a ajungerii la 5,200 kgr. a fetusului scos de noi prin cezariană ar fi numai creşterea intrauterină.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

BIBLIOGRAFIA:

Ashwell. Pregnancy with imperf. uter; Guy's Hosp. Rep., Apr. 1837. (comp de critique de ce mémoire par North dans Lond. méd Gaz. Juin 1837 et Guy's Hosp. Rep. vol. IV p 126.

Bonnaire. Détachement circulaire du col lié à un état de rigidité dit anatomique; Bull. de la Soc d'Obst de Paris 1911 p. 229.

Brindeau A. La pratique de l'art des accouchements; vol III Vigot Frères. Paris (1927),

Couvelaire. Infection du col; C. R. de la Soc. d'Obst., de Gyn., et de Péd. de Paris 1908 p. 134 şi 1911 p. 349.

Desnoyrs et Fisch. Lesions du col précedant la rigidité; Bull. de la Soc. d'Obst. de Paris 1923 p. 13.

Doléris. Rigidité syphilitique du col; Arch. de Tocol. et Gyn., 1891 p. 24'.

Lantuéjoul. Le chancre syphilitique du col chez la femme enceinte; Gyn. et Obst. 1920 vol. II p. 110.

Levant şi Portes. Diafragmes de l'orifice interne du col: Bull. de la Soc d'Obst. de Paris 1923 p 197.

Martinetti. Sclérose syphilitique du segment inférieur comme cause de dystocie; Arch. de Tocol. et Gyn. vol. XI. p. 195.

Mattei. De la distocie par oblitération complète du col uterin; Bullet. de l'Acad. méd. de Paris, Séance du 8 Juillet 1862. Vol. XXVII p. 969.

Metzger et Lequeux. Rigidité du col après curiethérapie: Bull. de la Soc. d'Obst. de Paris 1923 p. 188

Naegelé. Mogostocie dépendant de l'agglutination de l'orifice externe du col. Comentatio în Universitate Heidelberg 1835.

Naegelé et Gresner W. L. Traité pratique de l'art des Accouchements, p. 495 J. B. Bailliere et fils. Paris 1869

Osiander N. Denkwurdigkeiten für Aerzte und Geburtshelfer. vol. I, p. 259.

Patocki et Sauvage. L'infection du col pendant le travail et la rigidité secondaire. Ann de Gyn 1912 p. 154.
Katsu J Significance of the so called conglutinatio orifici externe, Japanese Journ. of Obst. and Gyn. No 5 Oct. 1934
Ribemont A Dessaignes-Lepage G. Précis d'Obstetrique, Masson Paris.
Vignes et Cornil. Rigidité du col aprés curietherapie. Bull. de la Soc. d'Obst. de Paris 1923 p 190.
Wallich. Rigidité sécondaire. Bull. de la Soc d'Obst. de Paris 1923, p. 188.

---

*Spitalul de Stat din T.-Jiu*

# O COMPLICAŢIE RARĂ IN CURSUL PLEUREZIEI SERO-FIBRINOASE TUBERCULOASE. FLEBITA MEMBRULUI INFERIOR

de

**N. ROŞIANU**
Medic primar

**VERONICA BACALBAŞA** şi **ILARIE POPESCU**
Medici secundari

Ceace justifică publicarea cazului nostru, este raritatea acestei complicaţii în cursul pleuro-tuberculozei primitive, întrucât în serviciul nostru, studiind toate cazurile de pleurezii sero-fibrinoase tuberculoase pe 10 ani în urmă, în număr de 250, n'am întâlnit niciodată această complicaţie, cu excepţia cazului pe care îl comunicăm, tocmai pentru acest motiv.

Bolnava O. E., de 17 ani, se internează în serviciul nostru pe ziua de 28 August 1945, pentru stare febrilă, uşoară dispnee, junghiu la baza hemitoracelui drept, tusă fără expectoraţie, anorexie.

**Antecedente heredocolaterale:** fără importanţă.

**Antecedente personale:** In copilărie angină difterică. Neagă alte boli infecţioase. Menstruată la vârsta de 16 ani, menstrele regulate.

**Istoric:** Boala actuală datează de 2 săptămâni. A început în mod insidios, cu dureri la baza hemitoracelui drept, tuse seacă, uşoară dipsnee, febră, lipsă de poftă de mâncare din ce în ce mai accentuată constipaţie. Este văzută la domiciliu de un medic, care bănuind o afecţiune pulmonară acută îi recomandă internarea în spital.

**Starea prezentă:** Bolnava de constituţie medie, cu ţesuturile subcutan şi muşchiular reduse, tegumentele şi mucoasele normal colorate, febrilă, 38°, cu transpiraţii nocturne, prezintă la examenul obiectiv:

**Aparat respirator:** Toracele prezintă uşoară lărgire a spaţiilor intercostale de partea dreaptă, cu mişcările în expiraţie şi inspiraţie diminuate. La palpare vibraţiile abolite atât la bază cât şi pe linia axilară. La percuţie, se constată matitate până la vârful omoplatului drept, posterior pe linia axilară până aproape de baza axilei, iar anterior până la nivelul coastei a III-a. Sub clavicular, skodism. La ascultaţie se percepe la nivelul matităţii suflu dulce pleuretic, iar sub claviculă respiraţie înăsprită. De partea stângă nimic deosebit. Bolnava acuză dureri la baza hemitoracelui drept, atât spontan cât mai ales în timpul acceselor de tusă.

Tusa este seacă, rareori însoţită de puţină expectoraţie spumoasă.

**Aparat cardio-vascular:** Matitatea cardiacă în limite normale, vârful

cordului se palpează în spaţiul 5-lea inter-costal, pe linia medio-claviculară. La ascultaţie, bătăile cardiace se percep fără vreo modificare. Ritmul regulat tachicardic. Pulsul cardiac şi radial 90 pe un minut.

Tensiunea 12 Mx. cu 7 Mm.

**Aparat digestiv:** Limba uşor saburală, apetitul diminuat, scaun normal. Cavitatea bucală normal comformată, abdomen suplu, nu prezintă puncte dureroase la palpare.

**Ficat:** Limita superioară nu se poate preciza, cea inferioară depăşeşte cu un lat de deget falşele coaste. Splina nepercutabilă.

**Aparatul uro genital:** Lojile renale libere, urini rare, concentrate.

**Sistem nervos:** Pupile egale, reacţionează la lumină şi distanţă, reflexele osteotendinoase normale.

Se fac următoarele analize de laborator: puncţie pleurală scoţându-se un lichid sero-citrin în care Rivalta este pozitiv, iar în sediment prin coloraţia Giemsa se găsesc numeroase limfocite şi hematii.

Examen parţial de urină: unde albumina şi glucoza sunt absente, iar în sediment, cristale de fosfat amoniaco-magnezian, celule epiteliale plate şi rare leucocite. Numărătoarea de globule albe: 6.600 pe 1 mmc. Formula leucocitară: 64% polinucleare, 35% limfocite, 1% monocite. Seroreacţia Bordet-Wassermen în sânge: Negativă.

Viteza de sedimentare: 70 mm. la oră, 130 mm. după 24 ore.

Radioscopia pulmonară: imagine hidrică la baza dreaptă.

**Tratament şi evoluţie:** a doua zi dela internare se face o toracenteză extrăgându-se cu aparatul Potain 1000 cmc. lichid sero-citrin. Bolnava este supusă la următorul tratament adjuvant: injecţii cu gluconat de calciu 10% zilnice, salicilat cu diuretină 2 gr. pe zi per-os, badijonaj cu gaiacol şi iod, regimlactat. In zilele următoare temperatura oscilează în jurul a 37.05 cu 38; dispneea a dispărut starea generală se ameliorează.

In a 6-a zi de spitalizare, bolnava acuză dureri în fosa iliacă stângă, iradiind în membrul inferior. Durerile sunt însoţite de ascensiune termică mergând până la 39°, şi în ziua următoare se localizează la rădăcina coapsei, unde se poate simţi la palpare un cordon dur senzibil, care ne face să ne gândim la o inflamaţie a venei femurale. Diagnosticul este confirmat de apariţia edemului, care interesează membrul inferior stâng în întregime. Dată fiind raritatea flebitei, în cursul pleureziei sero-fibrinoase, căutăm să eliminăm o febră tifoidă de forma pleuro-tifosului, şi practicăm hemocultura care este negativă, cât şi sero-reacţia Widal, repetată în mai multe rânduri, care deasemeni este negativă. Se face tratamentul clasic al flebitei prin imobilizarea membrului în gutieră, prişnitz, injecţii cu prontosil şi uroformină. După câteva zile temperatura scade oscilând între 37° şi 37.05 durerile diminuă, tumefacţia persistă cu o coloraţie violacee a tegumentelor şi o elasticitate a ţesuturilor ne lăsând urmă la presiune. Se continuă paralel tratamentul pleureziei, care nu necesită o a doua puncţie, restul de lichid resorbindu-se prin medicaţie şi cel al flebitei după 2 săptămâni de afebrilitate începându-se mobilizarea prudentă pasivă mai întâiu, activă mai pe urmă.

După 3 săptămâni dela internare, bolnava părăseşte spitalul, prezentând tulburări circulatorii ale membrului inferior stâng, care încă se mai tumefiază după un mers mai prelungit şi uşoare frecături pleurale ale bazei pulmonare drepte.

Revenită la un control radioscopic după o lună de zile, bolnava este complect restabilită.

In faţa acestui caz, ne-am pus două întrebări din capul locului. Dacă pleurezia sero-fibrinoasă este de natură bacilară şi dacă flebita survenită în cursul ei, recunoaşte aceeaşi etiologie.

Pentrucă este vorba de o pacientă tânără, care atât în antecedentele mai depărtate, cât şi în istoricul boalei actuale, nu a prezentat nici un simptom al vreunei afecţiuni pulmonare parenchimatoase, pentrucă în tot timpul cât a evoluat sub supravegherea noastră,

nu s'a manifestat prin nici'un fenomen care să ne împingă preocuparea dincolo de pleura parietală, şi pentrucă în afară de exudatul serocitrin, cu Rivalta pozitiv şi cu numeroase limfocite în sediment, nu a acuzat nici-o altă suferinţă, am eliminat pleurezia cardiacă, sifilitică, pneumococică, tifoidă, sau paratifoidă, gripală, reumatică, etc., rămânând la diagnosticul de pleurezie „a frigore", denumită încă „pleurezie des bien portants" şi care nu este decât o pleuro-tuberculoză primitivă (Ramon). N'am socotit-o ca secundară unei tuberculoze pulmonare subjacente torpide, întrucât bolnava noastră n'a prezentat aceea fază de impregnaţie bacilară anterioară de câteva luni de zile, descrisă de Besançon, Brodier şi M. Weil, iar evoluţia pleureziei, s'a desfăşurat cu scăderea într'un timp destul de scurt a temperaturii şi fără sequele pleurale prea accentuate. In a 26-a zi de boală, se instalează flebita membrului inferior stâng, ceace ne înlătură posibilitatea unei cauzalităţi inverse, după cum este cazul descris de Ramon, în capitolul „Phlegmaţia alba dolens", unde pleurezia serofibrinoasă, precede apariţia edemului flebitic, ca o complicaţie revelatoare, prin infarct pulmonar determinat de mobilizarea unui embolus, şi unde în sedimentul lichidului prin coloraţia Giemsa, se găsesc numeroase placarde de endoteliii „elemente care nu se văd niciodată în tuberculoza pleurei" (Ramon).

Am căutat să descoperim un agent banal care s'ar fi supra adăugat, dar hemocultura a fost negativă. Deasemeni ipoteza unei flebite în cursul unei febre tifoide, cu debut pleural, a fost îndepărtată prin negativarea atât a hemoculturii, cât şi a sero-reacţiei Widal. Stabilind diagnosticul de pleuro-tuberculoză primitivă, am exclus deasemeni flebita din cursul gripei, metamneumonică, reumatisală, post scarlatinoasă, post anginoasă, după erizipel, oreion, dizenterie, blenoragie, de origină obstetricală, chirurgicală, discrazică sau canceroasă, gutoasă, sifilitică şi am admis aceeaşi natură bacilară ca şi a pleureziei, în cursul căreia a apărut ca o complicaţie rară. Flebita de natură tuberculoasă se întâlneşte în formele ulcero-cazeoase, în cursul granuliei şi foarte rar după cum o ilustrează şi cazul nostru, în tuberculoza de început (Vaquez şi Hirtz).

Recunoaştem că pentru un studiu mai complect, n'am făcut inocularea la cobai, cu lichidul pleural, dar bazaţi pe cito-diagnosticului Widal şi Ravaut, pe celelalte analize curente, pe aspectul clinic şi evoluţia maladiei, putem fi aproape siguri de etiologia bacilară atât a pleureziei cât şi a flebitei survenite în cursul ei.

*Spitalul „Pavel şi Ana Cristea" Bacău*
*Secţia Boalelor Contagioase*
*Medic primar: D-r V. Corneleac*

# CONSIDERAŢIUNI ASUPRA UNUI CAZ DE TIFUS EXANTEMATIC VACCINAT COMPLICAT CU ENDARTERITA OBLITERANTA

de
**FLORICA VĂSOIU**
Medic secunda

Odată ce agentul patogen al tifusului exantematic istoric (Rickettsia Prowazeki) a făcut posibilă cultivarea lui în vitro (culturi de ţesuturi) sau în vivo (animale de laborator, intestin de păduche, membrana chorio alantoidiană a embrionului de găină) s'a pus în practică vaccinarea antiexantematică, utilizându-se emulsii de diferite organe virulente, provenite dela animale infectate, fie cu virus epidemic (vaccin homolog) sau endemic (vaccin heterolog), ambele virusuri conferind organismului inoculat imunitate încrucişată.

Plecând dela faptul că agentul patogen al tifusului exantematic se apropie de virusuri, care dau eminamente imunitate tisulară numai dacă se inoculează în stare vie, s'au făcut încercări de a prepara vaccinuri vii (atenuate), care producând o infecţie uşoară sau în aparenţă, conferă organismului o stare de imunitate solidă şi durabilă (vaccinul antivariolic, vaccinul contra febrei galbene).

Biblioteca Universitatea "Lucian Blaga" din Sibiu

Pentru acest scop Blanc prepară un vaccin viu de origină murină (tulpină Casa-Blanca), biliat 1%, (suspensiune de splină şi tunică vaginală dela cobai sau şobolanii inoculaţi cu tifus murin); vaccinul recoltat dela un animal ajungând pentru vaccinarea a 1.000 indivizi; în Africa s'au vaccinat un milion şi mai bine de oameni fără să se producă accidente sau îmbolnăviri. Din contra în Chili s'au făcut cu acest vaccin observaţii mai puţin favorabile; dintre cei inoculaţi îmbolnăvindu-se 28%, mai mulţi cu sfârşit letal.

Ch. Nicolle şi Laigret au preparat un vaccin viu (creer de cobai), uscat tot de origină murină, înglobat la gălbenuş de ou şi emulsionat în oleu de olive; autorii au vaccinat cu succes mai multe zeci de mii de persoane, imunitatea instalându-se rapid, ducând la stingerea focarelor epidemice.

La noi în România d. Profesor Combiescu a încercat experimental pe cobai, cu rezultate bune, un vaccin, preparat dintr'o emulsie virulentă de creer de cobai, infectat cu tifus epidemic, înglobat în lanolină şi emulsionat în oleu de olive.

D-l Profesor Bălteanu şi D-r Constantinescu la Iaşi, întrebuinţând emulsie de creer virulent în oleu de olive nu obţin rezultate satisfăcătoare atât la cobai cât şi la om.

Vaccinurile heteroloage însă nu pot fi recomandate în ţările, în care nu bântuie tifusul exantematic murin, din cauza pericolului de

importare a unui virus străin de localitate, iar în ceeace priveşte cele homoloage vi, întrebuinţarea lor dă îmbolnăviri serioase uneori chiar mortale, negăsindu-se până astăzi o metodă sigură de atenuare a virusului exantematic; din contra organismul se găseşte în afară de orice pericol de îmbolnăviri în cazul întrebuinţării unui vaccin mort, care lasă însă în economie o imunitate de scurtă durată şi nesigură.

Din acest grup face parte vaccinul lui Weigl, care se obţine prin triturarea şi fenicarea 5% a intestinelor de păduchi infectaţi peranal cu rickettsia Prowazeki. Cu acest vaccin s'au obţinut rezultate bune, imunitatea ce o procură, după cum pretind autorii lui, Weigl şi Breinl, durează un an. Insă dificultăţile technice de preparare a vaccinului Weigl limitează întrebuinţarea lui numai la inocularea personalului sanitar expus la infecţie.

Cox, Otto şi Wohlrab, Haagen au imaginat o metodă de preparare a vaccinului din membrana chorio-alantoidiană a embrionului de găină, infectat cu virus epi sau endemic, formolat sau fenicat 5%, obţinându-se rezultate bune, în special cu vaccin homolog; după Otto şi Wohlrab inoculările repetate cu vaccin heterolog dau imunitate contra tifusului epidemic. Din punct de vedere practic nu sunt observaţii elocvente, infecţii de laborator cu acest virus nu au putut fi prevenite.

Zinsser şi Castaneda au preconizat un vaccin heterolog dela şobolanii, cari după ce au fost inoculaţi cu virus murin, sunt tratati cu raze X; exudatul peritoneal, ce se produce la aceste animale, formolat, constitue vaccinul. Acest vaccin protejează contra tifusului murin, mai puţin contra tifusului istoric.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

O ultimă metodă de preparare a vaccinului — redată aci —, după cercetările lui Castaneda, confirmate de Durand, Sparow şi alţii, constă în cultivarea rickettsiilor prowazeki la şoareci infectaţi pe cale nasală, care prezintă bronchopneomonia marmorată, foarte bogată în virus exantematic. Vaccinul constă din suspensiuni virulente de pulmon de şoareci formolate.

Această metodă este întrebuinţată şi în Institutul de seruri şi vaccinuri D-r I. Cantacuzino; pentru a se obţine o cantitate mai mare de vaccin D-l Profesor Combiescu întrebuinţează însă căţeii de 4 săptămâni, care se inoculează direct în plămâni, pe cale traheală, cu o suspensiune de pulmon de şoarece infectat.

In general vaccinurile inactivate (moarte), fiind inofensive, se întrebuinţează pe o scară destul de întinsă, conferind organismelor astfel vaccinate o stare de imunitate de scurtă durată, după felul vaccinului întrebuinţat.

Astfel vaccinul Weigl dă o imunitate ce durează un an, vaccinul Zinsser şi Castaneda ca şi vaccinul Weigl procură organismului o imunitate de scurtă durată; în cazul vaccinului preparat în Institutul de seruri şi vaccinuri D-r I. Cantacuzino, imunitatea e de trei luni; recomandându-se reinocularea după scurgerea acestui interval de timp. Indivizii vaccinaţi în caz de îmbolnăvire fac o formă uşoară de boală sau nu se îmbolnăvesc de loc.

După ipoteza Profesorului Danielopolu, vaccinul mort are nu-

mai o acţiune preventivă antitoxică, în sensul că un vaccinat face o formă uşoară de boală cu o curbă termică caracteristică, fără apariţia de fenomene nervoase accentuate, care constituie gravitatea boalei.

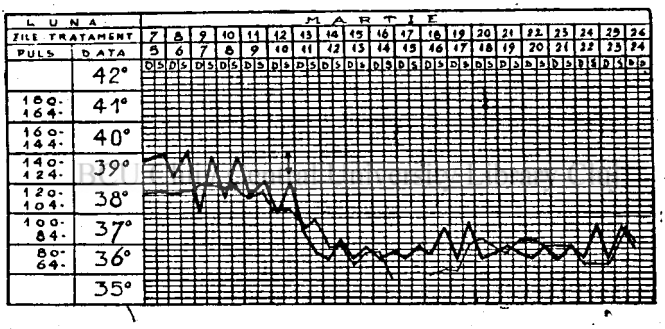
In Secţia unde lucrez, în cursul acestui an, am vaccinat personalul auxiliar şi de serviciu cu vaccin preparat de Institutul D-r I. Cantacuzino şi vaccin American şi n'am înregistrat nici un caz de îmbolnăvire, deşi am fost în plină epidemie; în Spitalul Boalelor Contagioase, internându-se cazuri numeroase de tifus exantematic am înregistrat printre bolnavii ospitalizaţi, un singur caz la un ostaş sovietic, inoculat cu vaccin exantematic homolog rusesc (pulmon de cobai, trei inoculări la interval de 5 zile), care după 1½ lună dela vaccinare, se îmbolnăveşte de tifus exantematic, prezentând formă uşoară cu exantematic şi o curbă termică caracteristică, confirmat şi prin sero-diagnostic Weil-Felix 1/8000.

**Foaia de observaţii Nr. 963/945:**

Un ostaş Sovietic în vârstă de 42 ani, cu serviciul militar în Bacău, Regimentul 11.297 Transmisiuni, este trimis în Spital în ziua de 5 Martie 1945, pentru febră cefalee, exantem petişial.

**Ant. h. colat:** nimic de semnalat;

**Ant. pers.:** a suferit de malarie în 1923 şi 1925; vaccinat anti-




Legenda: Temperatura ——— Pulsul ——— Complicaţie ←——→

exantematic cu 1½ lună înainte de internare în Spital, cu vaccin rusesc (pulmon cobai), primind trei inoculări la interval de cinci zile.

**Istoricul maladiei actuale:** Bolnav din ziua de 27/II/1945, debut brusc cu frison, febră, cefalee frontală, stare de rău generală, apoi apariţia exantemului petişial, pentru care motiv este trimis în Spital.

**Stare prezentă:** De talie înaltă, constituţia atletică cu faciesul palid sclerile uşor congestionate, buzele arse, febril adinamic, — acuză cefalee — starea generală fiind bună. Prezintă pe tegumente exantem petişial generalizat, ce nu dispare la presiunea digitală şi respectă gâtul şi faţa; ţesutul celular adipos subcutan bine desvoltat sistemul osteo-muscular normal.

**Ap. resp.:** nimic deosebit de semnalat;

**Ap. c. vasc.:** sgomotele cordului uşor îndepărtate, cu tendinţă la egalizare.

**Ap. digestiv:** Buzele arse, limba saburală, enantem, congestie amigdalo-faringiană, abdomenul uşor sensibil în hipocondrul stâng. — splina mărită, dureroasă, moale, Nr. 1½, ficatul în limite normale.

**Sistemul nervos:** Cefalee, adinamie, redoare a cefei;;

**7/III/1945:** Stare generală bună, exantemul în pălire;

**9/III.:** Exantemul a pălit, stare generală bună, febra se menţine;

**10/III.:** Durere intensă, la nivelul plicei inguinale stângi, dureri ce iradiază în lungul membrului inferior corespunzător; dureri în membrul inferior drept dela jumătatea coapsei în jos; aplicaţii calde şi reci alternante, calmante.

**11/II.:** Durerea perzistă numai la nivelul gambei şi piciorului drept, paloare a tegumentelor, senzaţii de deget mort. Este consultat de Medicul Chirurg al Secţiei de Chirurgie, care îi prescrie comprese alcoolizate şi Iodură de Sodiu per-os.

**13/III.:** Dureri uşoare la nivelul labei piciorului drept, tegumentele de coloraţie lividă, coloraţie ce cuprinde şi faţă antero-externă a gambei corespunzătoare, degetele în uşoară flexiune pe plantă, anestezie complectă a labei piciorului şi treimea inferioară a gambei piciorului rece.

**14/III.:** Aceiaşi stare, sensibilitatea revine în treimea inferioară a gambei faţă antero-internă şi călcâi, tegumentele calde.

**17/III.:** Dureri la nivelul gambei aproape insuportabile, insomnie — piciorul în aceiaşi stare, gangrena se instalează.

**24/III.:** Evacuat Secţiei Chirurgicale, unde se face amputaţia membrului inferior drept în treimea mijlocie a coapsei.

In cazul ostaşului Sovietic, vaccinat, după cum rezultă din foaia de observaţie, ţinând seama de ipoteza Profesorului Danielopolu, vaccinul a avut o acţiune preventivă antitoxică, în sensul că bolnavul a prezentat o formă uşoară de boală, fără fenomene nervoase.

Vaccinul mort n'a avut însă nici o acţiune asupra agentului patogen însuşi; acesta liber în sânge a provocat leziuni caracteristice de endotelită (exantem) dând către sfârşitul perioadei de remisie în a 12 zi de boală —, o complicaţie specifică rickttsiei: fenomene de endarterită obliterantă centrală a ambelor membre inferioare, localizându-se în cele din urmă la membrul inferior drept, urmată de cangrena uscată şi amputaţia în treimea medie a coapsei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

## CONCLUZII:

Un ostaş sovietic, inoculat cu vaccin exantematic homolog rusesc — pulmon de cobai — (trei inoculări la interval de 5 zile), care după 1½ lună dela vaccinare se îmbolnăveşte de tifus exantematic, formă uşoară: cu exantem, curbă termică, fără fenomene nervoase, confirmat şi prin sero-diagnostic Weil-Felix 1/8000, prezentând la sfârşitul perioadei de remisie, — în a 12 zi de boală, fenomene de endarterită obliterantă centrală a membrelor inferioare, localizându-se în cele din urmă la membrul inferior drept, urmate de gangrena uscată şi amputaţia în treimea medie a coapsei.

## BIBLIOGRAFIE

*I. Bălteanu*: Tifusul exantematic Extras din; „Probleme de medicină de răsboiu". Academia de Medicină din România 1940. — *D. Combiescu*: Vaccinaţiunea contra tifusului exantematic Rev „Spitalul" Nr. 1-2 1945. — *D. Danielopolu*: Le typhus exanthématique et autres fièvres exanthématiques 1941, Masson Paris. — *E. Haagen*: Viruskrankheiten des Menschen. Medizinische Praxis-Band 30, 1941. Verlag Theodor Steinkopf 1941, Dresden.

*Sanatoriul Marila-Oravița (Caraș)*
*Director: D-r C. Vidrăscu*

# INCIDENT PUȚIN OBIȘNUIT IN TIMPUL SECȚIUNILOR DE BRIDE

de

**C. VIDRASCU T. GUGA L. BORSARU**

Expunem un incident survenit în timpul secțiunei bridelor la o bolnavă internată în Sanatoriu.

Este vorba de un **hidro-pneumotorax stâng ineficace, din cauza unor bride apicale și mediastinale.** Lichid sero-citrin în cavitatea pleurală pe 3 laturi de deget.

Se intră cu unul din trocare pe linia axilară medie la o distanță 3 spații intercostale de nivelul superior al lichidului, pentru ca cel de al doilea să fie introdus în spațiul imediat superior înafara liniei axilare anterioare.

La **examenul pleuroscopic,** se găsesc două bride apicale membranoase și o bridă mediastinală filiformă, cu baza de implantație pe peretele mediastinal înafara pediculului vascular.

După ce se eliberează vârful pulmonului, se încarcă brida mediastinală. In timpul manevrelor de încărcare se atinge cu pleuroscopul, pleura parietală la nivelul pediculului pulmonar și din cauza încălecării pleuroscopului cu electrocauterul, se produce un scurt contact, dar suficient de intens pentru a soma frenicul ce trece înaintea pediculului pulmonar stâng și descinde dealungul peretelui lateral stâng al mediastinului. Prin somarea nervului se produce o distensie bruscă pulmonară; operatorul este obligat să scoată pleuroscopul și cauterul. Imediat după aceasta, o parte din lichidul pleural pistonat, țâșnește prin canula inferioară, în jeturi ritmate de mișcările respiratorii.

Inafară de o ușoară dispnee, care durează câteva minute, bolnava suportă ușor acest incident.

Biblioteca Universitatea Cluj / Central University Library Cluj

După câteva minute de așteptare se continuă operația prin secționarea bridei mediastinale.

La controlul radiologic imediat, se constată un pneumotorax total; hemidiafragmul stâng este ridicat cu două laturi de deget, iar lichidul este în cantitate redusă.

Acest incident puțin obișnuit îl explică astfel:

Pleura parietală, în comparație cu cea viscerală, este foarte sensibilă, aceasta din urmă având o sensibilitate doar perscizurală. Indeosebi în vecinătatea hilului, excitația pleurei parietale, produce o distensie pulmonară (Rosenthal, Wolker). Mai amintim că, frenicul se găsește imediat înaintea pediculului pulmonar stâng și A. Robino din Turin recomandă cauterizarea frenicului în această regiune ca metodă de frenicectomie. In observația noastră, după reflexul de excitare al pleurei mediastinale, s'a produs o secționare funcțională a frenicului tradusă printr'o imediată parezie a hemidiafragmului corespunzător, care s'a menținut timp de trei zile. Hemidiafragmul stâng s'a ridicat astfel cu două lățimi de deget peste nivelul inițial fiziologic. Simultan cu acest efect pe diafragm, prin excitarea frenicului, apar în stomac bule gazoase gigante (Zadek) mărindu-se astfel presiunea abdominală în etajul supero-stâng.

In concluzie: Lichidul din cavitatea pleurală a fost eliminat cu concursul a două forțe:

1. Distensia bruscă pulmonară, și:

2. Pareza hemidiafragmului stâng ajutată de presiunea abdominală, mărită prin bula gazoasă ce a luat naștere în stomac.

# † D-r. PETRE SEVERIN

Incă o victimă a tifosului exantematic, încă un tribut al medicinei româneşti, plătit de armata albă în luptă cu epidemia.

Am înregistrat târziu dar cu durere pierderea celui ce a fost chirurgul Petre Severin, atât de cunoscut şi atât de agreat în lumea satelor moldoveneşti din jurul Vasluiului, mort „în timpul şi din cauza serviciului" la 22 Martie 1945.

Inapoia acestui comunicat banal, laconic şi lipsit de importanţă, într'o vreme când viaţa omenească preţueşte atât de puţin, un trecut plin de virtuţi peste care uitarea nu trebue să-şi cearnă pulberea şi care să fie pildă frumoasă generaţiilor urmaşe, se cere scos la lumină, o clipă măcar, ca un omagiu postum.

Nascut în Februarie 1902 din părinţi moldoveni, înclină, înainte de terminarea liceului, pentru nobila şi samariteana învăţătură a lui Hipocrat. Incepe studiul medicinei la Gratz, unde se familiarizează repede cu limba lui Göethe pentru a putea sorbi din isvorul de ştiinţă de dincoace de Rhin.

Când a socotit că a luat destul din afara graniţelor ţării se reîntoarce, convins de valoarea ştiinţei din patria mamă şi continuă ca ofiter sanitar, la Facultatea de Medicină din Iaşi, unde îşi ia titlul de doctor în 1930.

In ierarhia spitalicească a trecut prin toate etapele, pe calea grea de urcat a concursurilor.

Cluj / Central University Library Cluj

A frecventat ca bugetar sau ca asistent onorific cu multă râvnă şi mulţi ani, Clinica Chirurgicală a Prof Tănăsescu, Clinica urologică a Prof Ştefănescu-Galaţi şi Institutul de Anatomie Topografică, obţinând cu distincţie titlul de specialist ca absolvent al cursurilor de specializare.

La concursul de medici primari, se clasifică al 3-lea şi ocupă definitiv locul dela Vaslui, unde îşi găseşte din nefericire după câţiva ani şi locul de veşnică odihnă.

Ca medic primar chirurg devine repede popular datorită spiritului lui calm, ponderat, caracterului ferm, seriozităţii şi amabilităţii pe care o arăta oricui avea nevoe de ajutorul lui. Educaţia medicală şi-a făcut-o complet, nu unileteral. Asculta cordul cu aceeaşi competinţă cu care opera un stomac. In susţinerea unui diagnostic surprindea prin logica lui strânsă. Prin atitudinea de perfect democrat, atât în spital cât şi în societate, a ştiut să-şi creeze simpatii în toate straturile sociale şi mai ales în marea massă a satelor, unde era iubit ca un părinte.

Intors din răsboiu, îşi reia activitatea, ajutând după terminarea operaţiilor la reorganizarea spitalului şi la lupta internişilor cu boala inoculată de cel mai respingator parazit uman, căzând victimă în scurt timp, cu toată vaccinarea preventivă şi cu toata asistenţa medicală.

Moartea l-a surprins în plină maturitate, în plină desfăşurare a frumoaselor calităţi intelectuale şi sufleteşti cu care era înzestrat.

Nouă, foştilor lui colegi de clinică, foştilor lui prieteni, golul rămas în urmă-i ne strânge inima. Deşi mormântul i s'a răcit, nu putem concepe încă această rupere de real, stingerea bruscă şi neaşteptată a acestui suflet luminos şi cald, cinstit în profesie până la apostolat. Cu gândul înfrăţit de duioase amintiri şi deprimat de un destin atât de crud, lăsăm să cadă o lacrimă caldă de sincer regret peste ţărâna ce-l acoperă ca o cenuşă a vieţii ce s'a stins.

**D-r Al. Lambescu**

# TABLA DE MATERIE

## pe anii

## 1941 — 1945

### A.

— „acidoza" în afecţiunile aparatului urinar şi terapia lui (Sindromul), de M. POPESCU, 1941, p. 128.
**Activitatea pe teren** a membrilor Consiliului Sanitar Superior, de M. CANCIULESCU, 1942, p. 265.
— **activităţii studenţilor în medicină în timpul verei** (Organizarea —), 1943, p. 77.
**Activitatea pavilionului de contagioşi de pe lângă secţia medicală** a spitalului din R.-Vâlcea (1 IV 1937—1 IV 1942, de G. STOENESCU, 1943, p. 435.
**Activitatea ambulanţei de radiologie din Sibiu, pe 1943/44, 1944, p. 529.**
— **adenoidiană** (Lupta anti —), de M. LAZEANU, 1942, p. 311.
— **agranulocitoză curabilă** (Un caz de —), de C. SĂNDULESCU şi I. IVAN, 1942, p. 577.
— **alimentaţiei** (Problema —), de I. TATOIU, 1941, p. 706.
**Albastrul de metilen în tratamentul degerăturilor**, de A. DOBRESCU şi A. FARAGO, 1944, p. 15.
— **alimentare** (Consideraţiuni asupra valorii calorigene şi biologice a substanţelor —), de V. GASNAŞ şi Ing. chimist ATENA V. GASNAŞ, 1945, p. 361.
**Analize**, de M. CANCIULESCU, 1945, p. 477.
**Anatomia patologică a reumatismului şi a proceselor allergice**, de Prof. T. VASILIU, 1943, p. 481.
— **anatomiei** (Contribuţiunile pictorilor şi sculptorilor Renaşterii la progresele —), de DORIN D-TRESCU, 1941, p. 241.
— **anatomiei patologice în facultăţile de medicină şi modificările** ce s'ar impune (Raport asupra învăţământului —), de Prof. D-r TITU VASILIU, 1944, p. 501.
**Anemie prin autohemoliză.** Date şi consideraţiuni asupra etiologiei şi patogeniei, de T. NICOLIŃ şi N. ŞCHIOPU, 1943, p. 445.
— **anevrismului traumatic** (Pansarea laterală şi legătura vasculară ca tratament al —), de V. GOMOIU, 1942, p. 193.
— **anexiale cu evoluţie în Douglas** (Dificultăţi de diagnostic al leziunilor —), de AMELIA DEMETRESCU, 1942, p. 431.
**Angina ulcero-necrotică scarlatinoasă** complicată cu hemoragie fa-

ringiană mortală, de NINA ŞCHIOPU-VORNICESCU şi N. ŞCHIOPU, 1943, p. 335.
— anofelismului în România (Harta —), de GR. GR. IAMANDI,
Anomalie musculară rară. Ridicătorul glandei tiroide, de GH. CORONDAN şi ALEX. POP 1944, p. 451.
Anteproectul legei de Organizare Sanitară a Statului, 1942, p. 707.
— ante-proiectului de Decret-Lege pentru combaterea boalelor venerice (Discutarea —), 1943, p. 75.
— antituberculoasă (Vaccinarea —), de Prof. D-r C. IONESCU-MIHĂIEŞTI, 1941, p. 296.
Anuarul Medicilor, de Prof. D-r P. TOMESCU, 1941, p. 865.
Anul Medical 1942, de PĂUNESCU-PODEANU, 1943, p. 135.
Apendicită cronică şi tiflocolitele, de V. MAREŞ, 1944, p. 33.
— apendicitei herniare în legătură cu un caz clinic (Consideraţiuni asupra —), de GH. I. GRAMA, 1941, p. 567.
— apendicectomiei (Substratul unor „complicaţii" sau „turburări post-operatorii" în —), de V. GOMOIU, 1943, p. 287.
— ascarizi (Perforaţiile intestinale prin —), de C. BĂJEU, 1945, p. 262.
† Ludwig Aschoff (1866—1942), de Prof. T. VASILIU, 1943, p. 107.
Asigurarea naţională contra tuberculozei în mediul rural, de C. DĂNIŢĂ, 1943, p. 36.
Aspecte noi în gruparea medicilor. Sindicate şi Asigurări sociale, de S. IRIMESCU, 1944, p. 513.
Asistenţa statizată, Asistenţa dirijată, Asistenţa coordonată, de D-na ALEX. GR. CANTACUZINO, 1941, p. 414.
— astm coloidoclazic vindecat (Un caz de —), de S. VRĂBIETE, 1943, p. 452.
— astmului pulmonar (Pilocarpina în tratamentul —), de C. V. ANTOMESCU şi FL. MAZILU ANTONESCU, 1943, p. 15.
— astmului bronşic (Consideraţiuni asupra biologiei şi patogeniei —), de H. MACHELARIE şi C. IONESCU, 1943, p. 525.
Atelectazie pulmonară parţială, acută şi repetată în cursul instituirii unui pneumotorace terapeutic, de GH. ALEXIU, 1944, p. 59.
Autourinoterapia în tabes, de F. PĂUNESCU, 1944, p. 393.
— avort fetal spontan cu nefrită uremigenă (Asupra unui —), de GH. COSTACHE, 1945, p. 548.
FENEŞEANU, 1945, p. 496.
— avorturi (Metode empirice la noi pentru a provoca —), de I. FENEŞEANU, 1945, p. 496.
— azotemiilor post-scarlatinoase (Consideraţiuni la studiul patogeniei şi terapeuticei —), de Prof. D-r I. BĂLTEANU, 1943, p. 710.

## B.

Profesorul D-r Victor Babeş „In lumina adevărului şi dreptăţii", de ALEX. MANOLESCU, 1942, p. 481.
— Bacaloglu († Prof. C. —), de M. CANCIULESCU, 1942, p. 367.
† Doctorul Vasile Bianu, de I. GLĂVAN, 1945, p. 196.
— Bier în epididimitele gonococice şi de altă origină (Tratamentul —), de A. STERE 1941, p. 467.
Bilanţuri tragice, de ST. IRIMESCU, 1945, p. 317.

Babeş-Bolyai University Library Cluj

**Biochirurgia în război**, de LIVIU CAMPEANU, 1942, p. 17.
**Biologia naţiunii** ca temelie a învăţământului, de AUREL VOINA, 1941, p. 459.
— **biologic a două regiuni ale ţării** (Contribuţiuni la studiul —), de GH. BUNGEŢIANU, 1943, p. 503.
**Bio-punctura hepatică** prin metoda Roholm-Iversen, de E. C. CRĂCIUN, 1945, p. 492.
Blenoragia în şancrul moale intrauretral la bărbat, de ŞT. MATACHE, 1944, p. 263.
**Boala lui Fox şi Fordyce**, de FL. SĂRĂŢEANU, 1943, p. 547.
— **boala lui Nicolas-Favre** (Sulfamidoterapia simplă şi asociată cu autohemoterapia în —), de M. MUNTEANU, 1945, p. 506.
— **boalelor venerice** (Noua lege pentru combaterea —), 1944, p. 120.
— **bride** (Incident puţin obişnuit în timpul secţiunilor de —), de C. VIDRAŞCU, T. GUGÁ şi L. BORSARU, 1945, p. 567.

## C.

**Calcifierile pleurale**, de EMIL ŞT. GRAUR, 1942, p. 343.
**Calcul** vezical neobişnuit, de GH. COŞTĂCHESCU, Ş. POPA şi O. DOBRESCU, 1944, p. 533.
— **canalului lacrimo-nasal** în legătură cu un focar infecţios dentar (Obstrucţia —), de V. SĂBĂDEANU, 1944, p. 552.
**Cancelaria şi arhiva** medicului de circ. sanit. rurală, de E. BODIANU, 1944, p. 116.
— **cancer gastric operat** (O recidivă tardivă la un —), de C. TODEA, 1941, p. 289.
BCU Cluj / Central University Library Cluj
— **cancer al cardiei** (Un —), de PELEA I. şi TODEA C., 1942, p. 569.
— **cancerul chimic** (în legătură cu Institutele de cercetări Cito-Biologice). (O varietate de cancer exogen bine dovedit —), de Prof. D-r EMIL C. CRĂCIUN, 1942, p. 519.
— **cancerul chimic** (în legătură cu Institutele de cercetări Cito-Biologice) — Partea II-a. (O varietate de cancer exogen bine dovedit: —), de Prof. D-r EMIL C. CRĂCIUN, 1942, p. 625.
— **cancer uterin** asociată cu un sindrom cutanat particular (Recidivă de —), de GH. BUNGEŢIANU, 1943, p. 197.
— **cancerului penian** (Consideraţiuni asupra —), de M. POPLUCA şi I. BIRĂU, 1944, p. 351.
— **cancerului de sân** (Principii directoare în tratamentul chirurgical al —), de AL. LAMBESCU, 1945, p. 501.
— **campaniilor sanitare** (Pe marginea —), de T. ZEANĂ, 1945, p. 408.
— **cărbune** (Cercetări experimentale asupra injecţiilor intravenoase —), de GH. CORONDAN 1941, p. 29.
— **cărbune.** Soarta cărbunelui în organism (Injecţiile intravenoase de —), de GH. CORONDAN, 1941, p. 430.
— **cariilor dentare** la copiii de şcoală din circomscripţia Vama, jud. Câmpulung (Frequenţa —), de GH. ALEXANDRESCU, 1942, p. 163.
**Cărţi-Reviste noui**, de M. CANCIULESCU, 1945, p. 473.
— **cataracta traumatică** (Asupra rezultatelor obţinute după extracţiile de —), de POPOVICIU V. şi LUNGU O., 1942, p. 81.

— cavernelor pulmonare (Despre un semn de percuţie pentru depistarea —), de G. POLATOS şi D. MATEI, 1944, p. 47.
— cefaleelor şi o nouă concepţie patogenică a durerii în cefalee (Un nou tratament al —), de Prof. D-r VICTOR PAPILIAN, 1942, p. 531.
Cercetarea ştiinţifică în Uniunea Sovietică, de Prof. D-r S. NICOLAU, 1945, p. 191.
— „cercetări asupra circulaţiunei hipofizei" (Notă complimentară la articolul —), de Prof. D-r V. PAPILIAN şi I. G. RUSSU, 1944, p. 435.
— chirurgia în spitalele de campanie de prima linie (In legătură cu —), de AL. LAMBESCU, 1943, p. 25.
Chirurgia Românească — Partea I, de V. GOMOIU, 1944, p. 281.
Chirurgia Românească — Partea II-a, de V. GOMOIU, 1944, p. 400.
Chirurgia românească — Partea III-a, de V. GOMOIU, 1944, p. 519.
— chirurgie de război (Note de —), de A. LAMBESCU, 1944, p. 537.
— chirurgia vasculară în Spit. Z. I. 382 (Observaţiuni clinice referitoare la —), de AL. LAMBESCU şi P. TRIFON, 1945, p. 163.
— chirurgiei în războiul actual (Consideraţiuni asupra —), de Prof. D-r I. IACOBOVICI, 1943, p. 165.
— chirurgiei pulmonare în tratamentul tuberculozei (Asupra —), de GH. I. ALEXIU, 1945, p. 479.
Chist hidatic al lojei renale drepte, de A. POPESCU-SEVERIN, 1943, p. 331.
Chistul osos esenţial, de AUREL POPESCU-SEVERIN şi N. PAUNEL, 1942, p. 349.
— chistului osos esenţial, în legătură cu 3 cazuri. (Consideraţiuni asupra —), de G. I. GRAMA, 1944, p. 455.
— circulaţia sanguină profundă în cea superficială (Compensarea sau suplinirea între —), de V. GOMOIU, 1942, p. 641.
— cistalgie tuberculoasă rebelă (Rezecţia arterelor şi nervilor hipogastrice într'un caz de —), de A. LAMBESCU şi V. BALINT, 1944, p. 27.
Clismele evacuatoare. Part. I, de ST. ODOBLEJA, 1941, p. 263.
Clismele evacuatoare (Part. II-a), de ST. ODOBLEJA, 1941, p. 444.
Colegiul Medical, organ de disciplină, de H. MAKELARIE, 1943, p. 227.
— colegiului medicilor (Noua conducere a —), 1941, p. 139.
Colibaciloza în puerperalitate şi post-operatorie, de A. DEMETRESCU, 1943, p. 645.
— comă barbiturică (phanodorm) vindecat prin strichnoterapie masivă (Un caz de —), de N. ROŞIANU, V. BACALBAŞA şi I. POPESCU, 1945, p. 436.
Comemorarea Doctorului Nicolae Paulescu, de M. CANCIULESCU, 1943, p. 609.
Comemorarea lui Robert Koch, de C. BARTH, 1944, p. 153.
Concepţia rasială şi concepţia etnică la poporul român, de Prof. D-r V. PAPILIAN, 1944, p. 171.
Conferinţa medicilor din Moldova (30 Mai 1941, Iaşi), 1941, p. 397.
Conferinţa Inspectorilor generali sanitari, 1941, p. 401.
Conferinţa medicilor din regiunea Galaţi (24 Mai 1941), 1941, p. 395.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

— **congres român de oto-rino-laringologie** (Al XIX-lea —), 1943, p. 704.
— **conjunctivite gonococice a noului născut** (Abces intraocular gonococic în cursul unei —), de V. SĂBĂDEANU, 1942, p. 573.
**Congresul de sănătate publică al Moldovei**, 1—19 Oct. 1943, 1944, p. 134.
— **consiliul sanitar superior** (Intrunirile —), (7, 14 Mai şi 13 Iunie 1941), 1941, p. 405—410.
— **consiliului sanitar superior pe bază corporativă** (Organizarea —), de M. CANCIULESCU, 1942, p. 11.
**Consiliul Naţional de cercetări ştiinţifice**, de M. CANCIULESCU, 1945, p. 470.
**Consiliul Naţional de cercetări ştiinţifice**, de M. CANCIULESCU, 1945, p. 301.
— † **D-r Temistocle Constantinescu** 1900—1941 (Medic Căp. —), p. 9.
**Coordonarea activităţii sanitare**, de M. CANCIULESCU, 1942, p. 390.
— **coree la o Basedoviană** (Asupra unui caz de —), de Prof. D-r C. I. PARHON şi MARCELLA PITIŞ, 1941, p. 475.
**Crearea de noui facultăţi de medicină.** — Adaptarea învăţământului la nevoile sanitare ale ţării, de M. CANCIULESCU, 1944, p. 447.
**Criza învăţământului medical românesc**, de M. CANCIULESCU, 1945, pagina 5.
**Cronică variată**, de M. CANCIULESCU, 1944, p. 5.
**Curiozităţi parazitologice.** Fenomene de hiperparazitism între ectoparaziţii omului, de GR. GR. IAMANDI, 1943, p. 579.
— **cryptorchidiei la copii** (Tratamentul hormonal al —), de AXENTE IANCU, 1942, p. 69.

## D.

**Prof. D-r C. Daniel**, de E. GHEORGHIU, 1943, p. 101.
— **degerăturilor** (Contribuţiuni la tratamentul —), de V. GOMOIU, 1942, p. 273.
— **demografice** pe 1940, comparativ cu cele pe 1939, (Date —), de AL. MANOLESCU, 1941, p. 687.
— **deparazitare** (Campaniile de —), de ST. ODOBLEJA, 1941, p. 61.
— **desensibilizare a organelor digestive** prin histamină (Consideraţiuni asupra unei metode personale de —), de V. PLĂTĂREANU, 1945, p. 378.
**Descentralizarea ad-ţiei sanitare**, de I. STOICHIŢIA, 1941, p. 297.
**„De ziua eroilor“.** Inchinare celor moriţ „Pro-Patria“, de AL. MANOLESCU, 1942, p. 157.
— **diabet insipid** devenit ulterior glicosuric (Rolul echilibrului endocrino-vegetativ în metabolismul apei şi glucidelor. In legătură cu un caz de —), de C. V. ANTONESCU, 1942, p. 219.
— **diabet insipid infantil** (Un caz de —), de G. DONICEANU, 1945, pag. 424.
**Diabetul o prolemă socială**, de Prof. D-r W. FALTA, 1943, p. 38.
**Diabetul ca problemă socială**, de Prof. D-r FALTA, 1944, p. 177.
— **digitală.** Indicaţiuni practice (Tratamentul cu —), de N. VIŞINEANU, 1941, p. 641.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

**Disidrosis sifilitic**, de EUG. NEDELCU DUMITRIU, 1941, p .231.
**Dispensariile mobile**, de Prof. P. TOMESCU, 1941, p. 416.
**Distocie** prin ocluzia colului uterin. Făt gigant, de GH. NELEPCU şi EM. GUŢU, 1945, p. 556.
**Diverse:** Prof. S. Lalu, de M. CANCIULESCU, 1941, p. 606.
— **Dobrovici** „Les origines de la Biologie-Hippocrate" (Pe marginea lucrărei D-lui Prof. —), de L. MAVROMATI, 1941, p. 513.
**Doi ani de activitate sanitară.** — Noua lege a Colegiului medicilor. — Cărţi apărute, de M. CANCIULESCU, 1943, p. 475.
— † **Drăgoiu** (1848—1941), (Profesorul Ion —), de C. CRIŞAN, 1941, p. 719.

## E.

— **edemului pulmonar** subacut şi curabil al sugarului, în legătură cu şase cazuri (Consideraţiuni asupra —), de C. RADU şi D. MILOTA, 1942, p. 229.
**Educaţia igienică** în cadrul acţiunei preventive, de Prof. I. STOICHIŢIA, 1943, p. 297.
**Etno-biologia şi sănătatea publică**, de M. CANCIULESCU, 1944, p. 2.
— **elephantiazis** la membrele inferioare (Un caz de —), de S. SURUGIU, 1943, p. 53.
**Emphizemul subcutanat** în tratamentul pleureziilor şi peritonitelor serofibrinoase, de I. FENEŞANU, 1944, p. 267.
— **endocrinologiei.** Necesitatea de a se organiza mişcarea ştiinţifică endocrinologică la noi în ţară (Insemnătatea teoretică şi practică a —), de Prof. D-r C. I. PARHON cu răspunsul D-lui Prof. D-r VASILESCU KARPEN, 1941, p. 119.
— **enterocolitelor disenteriforme** în armată (Contribuţiuni la tratamentul dietetic al —), de V. CONSTANTINESCU, A. IANCU, C. MANU, 1943, p. 629.
— **eozinofiliei helmintiazice** (Contribuţiuni la studiul —), de GR. IAMANDI, 1944, p. 19.
— **l'ephedrine dans le traitement coadjuvant du paludisme** (Sur l'emploi de —), de I. RADVAN, 1944, p. 473.
**Epidemia de tifos exantematic** dela Craiova, din anii 1941—1942, de N. ŞCHIOPU şi NINA ŞCHIOPU-VORNICESCU, 1943, p. 171.
**Epidemie gravă de febră tifoidă** la o unitate militară, cauzată prin purtători şi excretori de germeni, de D. COSMA, 1943, p. 438.
— **epidemiile venerice** (Războiul actual şi —), de GRIGORE A. DUMITRIU, 1942, p. 31.
— **epileptice** (Asupra acţiunei novocainei injectată intravenos în prevenirea acceselor —), de C. DANIEL, 1944, p. 195.
— **epilepsiei** (Sulfatul de magneziu şi iodurile în tratamentul —), de C. V. ANTONESCU, 1941, p. 199.
**Epituberculoza**, de ZAMFIR, GH. ALEXIU şi V. IONESCU, 1941, p. 555.
— **ere sanitare nouă** (In pragul unei —), de M. CANCIULESCU, 1941, p. 9.
**Eritem exudativ** multiform ca manifestare secundară în două cazuri de sifilis, de E. COLBAZI şi E. I. BOLOGA, 1943, p. 189.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

— **eritrodermiei neosalvarsanică şi scabie** (Coincidenţa: —), de ŞT. MATACHE, 1944, p. 545.
— **l'esthiomène d'Huguier** (Ulcerul cronic al vulvei —), de EUGENIA NEDELCU DUMITRIU, 1942, p. 655.
**Evoluţia gândirii medicale**, de V. PLĂTĂREANU, 1944, p. 80.
— **exantematici** (O nouă utilizare de diagnostic a lichidului cefalo-rachidian dela —), de C. BART, 1945, p. 358.
— **exantematic** (Consideraţiuni practice asupra tratamentului tifosului —), de C. SANDULESCU 1945, p. 387.
— **exantematicilor** (Coaglutinine tifice în serul —), de NICULAI ŞCHIOPU şi NINA VORNICESCU ŞCHIOPU, 1942, p. 549.
— **extractului hepatic** asupra acţiunei cardio-vasculare a clorurei de carbominoilcholină (Influenţa —), de C. V. ANTONESCU, 1944, p. 187.

## F.

— **farmaciilor publice în România** (Problema —), de Prof. D-r P. TOMESCU, 1941, p. 861.
**Febra nevralgică periodică.** Importanţa spleno-puncţiei în diagnostic, de GH. BUNGEŢEANU şi MARIA CANCIULESCU-BUNGEŢEANU, 1945, p. 245.
— **febră tifoidă** tratate în Spitalul din Târgovişte în 1945 (Asupra cazurilor de —), de I. POPESCU şi I. TEODORESCU, 1945, p. 515.
**Fenomenul de suflare al cavernelor** urmat de perforaţie, după secţionare de bride, 1945, p. 353.
— **fenomenelor de coaglutinare** în serul bolnavilor de febră tifoidă şi tifos exantematic (Asupra —), de N. I. ZAHARIA, 1943, p. 421.
**Fibro-angiom** generalizat, de V. DRAGOESCU şi A. DOBRESCU, 1942, p. 115.
**Figuri medicale Oltene**, de V. GOMOIU, 1943, p. 717.
— **fiziologiei în clinică** (Importanţa —), de Prof. C. C. DIMITRIU, 1943, p. 369.
— **flebită sifilitică secundară** (Un caz de —), de I. VASILESCU şi M. PARASCHIVESCU, 1943, p. 450.
— **folclorul medical** (Sifilisul în —), de AUREL VOINA, 1942, p. 585.
**Flebită** în cursul unei pleurezii sero-fibrinoase tuberculoase, de N. ROŞIANU, V. BACALBAŞA şi L. POPESCU, 1945, p. 560.
— **flegmoanelor tecilor sinoviale** ale mânei (Asupra tratamentului —), de GH. GRAMA, 1941, p. 669.
**Flictenele oculare şi tuberculoza.** — Corelaţia dintre ele, de V. V. CERCHEZ, 1943, p. 513.
— **fourchette** (L'Homme à la —), de H. MAKELARIE, 1945, p. 551.
— **fracturilor** (Consideraţiuni asupra tratamentului sângerând al —), de EMIL LAPTES, 1942, p. 537.
— **fracturilor deschise de războiu** (Contribuţiuni la studiul technicei extensiei transscheletice cu broşa Kirschner, în tratamentul —), de EUG. V. CORNELEAC, 1941, 761.
— **frigurilor în România**, după regiuni şi frequenţă (Harta distribuţiei —), de GR. GR. IAMANDI, 1943, p. 401.

**Ftiriaza în antichitate**, de H. SARAFIDI şi N. VĂTĂMANU, 1944, p. 291.
— **ftiziologie** dela Facultatea de Medicină din Bucureşti (Conf. de —), de EMIL GHEORGHIU, 1945, p. 320.
**Fundaţie de protecţie spitalicească**, de M. CANCIULESCU, 1942, p. 150.
— **fundaţiilor de protecţie spitalicească la Craiova** (Constituirea —), de M. CANCIULESCU, 1942, p. 239.
**Furunculoza în campanie şi tratamentul ei**, de D-r FILIP PĂUNESCU, 1942, p. 545.

## G.

— **gangrena cutanată cu bacili Milian**, cu 2 observaţii, de FL. SĂRĂŢEANU şi CONU GHEORGHE AUREL, 1942, p. 325.
— **gangrenă septică fulgerătoare a organelor genitale externe** (Asupra unui caz de —), de M. POPLUCA, 1944, p. 549.
— **gemeni în colectivitate** (Evoluţia şi felul de comportare al unor —), de AXENTE IANCU, 1941, p. 811.
**Germanismul în trecutul nostru medico-farmaceutic**, de V. GOMOIU şi Farm. MARIA GOMOIU 1941, p. 488.
— **glandei parotide** (Tumoră rară a —), de G. GRAMA, 1945, p. 161.
† **R. Grégoire**, de EM. GHEORGHIU, 1942, p. 373.
† **Medic Maior D-r Groza Aurel**, de A. IGNA, 1943, p. 27.
— **grupurilor sanguine în armată** (Determinarea —), 1943, p. 653.

## H.

— **helmintiazelor în Moldova şi Basarabia de mijloc** (Repartizarea şi frecvenţa —), de GR. IAMANDI, 1944, p. 65.
— **hematom pulsatil**, după rănirea arterei femorale prin glonţ de infanterie (Consideraţiuni asupra unui caz de —), de D. DUMITRESCU, GH. COSTĂCHESCU, O. DOBRESCU şi V. ALEXENCO, 1945, p. 426.
**Hemiplazie vaginală** cu hematocolpos enorm, de I. FENEŞANU şi V. KASTENMAYER, 1945, p. 59.
— **hemoragie uterină** (Un caz rar de —), de H. MAKELARIE, 1944, p. 541.
— **hemoragiile meningo-cerebrale** de natură traumatică (Reţea de Catgut ca mijloc de heomostază în —), de H. MAKELARIE, 1942, p. 441.
— **hemotoracelui traumatic** (Consideraţiuni generale asupra —), de DIACONESCU-PUTNA şi ALEXIU, 1941, p. 821.
— **hemotoraxului supurat** consecutiv plăgilor de război (Tratamentul —), de G. BĂJEU, 1945, p. 141.
— **hepatitei icterigene epidemice** (Despre problema medico-militară a alimentaţiei în legătură cu patogenia —), de Prof. D-r E. CRĂCIUN, 1943, p. 383.
— **hepatită icterigenă toxică** (Un caz de —), de C. TODEA şi I. PELEA, 1944, p. 77.
**Hernia lui Treitz**, de G. BĂJEU, 1944, p. 9.
— **higienă şi gospodărie din Craiova** (Organizarea şi funcţionarea cursului de —), de FLORIAN POPOVICI, 1942, p. 675.

— **hipercolesterinemic acut** (Sindromul —), de V. M. PLĂTĂREANU, 1943, p. 539.
— **hipertensiunei arteriale** după procedeul lui P. Martini (Tratamentul —), de V. ALEXENCO şi E. ALEXENCO, 1941, p. 189.
— **hipofizei** (Cercetări asupra circulaţiei —), de Prof. V. PAPILIAN şi G. RUSU, 1943, p. 407.
— **histerectomiei vaginale** în fibromioamele uterine (Indicaţiunile —), de Prof. D-r GH. PLĂCINŢEANU, 1942, p. 417.
**Histero-Traumatismele auditive** de război, de Prof. G. BUZOIANU şi I. G. RUSSU, 1942, p. 393.
**„Hospitalismul"** copiilor de prima vârstă, de AXENTE IANCU, 1942, p. 283.
**Hyponomoderma** sau lee, sau creeping disease sau dermatomyaris liniaris migrans oestrosa, de A. STERE, 1941, p. 98.

## I.

† **D-r Gr. Gr. Iamandi**, de C. B., 1945, p. 112.
**Icter sifilitic** preserologic, de M. MUNTEANU, 1945, p. 430.
**Icterul cataral epidemic** sau hepatita acută icterigenă infecţioasă epidemică benignă în campania din răsărit, de G. DONICEANU, 1943, p. 571.
**Infecţia de focar**, de Prof. D-r I. GOIA, 1945, p. 345.
— **infecţiei de focar** (Doctrina —), de M. CANCIULESCU, 1945, p. 343.
**Infiltrate fugace hiperergice tuberculoase**, de M. NASTA şi GH. BUNGEŢEANU, 1944, p. 227.
— **inframicrobiologia.** Un mare maestru: Constantin Levaditi (O disciplină nouă —), de Prof. D-r S. NICOLAU, 1943, p. 63.
**Infecţiune puerperală** şi septicemică post partum cu bacil piocianic şi cu mastita supurată bilaterală consecutivă, de N. ŞCHIOPU, 1943, p. 583.
**Injecţiile** cu lapte şi viteza de sedimentare, de EUG. STRĂCHINESCU, 1945, p. 517.
**In pragul anului al XVI-lea.** — Urări de anul nou. — Indemn ca legea să fie respectată. — Organizarea de Biblioteci în Instituţiile medico-sanitare ale statului, de M. CANCIULESCU, 1943, p. 9.
**In pragul anului al XVII-lea**, de M. CANCIULESCU, 1944, p. 1.
**Institute de Pediatrie**, de M. CANCIULESCU, 1945, p. 7.
**Institute de Pediatrie**, de M. CANCIULESCU, 1945, p. 469.
— **instituţii de sănătate** (Numiri la conducerea unor importante —), 1941, p. 142.
— **instituţiuni de învăţământ sanitar şi medical** (Spre noi —), de M. CANCIULESCU, 1941, p. 636.
— **instituţiunilor sanitare din Oltenia** (Activitate în cadrul —), de M. CANCIULESCU, 1942, p. 491.
**Instituţiunilor sanitare din Oltenia** (Activitate în cadrul —), de M. CANCIULESCU, 1942, p. 603.
— **instituţiunilor Sanitare din Oltenia** (Activitate în cadrul —), de M. CANCIULESCU, 1942, p. 711.

— **instituţiunilor sanitare din Oltenia** (Activitate în cadrul —), de M. CANCIULESCU, 1943, p. 80.
**Institutul antirabic central** „D-r Victor Babeş", 1941, p. 135.
**Institutul experimental de oftalmologie** „Prof. V. P. FILATOV" din Odesa, de OD. APOSTOL, 1942, p. 119.
**Intelectualul** de ieri, de astăzi, de mâine. Misiunea lui socială: cetăţean activ şi dinamic, de S. IRIMESCU, 1945, p. 199.
— **internat la spitalele publice** (Noul regulament al concursului de —), 1941, p. 144.
**Intolerance hepatique et sulfamido-thérapie.** Ictère sulfamidique precoce, de I. RADVAN, 1945, p. 50.
— **intoxicaţie cu sulfamide** (Consideraţiuni asupra unui caz de —), de GH. STOENESCU, 1942, p. 671.
— **Invăţământ medical superior la Craiova** (Dare de seamă asupra creerei unui centru superior de —), M. CANCIULESCU, 1943, p. 209.
**Invăţământ medical:** dela Academia de Medicină. — Infiinţarea a 2 noui Facultăţi de Medicină, 1945, p. 70.
— **învăţământului medical** (Organizarea —), de M. CANCIULESCU, 1945, p. 211.
— **învăţământului medical** (Reorganizarea —), de M. CANCIULESCU, 1945, p. 339.
**Invăţământul medical,** de M. CANCIULESCU, 1945, p. 467.
**Irita plastică** în urma seroprofilaxiei antitetanice, de V. CERCHEZ şi V. V. CERCHEZ, 1942, p. 635.
**Istoria medicinei** prin călători, de V. GOMOIU, 1945, p. 412.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

## L.

— **laboratoarele de higienă** în cadrul actualelor nevoi sanitare ale ţarii (Rolul —), de S. SURUGIU, 1941, p. 699.
† **Prof. S. Lalu,** de M. CANCIULESCU, 1945, p. 110.
— **laptelui la Craiova** (Problema —), de MARIA VINEŞ, 1942, p. 679.
**Lathyrismul,** de M. CANCIULESCU, 1945, p. 313.
**Leucemia cu polinucleare neutrofile,** de A. MOGA şi C. METIANU, 1944, p. 325.
**Leziunile osteo-articulare** de războiu ale genunchiului, de E. GHEORGHIU, 1942, p. 187.
— **lichidului cefalo-rachidian** în leziunile sifilitice ale nervilor oculomotori (Cercetări asupra —), de V. SĂBĂDEANU, 1942, p. 199.
**Limfogranulomatoza benignă** la femee, de EM. GHEORGHIU, 1941, pag. 37.
**Limphosarcomul conjunctival,** de V. CERCHEZ, 1942, p. 175.
**Lobelina** în morţile aparente ale fătului, de AMELIA DEMETRESCU, 1942, p. 647.

## M.

— **maladia serică** (Acţiunea paradoxală a adrenalinei în —), de NINA VORNICESCU ŞCHIOPU, 1944, p. 241.
— **malarie** (Contribuţiuni la cunoaşterea turburărilor gastro-intestinale în —), de G. SĂNDULESCU, 1942, p. 93.

— **malarie** şi consecutiv pandemii şi epidemii respective, prin avion? (Este posibilă răspândirea într'o regiune fără —), de OD. APOSTOL şi V. EMANOIL, 1945, p. 392.
— **Malgaigne** în patologia chirurgicală — Omul şi opera. (Locul lui —), de AL. LAMBESCU, 1491, p. 257.
† **A. B. Marfan**, de AXENTE IANCU, 1942, p. 369.
**Mastoidita sugarului**, de T. LUPESCU şi C. BAIANU, 1945, p. 503.
— **medicamentului** (Problema —), 1945, p. 314.
**Medicina şi Asistenţa medico-sanitară în Uniunea Sovietică**, de M. CANCIULESCU, 1945, p. 5.
**Medicina populară băbească.** — „Obiceiuri medicale empirice din România": Superstiţii, descântece, vrăji, de P. COSAC (Braila), 1941, p. 107.
**Medicina preventivă în mediul rural**, de Prof. D-r I. MOLDOVANU, 1941, p. 297.
— **medicina aeronautică** (Introducere la un studiu de —), de DUMITRIU DUMITRIE şi APOSTOL ODISEU, 1941, p. 547.
— **medicina de război.** Observaţiuni făcute cu prilejul unei vizite în Germania (Arhiva centrului pentru —), de SĂNDULESCU C., 1942, p. 717.
— **medicină preventivă** (Spre o —), de D. CIOCHINĂ, 1945, p. 538.
**Medicina populară**, de V. GOMOIU, 1943, p. 307.
**Medicina Sovietică**, 1945, p. 279.
**Medicina Sovietică**, 1945, p. 103.
— **medico-sanitare regionale** (Problemele, instituţiunile şi organele technice —), de M. CANCIULESCU, 1941, p. 753.
— **medico-socială** (Problema —), de ŞERBAN FLORIAN, 1945, p. 405.
— **medicinei sociale** (Ştiinţa —), de Prof. D-r GH. BANU, 1942, p. 685.
**Medicul de Plasă**, de P. COSAC, 1942, p. 245.
— **membranei pupilare perzistente** (Aspecte rare ale —), de GR. GR. IAMANDI şi D. LĂZĂRESCU, 1941, p. 253.
— **meningită cerebro-spinală epidemică** ivită la membrii unei familii (Tratamentul seroterapic şi sulfamidic într'o epidemie de —), de G. STOENESCU, 1942, p. 467.
— **meningită streptococică** (Consideraţiuni asupra unui caz de —), de GH. MUNTEANU şi ARARATEAN, 1941, p. 481.
— **meningită tuberculoasă** vindecată (Un caz de —), de C. TODEA, 1941, p. 575.
— **meningitei cerebro-spinale** epidemice cu sulfapiridina (Tratamentul —), de N. I. ZAHARIA, 1943, p. 661.
— **meningitei cerebro-spinale epidemice** prin seroterapie şi sulfamidoterapie (Tratamentul —), de EUG. I. BANU şi D. C. MIHĂILESCU, 1941, p. 205.
— **meningeomelor** în legătură cu 2 cazuri clinice (Consideraţiuni asupra —), de A. NANA şi OV. MAGDA, 1945, p. 41.
— **meningitei cerebro-spinale** cu compuşi sulfamidici per os (Tratamentul —), de C. LUPESCU, 1944, p. 341.
— **Metchnicov** (Origina românească a familiei —), de V. M. PLĂTĂREANU, 1941, p. 585.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

— **metoda Lenormant-Wilmoth** (Contribuţiuni la tratamentul sângerând al fracturilor calcaneului prin —), de ALEX. LAMBESCU, 1942, p. 305.
— **metodă de tratament** în durerile după traumatisme sau infecţiuni (O nouă —), de GH. BAJEU şi I. DRAGANESCU, 1943, p. 145.
**Meteorologia şi medicina**, de EMIL GHEORGHIU, 1943, p. 49.
— **miazelor migrans observate la noi** (Câteva date asupra —), de GR. GR. IAMANDI, 1941, p. 249.
— **microscopiei fluorescente** (Caracterul şi importanţa —), de Prof. D-r HAMPERL, 1944, p. 177.
— **miopatie congenitală familială** (Un caz de —), de M. STOINESCU, 1943, p. 589.
— **miosită osifiantă progresivă** (Un caz de —), de M. CANCIULESCU, 1945, p. 422.
— **moarte în mediul rural** (Verificarea şi redactarea cauzelor de —), de TR. BUDE, 1942, p. 471.
— **Moţilor din jud. Alba** (Raport asupra stării de sănătate a —), de GHIŢEA IOSIF, 1945, p. 154.
— **muschi pectorali**, în legătură cu două cazuri (Absenţă congenitală totală unilaterală a ambilor —), de GH. I. GRAMA, 1941, p. 571.
**Muşchiul carotico-faringian**, de I. G. RUSSU şi I. ANDERES, 1945, p. 384.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

## N.

**Neoplasmele testiculare.** Studiul clinic şi statistic, de Prof. D-r EM. ŢEPOSU, M. POPLUCA şi I. BIRĂU, 1944, p. 481.
**Nevroza emotivă de războiu**, de I. BISTRICEANU, 1943, p. 149.
— **Nicolas-Favre-Durand în stare inaparentă** la prostituatele din urbia Iaşi (Maladia —), de GRIGORE DUMITRIU, 1941, p. 535.
— **Nicolas-Favre, forma inghinală**, cu sulfamide (Contribuţiuni la tratamentul boalei lui —), de G. STOENESCU şi V. NIŢULESCU, 1942, p. 235.
— **Petruş Niculescu** (La înmormântarea lui —), de S. IRIMESCU, 1944, p. 445.
— **norme pentru numirile şi transferările medicilor** (Noile —), 1941, p. 138.

## O.

— **l'obesité dans l'apparition** du diabete (La fréquence et rôle étiologique de —), de I. PAVEL et S. FLORIAN, 1943, p. 413.
**Ocrotirea familiei**, de I. STOICHIŢIA, 1941, p. 413.
— **ocrotire şi asistenţă socială** (Probleme de —), de Prof. D-r P. TOMESCU, 1941, p. 339.
— **oculară** în actualul războiu (Chirurgia —), de I. GLĂVAN, 1942, p. 49.
— **oftalmiei blenoragice la noii născuţi** (Consideraţiuni practice asupra profilaxiei —), de GH. ILIESCU, 1942, p. 301.

**Oltenia Medicală.** Buletinul Societăţii de Medicină din Oltenia, 1943, p. 114.
**Oltenia Medicală** No. 3/1943, Buletinul Soc. de Med. din Oltenia: Rapoarte de propuneri pentru organizarea serv. medico-sanitare din Oltenia, 1943, p. 455.
**Omul şi maladia,** de EMIL GHEORGHIU, 1945, p. 319.
— **organizare sanitară** (Spre o nouă —), de M. CANCIULESCU, 1941, p. 633.
— **organizare sanitară** (Cu privire la noua —), de Prof. D-r P. TOMESCU, 1941, p. 725.
— **organizarea sanitară a ţării** (1941) (Propuneri cu privire la —), de GR. şi T. IAMANDI (Iaşi), 1941, p. 299.
— **organizarea sanitară a ţării** (Propuneri cu privire la —), de GH. RADIANU, 1941, p. 353.
**Organizarea Corporativă a medicilor,** de G. MARINESCU, 1941, p. 851.
**Organizarea vieţii medicale româneşti** din punct de vedere ştiinţific, profesional şi medico-social, de M. CANCIULESCU, 1943, p. 129.
**Organizarea sanitară rurală a statului,** de Prof. D-r P. TOMESCU, 1943, p. 695.
**Organizarea** plăşilor sanitare şi a serviciilor sanitare judeţene, de Prof. I. STOICHIŢIA, 1944, p. 104.
— **organizării sanitare rurale.** Asistenţa medicală la sate şi medicul de plasă (Lacunele —), de P. COSAC şi ŞT. CARCIUMARESCU, 1945, p. 395.
— **organizaţiei sanitare din Germania** (Raport asupra călătoriei pentru studiul —), de I. STOICHIŢIA, 1941, p. 341.
— **osoase** datând din epocile preistorice (Leziuni şi variaţiuni —), de I. G. RUSSU, 1941, p. 89.
— **osteo-chondrom** în articulaţia genunchiului (Corp liber articular —), de D. DUMITRESCU, GH. COSTĂCHESCU, O. DOBRESCU, GH. COSTIN, 1945, p. 178.
**Osteom chistic** al orbitei, de V. CERCHEZ, 1945, p. 543.
— **osteomielită** tratat prin rezecţii sulperiastale (Consideraţiuni asupra unui caz de —), de M. COPĂCEANU şi H. COLUMB, 1944, p. 255.
**Osteom** intracranian al scuamei temporalului, de EMIL LAPTEŞ, 1942, p. 665.
— **oto-rino-laringologiei** în cadrele patologiei generale (Locul —), de Prof. D-r I. ŢEŢU, 1943, p. 593.
— **ozenei** (O importantă descoperire în tratamentul —), de D. I. VASILIU, 1942, p. 213.

## P.

**Păduchele** ca parazit şi ca agent vector de boli infecto-contagioase, de GR. şi TEO. GR. IAMANDI, 1941, p. 675.
— **paludism** cu sindrom anafilactic şi turburări statice şi dinamice pupilare (Un caz de —), de M. PARASCHIV, 1941, p. 841.
— **paludisme** (Fonction du foie dans le —), de I. RADVAN, 1944, p. 371.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

— **Paracelsus** (Vieaţa şi semnificaţia lui —), de Prof. D-r F. SAUERBRUCH, 1944, p. 174.
— **paralizie infantilă** pe o secţie de copii mici din mediul rural (3 cazuri de —), de AXENTE IANCU şi FL. POENARU, 1945, pag. 56.
**Paralizia ascendentă acută.** Sindromul lui Landry, de I. M. POPESCU, 1944, 465.
— **paralizie** periodică a extremităţilor (Consideraţiuni asupra unui caz de —), de Prof. D-r C. I. URECHIA, T. DRAGOMIR şi L. DRAGOMIR, 1942, p. 557.
**Prof. Parhon** din nou la catedră, de M. CANCIULESCU, 1945, p. 299.
**Patogenia bolilor infecţioase şi problema hranei,** de Prof. D-r H. EPPINGER, 1944, p. 172.
— **patronaj din Tg.-Jiu** (Secţia „Mama şi Copilul", (Activitatea Comitetului Judeţean de —), 1942, p. 489.
**Pe marginea unui răspuns,** de M. CANCIULESCU, 1943, p. 53.
— **pediatrie** la un spital judeţean (O secţie de —), de P. THEODORINI, 1942, p .209.
**Pelagre?** Studiu critic asupra concepţiei etiologiei şi patogeniei, de QUINTER FELICIU, 1942, p. 87.
— **pelagrei** (Concepţia actuală a patogeniei şi tratamentul —), de EUGEN NUŢIU, 1945, p. 159.
— **pelagrei** (Rolul factorului sensibilizant în etiologia şi patogenia —), de QUITTER FELICIU, 1941, p. 845.
— **Penicilină** (Despre —), de M. CANCIULESCU, 1945, p. 311.
**Penicilina** în tratamentul sifilisului, de N. VĂTĂMANU, 1945, p. 522.
**Prof. D-r Gh. Plăcinţeanu,** de EM. GHEORGHIU, 1942, p. 499.
**Pilocarpina în tratamentul tuberculozei pulmonare,** de Prof. D-r V. PAPILIAN, D-ri C. V. ANTONESCU şi FL. MAZILU ANTONESCU, 1942, p. 407.
— **plăgilor pleuro-pulmonare supurate de război** (Spălăturile pleurale şi injecţiile cu benzoat de sodiu în tratamentul —), de IOSEF VOINA şi IULIU MANU, 1942, p. 55.
**Plăgile** prin arme de foc ale cordului, de GH. BĂJEU, 1943, p. 495.
— **plăşilor sanitare şi a serviciilor sanitare judeţene** (Organizarea —), 1944, p. 124.
— **pleurezie cu colesterină** (Un caz de —), de G. PARASCHIVESCU şi I. VASILESCU, 1943, p. 684.
— **pleureziei purulente** (Prontozilul în cavitatea pleurală). (Contribuţiuni la tratamentul —), de EMIL LAPTEŞ, 1942, p. 435.
— **pleureziilor purulente,** drenajul cu sonda Pezzer în torace închis (Contribuţiuni la tratamentul —), de GH. NELEPCU şi E. GUŢU, 1945, p. 374.
**Polidactilie** prin gemeliparitate, de C. V. ANTONESCU şi V. PREDA, 1942, p. 112.
— **politică de ocrotire a sănătăţii** (O —), de M. CANCIULESCU, 1944, p. 3.
— **posturile de comandă** sanitară (La —), de M. CANCIULESCU, 1941, p. 505.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

— **pneumonia lobară acută** (Contribuţiuni la —), de N. I. ZAHARIA, 1943, p. 37.
— **pneumoniei lobare acute** (Frecvenţa sezonieră a —), de N. I. ZAHARIA, 1944, p. 509.
— **pneumotoraxului** (Tratamentul cu pilocarpină adjuvant al —), de V. PAPILIAN, C. V. ANTONESCU şi FL. MAZILU ANTONESCU, 1942, p. 321.
**Postul prelungit ca metodă de tratament**, de C. ZOSIN şi P. ZOSIN, 1945, p. 529.
**Practica ilicită a medicinei în România**, de ST. MATACHE, 1944, p. 424.
— **pragul anului al XV-lea** (In —), de M. CANCIULESCU, 1942, p. 7.
— **presei medicale** (In ajutorul —), de M. CANCIULESCU, 1945, p. 472.
— **presei medicale româneşti** (Elogiul —), de M. CANCIULESCU, 1942, p. 513.
— **preventivă şi curativă la Craiova** (Organizarea activităţilor sociale în opera —), de FLORIAN POPOVICI, 1942, p. 476.
— **priapism** (Consideraţiuni patogenice în legătură cu un caz de —), de M. STOENESCU, 1943, p. 690.
**Pricina pricinilor.** — Peste 20 miliarde cheltuieli anuale pentru băutură, de ALEX. MANOLESCU, 1942, p. 595.
**Printre bisturie şi foarfece:** Andreea Majocchi, de N. IONESCU-ROMANAŢI, 1943, p. 33.
**Probleme medico-sociale** (a insulinei, latrinele şi restaurantele dela Căile Ferate, a făinei şi pâinei), de M. CANCIULESCU, 1943, p. 57.
BCU Cluj / Central University Library Cluj
† **Prof. D-r G. Proca** (1867—1943), de D. IONESCU, 1944, p. 298.
— **prolaps ano-rectal** vindecat prin injecţii sclerozante (Un caz de —), de I. PAVEL şi P. SGANDĂR, 1942, p. 225.
**Programul de activitate sanitară** în anul 1942, de P. TOMESCU şi I. STOICHIŢIA, 1942, p. 129.
**Progrese în medicină**, de M. CANCIULESCU, 1945, p. 475.
— **prolapsul genital total** (Cura zisă radicală în —), de GH. BĂJEU, 1944, p. 315.
**Pronosticul în clinică**, de Prof. B. THEODORESCU, 1942, p. 357.
— **prostituţiei la Iaşi** (Pe marginea unui memoriu din anul 1849, asupra —), de VIRGIL COSTEA, 1942, p. 486.
— **publicaţiunilor medicale — Unde mergem?** (Consideraţiuni asupra lucrărilor şi —), de I. MAVROMATI, 1941, p. 175.
— **pustulă malignă** (Influenţa favorabilă a unei sulfamide asupra unui caz de —), de F. QUITTER, 1943, p. 688.

## R.

— **rabic** (Identificarea virusului —), de D. IONESCU, 1941, p. 43.
— **rachianestezie** (Asupra unei complicaţiuni tardive după —), de I. GRAMĂ, 1943, p. 159.
— **radiologi** (De ce nu avem —), de SUCIU EUGEN, 1942, p. 335.
— **radionecrotice** (Excezia, ca tratament al ulceraţiei —), de V. GOMOIU şi VIORICA GOMOIU, 1941, p. 441.

— **Rainer** (Un mare animator şi un mare dascăl, Profesorul —), de ST. IRIMESCU, 1944, p. 309.
— **Fr. Rainer** (In amintirea Prof. —), de M. CANCIULESCU, 1945, p. 115.
— **Rainer**. Cu ocazia comemorării la Societatea studenţilor în medicină (Profesorul Francisc —), de S. IRIMESCU, 1945, p. 272.
— **Rainer** la Academia Română (Comemorarea Prof. F. —), 1945, pag. 277.
— **Rainer** (Opera postumă a Prof. —), de M. CANCIULESCU, 1945, p. 472.
**Ramurile posterioare ale nervilor cervicali** şi sistemul depresor periferic, de Prof. D-r V. PAPILIAN, I. G. RUSSU, V. V. PAPILIAN, 1945, p. 20.
— **rănile şi faţă de răniţii de războiu** (Conduita de observat faţă de —), de M. CANCIULESCU, 1944, p. 311.
— **rasei** la noi (Higiena —), de M. PARASCHIV 1941, p. 692.
— **recensământului medicilor** (Asupra rezultatelor generale ale —), de Prof. D-r P. TOMESCU, 1941, p. 293.
— **recto-colitelor hemoragice** în legătură cu un caz observat (Consideraţiuni asupra —), de PELEA I. şi TODEA C., 1942, p. 455.
Reflexul secretoriu cutano-renal, de V. GOMOIU şi VIORICA GOMOIU, 1942, p. 527.
**Regionalismul Medical Oltenesc**, de M. CANCIULESCU, 1941, p. 637.
**Reorganizarea Ad-ţiei Sanitare**, de D. HORTOPANU, 1941, p. 361.
**Reorganizarea Sovietică**, 1945, p. 74-86.
— **reperarea corpilor străini metalici** (Procedeu practic pentru —), de V. GOMOIU, 1943, p. 21.
— **Reumalin** (Rezultate obţinute cu —), de I. STOIA şi ECONOMU, 1945, p. 205.
— **reumatismului** (Vaccinul antigonococic în tratamentul —), de D. IONESCU-LUPENI, 1943, p. 291.
— **reumatismului cronic infecţios secundar** (Tratamentul —), de V. şi E. ALEXENCO, 1945, p. 26.
**Reuniunea Medicilor din Sibiu** din 10 şi 11 Aprilie 1943, 1943, p. 353.
**Reuniunea medicală regională** dela Timişoara (30 şi 31 Mai 1943), de A. MĂCELARIU, 1943, p. 597.
**Reuniunea medicală dela Craiova** din zilele de 25 şi 26 Martie 1943, p. 201.
— **roentgenterapiei** în pleurezia sero-fibrinoasă (Aplicarea —), de Prof. D-r E. RADU şi R. HOLBAN 1944, p. 53.
**Rolul medicinei şi al medicului** în timp de război, de M. CANCIULESCU, 1944, p. 183.

## S.

— **„Sagrotan"** (Un nou desinfectant în Obstetrică —), de G. D. VINTILĂ, 1944, p. 432.
**Sănătatea publică** în mediul rural, de G. DONICEANU, 1943, p. 431.
— **sănătăţii**, 6 Septembrie—Noembrie 1940 (Infăptuirile în domeniul —), 1941, p. 141.
— **sănătăţii publice româneşti** (Problemele actuale ale —), 1941, p. 133.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

**Sânge şi glie**, de P. RAMNEANŢU, 1944, p. 129.
— **sanitară în mediul rural** (Problema —), de M. PARASCHIV, 1941, p. 307.
— **sanitară** (Poliţia —), de I. TATOIU, 1941, p. 312.
— **sanitare locale** (Problemele —), de M. CANCIULESCU, 1941, p. 169.
— **sanitare locale** (Problemele —), de M. CANCIULESCU, 1941, p. 337.
— **sanitare locale**, 17—18 Mai 1941, Craiova (Rapoarte asupra unor probleme —), de FL. M. POPOVICI, M. CANCIULESCU, V. DRAGOESCU, C. STANCESCU, GH. C-TINESGU (Ploeşti), P. MIHAIL, I. POPESCU, 1941, p. 367—392.
— **Sanatoriul Moroeni** (Mişcare şi rezultate medicale obţinute între 1-4/1943—1-4/1944, 1944, p. 436.
— **şancărului moale** (Un nou tratament al —), de V. COSTEA şi NAP. FRANDIN, 1942, p. 181.
— **şancrului moale** prin pulbere de Gambardol (Tratamentul —) de M. SĂCEANU, 1942, p. 463.
**Sarcina ectopică** abdominală, în legătură cu un caz, de CORNEL IVAN, 1944, p. 259.
— **scarlatină** (Caracterul de multianualitate al unei epidemii de —), de M. PARASCHIV, 1941, p. 83.
† **Prof. Emile Sergent**, de E. GHEORGHIU, 1944, p. 165.
— † **Severin** (Petre —), de AL. LAMBESCU, 1945, p. 568.
— **scarlatină** (Asupra complicaţiilor articulare în —), de A. MARINESCU şi P. FIRESCU, 1943, p. 323.
— **scarlatină** (Observaţiuni asupra vaccinărilor cu toxină şi anatoxină scarlatinoasă înăuntru şi în afara epidemiilor de —), de M. PARASCHIV, 1942, p. 447.
— **şcoale de învăţământ medical superior** (Spre noui —), de M. CANCIULESCU, 1942, p. 385.
**Şcolile de medicină**, de M. CANCIULESCU, 1942, p. 149.
— **secară cornută** (Alcaloizi puri sau preparate galenice de —), de N. STANCIU, A. H. OPARI şi I. STANCIU, 1942, p. 96.
**septicemiei gonococice** în legătură cu un caz (Consideraţiuni asupra —), de I. M. POPESCU şi ŞT. BOJIN, 1945, p. 181.
— **septicemiile gonococice** precoce şi al tratamentului prin sulfamide al uretritei blenoragice în general (Asupra —), de M. CANCIULESCU şi AL. DANIEL, 1945, p. 245.
— **septico-piohemiilor** şi meningitelor cu punct de plecare otic în cursul scarlatinei (Tratamentul —), de EUG. BANU şi MIŞEA Ioan, 1945, p. 148.
**Sifilis terţiar** maculo-papulo-anestetic facial lepriform, de COPĂCEANU M., 1942, p. 339.
— **sifilisului congenital** (Combaterea —), de I. NEMOIANU, A. ZORAN şi L. MIRCEA, 1944, p. 37.
— **sifilisului congenital** (tratamentul prenatal şi postnatal al —), Partea I, de Prof. D-r ST. NICOLAU, 1945, p. 9.
— **sifilisului congenital** (Tratamentul postnatal sau direct al bolei —), Partea II-a, de Prof. D-r ŞT. NICOLAU, 1945, p. 121.
**sicozei simple** (Contribuţiuni la tratamentul —), de ST. MATACHE, 1944, p. 396.

BCU Iaşi / Central University Library Iaşi

— **sincopei adrenalino-cloroformice** (Factori necesari producerii —), de C. V. ANTONESCU şi FL. MAZILU ANTONESCU, 1941, p. 419.
— **sincopei adrenalino-cloroformice** pe baza unor noui cercetări experimentale (Mecanismul —), de Prof. D-r V. PAPILIAN şi C. V. ANTONESCU, 1945, p. 138.
— **sinusitelor frontale şi maxilare** în legătură cu 3 cazuri (Contribuţiuni la studiul complicaţiilor oculare ale —), de V. POPOVICI şi O. LUNGU, 1941, p. 277.
**Sistemul depresor în nervii periferici**, de Prof. D-r V. PAPILIAN, I. G. RUSSU şi V. V. PAPILIAN, 1944, p. 459.
**Societatea de Medicină din Oltenia**, de M. CANCIULESCU, 1942, p. 389.
**Societăţi de Medicină din Oltenia** (Dare de seamă asupra organizări şi activităţi —), de M. CANCIULESCU, 1943, p. 203.
**Societăţi medicale**, de M. CANCIULESCU, 1945, p. 471.
— **societăţile de medicină** (Organizarea vieţei medicale de ordin ştiinţific —), de M. CANCIULESCU, 1942, p. 617.
— **spitalul ostăşesc din Craiova** (Vechimea —), de V. GOMOIU, 1941, p. 579.
**Spitalele ostăşeşti din Craiova**, la 1854, de V. GOMOIU, 1942, p. 581.
— **spitalelor de specialitate şi al laboratoarelor** (Planul de desvoltare al —), 1944, p. 121.
— **spitalului judeţean din R.-Vâlcea** (Istoricul —), de ALEX. OZOC, 1942, p. 277.
— **Spitalului Chirurgical Z. I. 162** (Organizarea şi funcţionarea —), de M. POPLUCA, 1944, p. 271.
— **stazei papilare** (Valoarea semiologică a —), de V. SĂBĂDEANU, 1945, p. 169.
**Sterilizarea şi castraţia** ca factori biologici de producţie a rasei, de I. BISTRICEANU, 1941, p. 424.
— **strichnină** în complicaţiunile nervoase ale alcoolismului (Tratamentul cu —), de ARICESCU şi STOENESCU M., 1942, p. 423.
**Sulfamidoterapia la sugari**, de A. I. ZORAN, L. MIRCEA şi M. ZORAN TOADER, 1944, p. 249.

## T.

— **terapeuticei naturaliste** în pediatrie, în special şi medicina internă în general (Oportunitatea —), de V. GASNAŞ, 1945, p. 30.
— **tetanie paratireoprivă** (Un caz de —), de C. TODEA şi I. PELEA, 1944, p. 71.
— **tetanos** (Valoarea comparativă a diverselor tratamente curative în —), de H. MACHELARIE şi CANDID IONESCU, 1941, p. 833.
— **ţesutului conjonctiv** (O nouă contribuţie la studiul —), de V. GOMOIU, 1943, p. 155.
**Prof. D-r I. Ţeţu**, de M. CANCIULESCU, 1943, p. 105.
— **tifoidă** (Consideraţiuni asupra recidivelor în febra —), de I. GAVRILĂ, 1941, p. 437.
**Tifos exantematic** inaparent de reinfecţie, de NINA ŞCHIOPU şi N. ŞCHIOPU, 1943, p. 31.

© Babeş-Bolyai University Library Cluj

— **tifosului exantematic** (Ofensiva contra —), de M. CANCIULESCU, 1945, p. 315.
**Tifus exantematic** vaccinat complicat cu endarterită obliterantă, de FL. VASOIU, 1945, p. 563.
**Tiroidită acută** vindecată cu sulfamide, de ST. MILCU, 1943, p. 681.
— **toxicomaniilor în România** (Contribuţiuni la studiul —), de C. DANIEL şi I. MINCIU, 1943, p. 271.
— **trachomului** (Contribuţiuni la tratamentul medicamentos al —), de C. BUCUR, 1943, p. 623.
— **traumatismelor abdominale** (Contribuţiuni asupra —), de T. GEORGESCU, 1943, p. 575.
**Traumatismele capului** însoţite de leziuni intracraniene şi consecinţele lor, de D. ZEANA, 1943, p. 671.
**Tromboflebita** sinusului cavernos şi meningita meningococică, de N. I. ZAHARIA, 1945, p. 66.
— **tuberculomului cerebral** în legătură cu trei cazuri clinice (Consideraţiuni asupra —), de AUREL NANA şi GH. I. GRAMA, 1942, p. 563.
**Tuberculoza** la funcţionari, de GH. VAJA, 1941, p. 712.
— **tuberculozei în România** (Problema medicală, socială şi economică a combaterei —), de M. CANCIULESCU, 1943, p. 237.
— **tuberculozei pulmonare** (Concepţiile actuale ale chirurgiei în tratamentul —), de I. BĂLĂNESCU şi M. COLIŢA, 1943, p. 243.
— **tuberculozei** (Problema combaterii —), de C. V. ANTONESCU, 1943, p. 257.
— **tuberculoza pulmonară**, indicaţii şi rezultate (Consideraţiuni asupra frenicectomiei în —), de GH. BĂJEU, 1943, p. 263.
— **tuberculozei în România** (Partea II-a) (Problema medicală socială şi economică a combaterii —), de M. CANCIULESCU, 1943, p. 363.
— **tuberculozei** (Mijloacele pentru combaterea —), de C. V. ANTONESCU, 1943, p. 615.
— **tuberculose** în mediul rural şi combaterea ei (Difuziunea infecţiei —), de EUG. NUŢIU, 1944, p. 415.
— **tuberculozei** (Plan de organizare a luptei contra —), de EUG. RĂSMERIŢĂ şi G. ALEXIU, 1945, p. 217.
— **tuberculozei mamare** (Consideraţiuni asupra —), de V. M. PLĂTĂREANU, 1945, p. 252.
— **tuberculoza splenoganglionară** în legătură cu un caz clinic (Despre —), de C. TODEA, 1945, p. 268.
— **turbare** cu incubaţie şi evoluţie prelungite (Un caz de —), de M. MUSTACIOSU şi I. POPESCU, 1945, p. 554.
— **turburări** (Noua lege pentru combaterea —), 1944, p. 128.
— **tusea convulsivă** (Contribuţiuni la studiul leucocitozei şi vaccinărei în —), de A. ZORAN, L. MIRCEA, S. Z. RĂSVAN şi M. ZORAN, 1943, p. 563.

## U.

— **ulcerelor tuberculoase ale intestinului** în peritoneul liber (Perforaţia —), de A. NANA şi A. FAUR, 1945, p. 183.

— **ulcerele gastro-duodenale** penetrante în pancreas (Conduita terapeutică în —), de GH. I. GRAMA, 1945, p. 364.
— **ulcerelor gastro-duodenal** cu hormoni sexuali (Tratamentul —), de I. MACAVEI, 1944, p. 219.
**Un răspuns**, de M. CANCIULESCU, 1945, p. 477.
— **uretrei** (Consideraţiuni asupra unui caz de rănire gravă —), de D. DUMITRESCU, GH. COSTACHESCU şi O. DOBRESCU, 1945, pag. 265.
— **uretrei şi parţială a penisului**, prin legătură strânsă la baza lui intervenţie-vindecare (Secţiune totală a —), de T. PASCULESCU şi O. T. ILIESCU, 1945, p. 434.
— **uterină după secţia cezariană** (Ruptura —), de I. GAINA, 1941, p. 661.

## V.

— **Vâlcov sub aspectul „Fenomenului hidric local"** (Starea sanitară a oraşului —), de VASILIU NICOLAE, S. SURUGIU şi SATMARI CONSTANTIN, 1942, p. 104.
— **varicelor** prin fleboscleroza cu ser hipertonic clorurat (Tratamentul —), de M. TEŞOIU, 1944, p. 379.
— **vărsăturilor incoercibile** (Contribuţiuni la tratamentul —), de C. STANCA, 1943, p. 657.
— **Vatra Dornei** (Il trattamento degli stati Basedowieni in carboterapia gassosa di —), de I. BISTRICEANU, 1941, p. 531.
— **venerian** (Pericolul —), de V. GOMOIU şi V. TRIFU, 1941, p. 657.
— **venerice** (Asupra câtorva puncte referitoare la programul de luptă contra boalelor —), de Prof. D-r ST. NICOLAU, 1941, p. 13.
— **verucilor vulgari** (Contribuţiuni la tratamentul —), de M. MUNTEANU, 1945, p. 369.
— **vieaţa unui medic rural de altădată** (Din —), de ALEX. MANOLESCU, 1943, p. 89.
— **viermi intestinali** (Tulburări de acomodaţiune provocate de —), de V. CERCHEZ, 1941, p. 223.
— **vitiligo infantil.** Les relations avec les troubles neuro-endocriniens et metaboliques (Sur un cas de —), de C. I. PARHON et GHERTA WERNER, 1945, p. 258.
— **viteza de sedimentare** la câţiva bolnavi cu icter (Valoarea —), de N. I. ZAHARIA, 1944, p. 385.
**Profesorul Vasile Vlădescu** — cu prilejul împlinirii a 100 ani dela naşterea sa, de I. GLAVAN, 1944, p. 294.
**Vocaţia medicală**, de H. MAKELARIE şi N. N. C-TINESCU, 1943, p. 51.

## Z.

— **Zona Zoster** (Consideraţiuni asupra unui caz de —), de N. I. ZAHARIA şi A. ZWIECK, 1945, p. 188.
**Zoologia şi parazitologia** în cadrul patologiei generale şi al economiei zootehnice, de Prof. G. DINULESCU, 1944, p. 170.
† **Prof. D-r Gheorghe Zotta**, de GH. MAGHERU, 1942, p. 501.

# TABLA DE AUTORI

**pe anii 1941 — 1945**


**A.** ALEXANDRESCU GH.: 1942/163.
ALEXENCO E.: 1941/189; — 1945/26, 426.
ALEXENCO V.: 1941/189; — 1945/426.
ANTONESCU C. V.: 1941/199; 419; — 1942/112, 219, 321, 407; — 1943/15, 257, 615; — 1944/187; — 1945/138.
ANTONESCU FL. M.: 1941/419; — 1942/321, 407; — 1943/15.
APOSTOL OD.: 1941/547; — 1942/119; — 1945/392.
ALEXIU G. Z.: 1941/555, 821; — 1944/59; — 1945/217, 479.
ANDERES I.: 1945/384.
ARICESCU C.: 1942/423.
AXENTE I.: 1941/811; — 1942/69, 283, 369; — 1945/56.
ARARATEAN G. M.: 1941/481.

**B.** BACALBAŞA V.: 1945/436, 560.
BĂIANU C.: 1945/503.
BĂJEU GH.: 1943/145, 263, 495; —1944/315; — 1945/141, 262.
BĂLĂNESCU I. (Prof.): 1943/243, 710.
BALINT V.: 1944/27.
BĂLTEANU I. (Prof.): 1943/710.
BANU I. EUG.: 1941/205; — 1945/148.
BANU GH. (Prof.): 1942/685.
BARTH C.: 1944/153; — 1945/358.
BIRĂU I.: 1944/351, 481.
BISTRICEANU I.: 1941/424, 531; — 1943/149.
BODIANU E.: 1944/116.
BOJIN ST.: 1945/181.
BOLOGA E.: 1943/189.
BORSARU L.: 1945/567.
BUCUR C.: 1943/623.
BUDE TR.: 1942/471.
BUNGEŢEANU GH.: 1943/197, 503; — 1944/227; — 1945/245.
BUZOIANU G. (Prof.): 1942/393.

**C.** CAMPEANU L.: 1942/17.
CANCIULESCU-BUNGEŢEANU M.: 1945/245.
CANCIULESCU M.: 1941/9, 169, 337, 367, 505, 633, 636, 637, 753; — 1942/7, 11, 149, 150, 239, 265, 367, 385, 389, 390, 491, 513, 603, 617, 711; — 1943/9, 57, 80, 105, 129, 203, 209, 237, 363, 53, 475, 606, 609; — 1944/1, 2, 3, 5, 183, 311, 447; — 1945/5, 7, 110, 115, 211, 245, 299, 301, 311, 313, 315, 339, 343, 422, 467, 469, 470, 471, 472, 472, 473, 475, 477, 477.
CANTACUZINO GR. ALEX.: 1941/414.
CÂRCIUMĂRESCU ŞT.: 1945/395.
CERCHEZ V.: 1941/223; — 1942/175, 635; — 1943/513; — 1945/543.
CERCHEZ V. V.: 1942/635.
CIOCHINĂ D.: 1945/538.
COLBAZI E.: 1943/189.
COLITA M.: 1943/243.
COLUMB H.: 1944/255.
CONU GHEORGHE A.: 1942/325.
CONSTANTINESCU GH.: 1941/367.
CONSTANTINESCU N. N.: 1943/51.
CONSTANTINESCU V.: 1943/629.
COPACEANU M.: 1942/339; — 1944/255.
CORNELEAC V. EUG.: 1941/761.
CORONDAN GH.: 1941/29, 430; — 1944/451.
COSAC P.: 1941/107; — 1942/245; — 1945/395.
COSMA D.: 1943/438.
COSTACHE GH.: 1945/548.
COSTACHESCU GH.: 1944/533; — 1945/178, 265, 426.
COSTEA V.: 1942/181, 486.
COSTIN GH.: 1944/533; — 1945/178.


BCU Cluj / Central University Library Cluj

CRĂCIUN E. (Prof.): 1942/519, 625; — 1943/383; — 1945/492.
CRIŞAN C.: 1941/719.

**D.** DANIEL AL.: 1945/245.
DANIEL C.: 1943/271; 1944/195.
DĂNIŢĂ G.: 1943/36.
DEMETRESCU AMELIA: 1942/431, 647; — 1943/645.
DIACONESCU P.: 1941/821.
DINULESCU G. (Prof.): 1944/170.
DOBRESCU A.: 1942/115; — 1944/15.
DOBRESCU O.: 1944/533; 1945/178, 265, 426.
DONICEANU G.: 1943/431, 571; — 1945/424.
DRĂGĂNESCU I.: 1943/145.
DRĂGOESCU V.: 1941/367; — 1942/115.
DRAGOMIR L.: 1942/557.
DRAGOMIR T.: 1942/557.
DUMITRESCU D.: 1945/178, 265, 426.
DUMITRESCU DORIN: 1941/241.
DIMITRIU C. C.: 1943/369.
DUMITRIU D.: 1941/547.
DUMITRIU EUG. N.: 1941/231; — 1942/655.
DUMITRIU GR.: 1941/535; — 1942/31

**E.** ECONOMU: 1945/205.
EMANOIL V.: 1945/392.
EPPINGER H.: 1944/172.

**F.** FALTA (Prof.): 1943/38; — 1944/177.
FARAGO A.: 1944/15.
FAUR A.: 1945/183.
FENEŞANU I.: 1944/267; — 1945/59, 496.
FIRESCU P.: 1943/323.
FLORIAN S.: 1943/413; — 1945/405.
FRANDIN NAP.: 1942/181.

**G.** GĂINĂ I.: 1941/661.
GASNAŞ V.: 1945/30, 361.
GASNAŞ V. A.: 1945/361.
GAVRILĂ I.: 1941/437.
GEORGESCU T.: 1943/575.
GHEORGHIU E.: 1941/37; — 1942/187, 373, 499; — 1943/49, 101; — 1944/165; — 1945/319, 320.
GHIŢEA I.: 1945/154.
GOIA I. (Prof.): 1945/345.
GOMOIU V.: 1941/441, 488, 579, 657; — 1942/193, 273, 527, 581, 641; — 1943/21, 155, 287, 307, 717; — 1944/281, 400, 519; — 1945/412.
GOMOIU VIORICA: 1941/441, 488; — 1942/527.
GLĂVAN I.: 1942/49; — 1944/294; — 1945/196.
GRAMA I.: 1941/567, 571, 669; — 1942/563; — 1943/159; — 1944/455; — 1945/61, 364.
GRAUR ST.: 1942/343.
GUGA T.: 1945/567.
GUŢU E.: 1945/374, 556.

**H.** HAMPERL (Prof.): 1944/177.
HOLBAN R.: 1944/53.
HORTOPANU D.: 1941/361.
HOZOC ALEX.: 1942/277.

**I.** IACOBOVICI D. (Prof.): 1943/165.
IAMANDI GR. GR.: 1941/249, 253, 299, 675; — 1943/401, 579; — — 1944/19, 65, 211.
IAMANDI T.: 1941/299, 675.
IANCU A.: 1943/629.
IGNA A.: 1943/27.
ILIESCU GH.: 1942/301.
ILIESCU O. T.: 1945/434.
IONESCU C.: 1943/525; — 1941/833.
IONESCU D.: 1941/43; — 1944/298.
IONESCU-LUPENI: 1943/291.
IONESCU M.: 1941/296.
IONESCU-ROMANAŢI: 1943/33.
IONESCU V.: 1941/555.
IRIMESCU ST.: 1944/309, 445, 495, 513; — 1945/199, 272, 317.
IVAN C.: 1944/259.
IVAN I.: 1942/577.

**K.** KASTENMAYER V.: 1945/59.

**L.** LAMBESCU AL.: 1941/257; — 1942/305; — 1943/25; — 1944/27, 537; 1945/63, 501, 568.
LAPTEŞ E.: 1942/435, 537, 665.
LAZĂRESCU D.: 1941/253.
LAZEANU M.: 1942/311.
LUNGU O.: 1941/277; — 1942/81.

Digitized by Central University Library

LUPESCU C.: 1944/341.
LUPESCU T.: 1945/503.

**M.** MACAVEI I.: 1944/219.
MACELARIU A.: 1943/597.
MAGDA OV.: 1945/41.
MAGHERU GH.: 1942/501.
MAKELARIE H.: 1941/833; — 1942/441; — 1943/227, 51, 525; — 1944/541; — 1945/544, 551.
MANOLESCU AL.: 1941/687; — 1942/157, 481, 595; — 1943/89.
MANU C.: 1943/629.
MANU I.: 1942/55.
MAREŞ V.: 1944/33.
MARINESCU A.: 1943/323.
MARINESCU G.: 1941/851.
MATACHE ŞT.: 1944/263, 396, 424, 545.
MATEI D.: 1944/47.
MAVROMATI I.: 1941/175.
MAVROMATI L.: 1941/513.
MEŢIANU C.: 1944/325.
MIHAIL P.: 1941/367.
MIHAILESCU D. C.: 1941/205.
MILCU ST.: 1943/681.
MILOTA D.: 1942/229.
MINCIU I.: 1943/271.
MIRCEA L.: 1943/563; — 1944/37, 249.
MIŞEA I.: 1945/148.
MOGA A.: 1944/325.
MOLDOVANU I. (Prof.): 1941/297.
MUNTEANU GH.: 1941/481.
MUNŢEANU M.: 1945/369, 430, 506.
MUSTĂCIOSU M.: 1945/554.

**N.** NANA A.: 1942/563; — 1945/41, 183.
NASTA M.: 1944/227.
NELEPCU GH.: 1945/374, 556.
NEMOIANU I.: 1944/37.
NICOLAU ST. (Prof.): 1941/13; 1945/9, 121.
NICOLAU S. (Prof.): 1943/63; — 1945/191.
NICOLIN T.: 1943/445.
NUŢIU EUG.: 1944/415; — 1945/159.
NIŢULESCU V.: 1942/235.

**O.** ODOBLEJA ŞT.: 1941/61, 263, 444.
OPARI P.: 1942/96.
OZOC ALEX.: 1942/277.

**P.** PAPILIAN V. (Prof.): 1942/531; — 1943/407; — 1944/171 435, 459; — 1945/20, 138.
PAPILIAN V.: 1942/321, 407.
PAPILIAN V. V.: 1944/459; — 1945/20.
PARASCHIV M.: 1941/83, 307, 692, 841; — 1942/447 — 1943/450.
PARASCHIVESCU G.: 1943/684.
PARHON C. I. (Prof.): 1941/119, 475; — 1945/258.
PĂSCULESCU T.: 1945/434.
PĂUNEL N.: 1942/349.
PĂUNESCU F.: 1942/545; — 1944/393.
PĂUNESCU P.: 1943/135.
PAVEL I.: 1942/225; — 1943/413.
PELEA I.: 1942/455, 569; — 1944/71, 77.
PITIŞ M.: 1941/475.
PLĂCINŢEANU GH. (Prof.): 1942/417.
PLĂTĂREANU M. V.: 1941/585; — 1943/539; — 1944/80; — 1945/378, 252.
PREDA V.: 1942/112.
POENARU EL.: 1945/56.
POLATOS: 1944/47.
POP ALEX.: 1944/451.
POPA Ş.: 1944/533.
POPESCU I.: 1941/367.
POPESCU I.: 1945/436.
POPESCU I.: 1945/515, 554.
POPESCU L.: 1945/560.
POPESCU M.: 1941/128.
POPESCU I. M.: 1945/181, 465.
POPESCU-SEVERIN A.: 1942/349; — 1943/331.
POPLUCA M.: 1944/271, 351, 481, 549.
POPOVICI M. FL.: 1941/367.
POPOVICI V.: 1941/227, 1942/81.
POPOVICI FL.: 1942/476, 675.
PREDA V.: 1942/112.

**Q.** QUITTER F.: 1941/845; — 1942/87; — 1943/688.

**R.** RADIANU GH.: 1941/353.
RADU. C.: 1942/229.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

RADU E. (Prof.): 1944/53.
RADVAN I.: 1944/371, 473; — 1945/50.
RĂSMERIȚĂ E.: 1945/217.
RAMNEANȚU P.: 1944/129.
RĂSVAN S. Z.: 1943/563.
ROȘIANU N.: 1945/436, 560.
RUSSU I. G.: 1941/89; — 1942/393; — 1943/407; — 1944/435, 459; — 1945/20, 384.

**S.** SĂBĂDEANU V.: 1942/199, 573; — 1944/552; — 1945/169.
SĂCEANU M.: 1942/463.
SĂNDULESCU C.: 1942/93, 577, 717. — 1945/387.
SARAFIDI H.: 1944/291.
SĂRĂȚEANU FL.: 1942/325; — 1943/547.
SATMARI C.: 1942/104.
SAUERBRUCH F. (Prof.): 1944/174.
ȘERBAN FL.: 1945/405.
SGANDĂR P.: 1942/225.
SCHIOPU N.: 1942/549; — 1943/31, 171, 335, 445, 583.
SCHIOPU N. V.: 1942/549; — 1943/31, 171, 335; — 1944/241.
STANCA C.: 1943/657.
STĂNCESCU C.: 1941/367.
STANCIU A.: 1942/96.
STANCIU I.: 1942/96.
STERE A.: 1941/98, 467.
STOENESCU G.: 1942/235, 467, 671; — 1943/435.
STOENESCU M.: 1942/423.
STOENESCU M.: 1943/589, 690.
STOIA I.: 1945/205.
STOICHIȚA I. (Prof.): 1941/297, 341, 413; — 1942/129; — 1943/297; — 1944/104.
STRĂCHINESCU EUG.: 1945/517.
SUCIU EUG.: 1942/335.
SURUGIU S.: 1941/699; — 1942/104; — 1943/53.

**T.** TATOIU I.: 1941/312, 706.
ȚEPOSU EM. (Prof.): 1944/481.
TEȘOIU M.: 1944/379.
ȚEȚU I. (Prof.): 1943/593.
TEODORESCU I.: 1945/515.
THEODORESCU B. (Prof.): 1942/357.
THEODORINI P.: 1942/209.
TODEA C.: 1941/289, 575; — 1942/569, 455; — 1944/71, 77; — 1945/268.
TOMESCU P. (Prof.): 1941/293, 339, 416, 725, 861, 865; — 1942/129; — 1943/695.
TRIFAN P.: 1945/63.
TRIFU V.: 1941/657.

**U.** URECHIA C. I. (Prof.): 1942/557.

**V.** VAINA I.: 1942/55.
VAJA GH.: 1941/712.
VASILESCU I.: 1943/684.
VASILIU N.: 1942/104.
VASILIU D. I.: 1942/213.
VASILIU T. (Prof.): 1943/107, 481; — 1944/501.
VASOIU FL.: 1945/563.
VĂTĂMANU N.: 1944/291; — 1945/522.
VIDRAȘCU C.: 1945/567.
VINES M.: 1942/679.
VINTILĂ G. D.: 1944/432.
VIȘINEANU N.: 1941/641.
WERNER GH.: 1945/258.
VOINA A.: 1941/459; — 1942/585.
VOINA I.: 1942/55.
VRĂBIETE S.: 1943/452.

**Z.** ZAHARIA N. I.: 1943/37, 421, 661; — 1944/385, 509; — 1945/66, 188.
ZAMFIR: 1941/555.
ZEANĂ T.: 1943/671; — 1945/408.
ZORAN A.: 1943/563; — 1944/37, 249.
ZORAN M.: 1943/563; — 1944/249.
ZOSIN C. și P.: 1945/529.
ZWIECK A.: 1945/188.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

BIBLIOTECA UNIVERSITĂȚII DIN CLUJ